

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО - МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

1.1. Еволюція підходів до дослідження феномену професійного вигорання в психології.

1.2. Теоретичні підходи до аналізу взаємодії особистісних рис із професійною діяльністю.

Висновок до розділу 1.

РОЗДІЛ 2. ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ В МЕДИЧНІЙ СФЕРІ: ВПЛИВ ЧИННИКІВ І СПЕЦИФІКА ДІЯЛЬНОСТІ

2.1. Специфіка лікарської діяльності та феномен професійного вигорання.

2.2. Вплив індивідуальних, рольових та організаційних чинників на розвиток психічного вигорання.

Висновок до розділу 2.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБИСТІСНИХ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ФАХІВЦІВ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ

3.1. Методологічне забезпечення та процедура проведення дослідження

3.2. Емпіричне вивчення особистісних предикторів схильності до емоційного вигорання

3.3. Дослідження впливу організаційно-професійних чинників на розвиток емоційного виснаження.

Висновок до розділу 3.

ВИСНОВОК

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Професія лікаря належить до соціально значущих і надзвичайно відповідальних сфер діяльності, оскільки передбачає турботу не лише про фізичне, а й про психічне здоров'я пацієнтів, а також сприяє їхній соціально-психологічній адаптації. Водночас практика свідчить, що медична діяльність, незважаючи на свою гуманістичну спрямованість, нерідко супроводжується високим рівнем психоемоційного напруження. Вітчизняні та зарубіжні дослідження (І. Гурєєва, В. Євдокимов, Н. Козина, Є. Лозинська, Г. Макарова, М. Скугаревська, С. Маслач., Д.Сюпер. В. Вієк та ін.) вказують на те, що професійна діяльність лікаря є фактором ризику для розвитку емоційного виснаження, розчарування в обраній професії, зниження моральної стійкості, а також виникнення девіантних форм поведінки, включаючи зловживання психоактивними речовинами та алкоголем. За деякими оцінками, зловживання наркотичними речовинами серед лікарів зустрічається в десятки разів частіше, а рівень суїцидальності – у 2–3 рази вищий, ніж серед представників інших професій.

Особливу тривогу викликає той факт, що, згідно з національною статистикою, середня тривалість життя лікарів може бути на 10–20 років меншою за середню тривалість життя їхніх пацієнтів. Така ситуація зумовлює необхідність глибокого аналізу чинників, що впливають на психічне здоров'я медичних працівників, зокрема дослідження феномену професійного (емоційного) вигоряння[29].

Медична діяльність належить до типу «людина-людина», що передбачає інтенсивну міжособистісну взаємодію, емоційну залученість та високу відповідальність, що, своєю чергою, створює підґрунтя для виникнення вигоряння. Це явище проявляється у формі емоційного виснаження, деперсоналізації, а також зниження відчуття професійної ефективності, що негативно позначається як на якості надання медичної допомоги, так і на особистісному розвитку самого лікаря.

Незважаючи на активне вивчення проблеми вигоряння у зарубіжній науковій традиції, у вітчизняній психології вона поки що не отримала достатньої

теоретичної розробки. Існує обмежена кількість емпіричних досліджень, що фокусуються на особистісних чинниках, які сприяють або, навпаки, запобігають розвитку цього синдрому. При цьому чимало робіт акцентують увагу переважно на зовнішніх, організаційних аспектах, недооцінюючи значущість індивідуально-психологічних особливостей медичних працівників.

Аналіз наукової літератури свідчить про відсутність єдиного підходу до визначення сутності та структури психічного вигорання. Найчастіше використовується модель, запропонована С. Маслач та С. Джексон, яка трактує вигорання як синдром, що охоплює три компоненти: емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження особистісних досягнень. Більшість дослідників погоджуються з тим, що виникнення вигорання пов'язане з розбіжністю між професійними очікуваннями фахівця та об'єктивними умовами його діяльності, що призводить до хронічного стресу та фрустрації.

Таким чином, дослідження чинників, як зовнішніх так і внутрішніх, які зумовлюють розвиток синдрому емоційного вигорання у медичних працівників, є вкрай актуальним як у теоретичному, так і в прикладному аспектах. Глибоке розуміння цього феномену дасть змогу розробити ефективні стратегії діагностики, профілактики та психологічної допомоги, що сприятиме збереженню психічного здоров'я медичних працівників, підвищенню їх професійної ефективності та загального рівня безпеки у сфері охорони здоров'я.

Мета дослідження полягає в комплексному аналізі впливу індивідуальних характеристик та умов професійного середовища на розвиток емоційного вигорання у працівників медичної сфери.

Для досягнення поставленої мети передбачено реалізацію таких **завдань**:

1. На основі аналізу наукових джерел уточнити понятійно-термінологічний апарат дослідження, зокрема визначити зміст, структурні компоненти та психологічні особливості прояву синдрому емоційного вигорання у фахівців медичної сфери.

2. Провести психологічний аналіз професійної діяльності лікаря та виявити її специфіку як чинник підвищеного ризику розвитку вигорання.

3. Дослідити роль індивідуально-психологічних характеристик особистості у виникненні та динаміці проявів емоційного вигорання.

4. Проаналізувати соціально-психологічні та організаційні умови професійного середовища, що можуть впливати на формування та інтенсифікацію синдрому вигорання у медичних працівників.

Об’єкт дослідження – особистість лікаря в контексті його професійного розвитку та функціонування.

Предмет дослідження – феномен психоемоційного вигорання у медичних працівників, а також особистісні й організаційні чинники, що детермінують його виникнення і перебіг.

Гіпотеза дослідження – формування синдрому емоційного вигорання у медичних працівників зумовлено поєднаним впливом особистісних характеристик і факторів професійного середовища. Вони чинять негативний вплив як на психологічний стан лікаря, так і на його професійну ефективність.

Методи дослідження: теоретичний аналіз проблеми, зовнішнє спостереження, застосування психодіагностичного комплексу, який включав: особистісний опитувальник Р. Кеттелла 16PF, Опитувальник Психічного Вигорання (ОПВ), тест Ч. Спілбергера - STAXI, модифікований та психометрично перевірений варіант "Шкала Робочого Середовища".

Експериментальною базою дослідження став навчально-науковий центр соціально-психологічної підтримки та резильєнтності ЗУНУ. Його учасниками стали медичні працівники віком від 23 до 65 років (20 лікарів різних спеціальностей з вищою медичною освітою), які проходили тренінги базової психологічної допомоги у Центрі.

Теоретична значущість дослідження. У межах кваліфікаційного дослідження визначено та проаналізовано ключові особистісні та професійно-діяльнісні чинники, що впливають на формування синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. Описано складну взаємозалежність зовнішніх умов професійного функціонування та внутрішніх особливостей особистості як динамічну систему взаємодіючих детермінант, що сприяє розвитку вигорання. Матеріал, отриманий в результаті дослідження

поглиблює наукове уявлення про системну організацію особистості та її роль у формуванні дезадаптивних психоемоційних станів.

Практична значущість дослідження. Дані теоретичного аналізу та емпіричного дослідження можуть бути використані у практиці психологічного консультування лікарів для виявлення чинників ризику та корекції симптомів емоційного вигорання. Вони також можуть стати основою для розробки психокорекційних і психотерапевтичних програм, спрямованих на зниження рівня психоемоційного напруження серед медичних працівників.

Крім того, висновки дослідження можуть бути інтегровані у зміст навчальних дисциплін і тренінгових курсів для студентів медичних закладів вищої освіти з метою формування стресостійкості, розвитку емоційного інтелекту та профілактики розвитку синдрому емоційного вигорання на ранніх етапах професійного становлення.

Структура та обсяг кваліфікаційного дослідження Робота складається з вступу, трьох розділів, висновку, списку використаної літератури, що нараховує 50 найменувань, з них 13 – іноземними мовами. Дослідження ілюстроване 3 таблицями. Зміст роботи викладено на 55 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО - МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

1.1. Еволюція підходів до дослідження феномену професійного вигорання в психології

Поняття психічного «вигоряння» вперше виникло у США як реакція на реальні соціальні виклики, а не як суто теоретична категорія. Його поява була пов'язана з необхідністю пояснення негативних психологічних станів, що виникали у представників допомагаючих професій у результаті тривалого емоційного напруження та взаємодії з людьми в критичних ситуаціях.

Один із перших науковців, які звернули увагу на це явище, – американський психіатр Герберт Фрейденбергер (H.J. Freudenberger). У 1974 році він описав симптоми глибокої втоми, деморалізації та професійного розчарування, що спостерігалися у працівників психіатричних клінік, використавши метафоричний термін *burnout* («вигоряння»). Автор запропонував нову модель розуміння дистресу та функціональних порушень, пов'язаних з трудовою діяльністю [41].

Подальший розвиток концепції здійснила соціальний психолог Крістіна Маслач (C. Maslach), яка на основі емпіричних досліджень визначила психічне вигорання як синдром емоційного та фізичного виснаження, що супроводжується зниженням самооцінки, втратою емпатії та формуванням негативного ставлення до професійної діяльності [45-46].

Виникнення даного терміна спричинило значний резонанс у професійних колах, особливо серед фахівців, чия діяльність пов'язана з постійною емоційною взаємодією («людина–людина»): лікарів, педагогів, соціальних працівників, правоохоронців. Перші публікації, присвячені цьому феномену, мали переважно описовий характер і базувалися на клінічних спостереженнях або суб'єктивних інтерпретаціях практиків.

Дослідження 1970-х років були здебільшого фрагментарними та не забезпечували надійної емпіричної бази. Вони характеризувалися великою кількістю гіпотез і припущень щодо причин вигоряння, механізмів його

розвитку та можливих шляхів профілактики, проте не мали уніфікованих методів вимірювання.

У науковій спільноті точилися дискусії щодо доцільності вживання самого терміна «вигоряння», оскільки його зміст перетинався з поняттями посттравматичного стресового розладу, депресії та соматичних форм психічного виснаження. Наприклад, Дж. Морроу (Morrow, 1981) вважав його «психіатричною метафорою», а інші дослідники намагалися включити цей феномен до існуючих моделей стресу (Hobfoll, Freedy, 1993), теорії набутої безпорадності (Meier, 1983), психодинамічних підходів або концепцій самоефективності (Bandura, Malan).

У рамках моделі стресу Г. Сельє (Selye, 1956), «вигоряння» асоціювалося з третьою стадією – виснаженням, що настає після тривалого впливу стресового чинника. Подібні спроби інтеграції підкреслювали складність феномена та потребу у його точнішому науковому визначенні [32].

Труднощі дослідження синдрому до 1980-х років пояснювалися також відсутністю відповідного інструментарію для вимірювання його проявів. Лише з початком 1980-х років розпочався другий, емпіричний етап вивчення проблеми, коли акцент було зміщено на стандартизацію та кількісний аналіз.

Значний внесок у розвиток емпіричного підходу зробили такі інструменти, як шкала *StaffBurnoutScaleforHealthProfessionals* (J. Jones, 1980) та опитувальник *MaslachBurnoutInventory* (C. Maslach, S. Jackson, 1982), які дали змогу проводити порівняльні дослідження в різних професійних і культурних контекстах. Саме поява цих діагностичних засобів сприяла трансформації терміну «вигоряння» із соціально-психологічного опису в наукову категорію, що активно досліджується у США, Канаді, Нідерландах, Польщі та інших країнах.

Таким чином, формування проблемного поля психічного вигоряння пройшло шлях від спонтанних клінічних описів до систематичного емпіричного аналізу з використанням стандартизованих методик, що забезпечило підвищення валідності досліджень і дозволило включити синдром «вигоряння» до ширшого контексту вивчення професійного здоров'я та психології праці.

Попри значну кількість емпіричних досліджень, проведених у перші

десятиліття вивчення даного феномену, теоретична база залишалася недостатньо сформованою. Часто відсутність чітко визначеної концептуальної моделі унеможливлювала систематичне формулювання та перевірку наукових гіпотез. Вибір досліджуваних змінних нерідко здійснювався без належного теоретичного обґрунтування, що зумовлювало труднощі у подальшій інтерпретації отриманих результатів і порівнянні різних досліджень.

На сучасному етапі спостерігається суттєвий прогрес як у теоретичному осмисленні проблеми психічного вигорання, так і в розвитку практичних підходів до його оцінки та профілактики. Цьому сприяло вироблення узгодженого операційного визначення явища, а також створення й валідація надійних психодіагностичних інструментів. Наявність теоретично обґрунтованих моделей вигорання забезпечує можливість системної побудови досліджень, цілісного осмислення механізмів його формування та планування ефективних інтервенцій у межах відповідних наукових концепцій [33].

У сучасній психологічній науці, як і раніше, найбільш поширеним є підхід до розуміння професійного вигорання, запропонований З. Маслач і С. Джексон (1984). Згідно з їхньою концепцією, професійне вигорання розглядається як психоемоційний стан, що виникає внаслідок тривалого впливу професійного стресу, особливо у сферах, де домінує міжособистісна взаємодія. У структурі синдрому виділяють три основні компоненти: емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження відчуття професійної ефективності [45].

«Емоційне виснаження» проявляється в суб'єктивному відчутті емоційної втоми, спустошеності, втрати енергії, що виникає внаслідок інтенсивної міжособистісної взаємодії. Його супроводжують зниження емоційного тону, підвищена дратівливість, тривожність, а в окремих випадках – симптоми депресії.

Деперсоналізація або цинічне ставлення до об'єктів праці виражається в розвитку відсторонених, формальних, а іноді негативних установок щодо клієнтів, колег або підлеглих. Це може проявлятися в емоційній холодності, байдужості, втраченій емпатії.

Зниження професійної ефективності полягає у відчутті незадоволеності

власними професійними результатами, сумнівах у власній компетентності та доцільності виконуваної роботи» [45, с. 34].

Трифакторна модель К. Маслач була розроблена на основі досліджень у професіях соціальної сфери, однак подальші наукові праці продемонстрували її релевантність і в інших професійних контекстах. Згодом у визначення поняття «вигорання» почали включати більш широку проблематику – відображення професійної кризи, що стосується не лише міжособистісних аспектів, а й загального ставлення до праці. Таке розширене трактування модифікувало складові синдрому: цинізм як прояв негативного ставлення до роботи загалом, зниження професійної самооцінки, а також емоційне виснаження залишилися ключовими елементами структури [2; 50].

Японські дослідники запропонували включити до трифакторної моделі четвертий компонент – *фізіологічну залученість* («involvement»), який відображає фізичні прояви хронічного стресу: головний біль, порушення сну, дратівливість, схильність до залежностей (алкоголь, нікотин тощо) [33].

Водночас існують і альтернативні підходи до розуміння вигорання. Так, *одновимірна модель* (А. Pines, Е. Aronson, 1988) трактує вигорання як переважно емоційне виснаження – стан, зумовлений тривалим перебуванням у психоемоційно напружених умовах комунікації. У межах цієї моделі виділяються фізичне, емоційне та психічне виснаження:

- *«фізичне виснаження характеризується зниженням енергетичного потенціалу, хронічною втомою, соматичними розладами;*
- *емоційне виснаження виявляється в почуттях безнадійності, пригніченості, втрати сенсу;*
- *психічне виснаження включає негативне ставлення до себе, своєї діяльності та життєвих перспектив»* [33, с. 123].

Важливо зазначити, що цей підхід поширює застосування терміна «вигорання» не лише на представників соціально зорієнтованих професій, але й на осіб інших галузей, а також на ситуації, пов'язані з сімейним, політичним чи емоційно значущим неформальним середовищем [10; 15 та ін.].

А. Shirom (1989) пропонує розглядати вигорання як комбінацію

емоційного, фізичного та когнітивного виснаження, де провідною є емоційна складова. Когнітивні труднощі й зміни поведінки трактуються як вторинні, які виникають у результаті стратегії психологічного «виживання» (копінгу).

Двофакторна модель вигорання, запропонована голландськими дослідниками D.V. Dierendonck і W.B. Schaufeli (1994), передбачає поділ синдрому на дві основні компоненти:

- *«емоційне виснаження* – афективний компонент, що відображає загальне психоемоційне виснаження;
- *деперсоналізація* – змінене ставлення до себе або клієнтів, що проявляється у формі знеособлення або цинізму» [28, с. 632].

Burke R. J. пов'язує виникнення синдрому вигорання з *нереалістичними очікуваннями*, які не справджуються в процесі професійної діяльності. У його розумінні вигорання не може виникати поза межами трудової діяльності, а також не властиве особам із психопатологічними розладами (наприклад, депресією). Він виокремлює такі ключові аспекти:

- *«дисфоричні симптоми*, що охоплюють переважно емоційне виснаження та зниження мотивації;
- *розрив між очікуваннями й реальністю професійної діяльності;*
- *залежність феномену вигорання від контексту професійної соціалізації психічно здорової особистості»* [38, с. 490].

Таким чином, більшість авторів, розглядаючи процес вигорання, зазначають, що він починається з напруги, яка є результатом протиріччя між очікуваннями, намірами, бажаннями та ідеалами індивіда та вимогами суворой повсякденної реальності. Результатом такого дисбалансу є стреси, які поступово розвиваються і можуть усвідомлюватись індивідом, або довгий час залишатися неусвідомлюваними. Шлях, яким індивід справляється з цими, стресами, є критичним для розвитку вигорання.

VanWijk, в своїй оглядовій роботі, пропонує розширений список симптомів вигорання, серед яких: «а) загальна втома та фізичне виснаження; б) психосоматичні захворювання; в) порушення сну; г) негативне ставлення до клієнтів; д) песимістичне ставлення до професійної діяльності; е) обмеженість у

виборі робочих дій; ж) зловживання хімічними речовинами (кава, алкоголь, тютюн, наркотики, ліки); з) проблеми з апетитом, включаючи переїдання або його відсутність; і) негативна самосвідомість; к) агресивні емоції (дратівливість, тривожність, напруженість, гнів); л) депресивні настрої, такі як песимізм, почуття безнадійності та апатія» [50, с. 708].

Хоча сучасна наукова думка визнала єдину сутність синдрому психічного вигоряння, різні підходи до механізмів цього явища визначаються з різних точок зору. В міжнародній науковій літературі виділяють три основні підходи для пояснення феномену вигоряння: індивідуальний, інтерперсональний і організаційний [24].

Представники інтерперсонального підходу вважають основною причиною вигоряння дисбаланс у відносинах між працівниками та їхніми клієнтами, наголошуючи на важливості міжособистісних взаємодій у виникненні цього стану. Одним із найбільш відомих авторів, що займаються цим підходом, є К. Маслач[45]. В її роботах вигоряння розглядається як негативний індивідуальний досвід, зумовлений контекстом міжособистісних відносин на роботі. Авторка стверджує, що основною причиною вигоряння є напруження в стосунках між професіоналом і його клієнтом. Ці взаємодії часто пов'язані з високим емоційним навантаженням, що призводить до стресу, змін у ставленні до себе та інших. Початково вона зосереджувалася на професіях, де основна діяльність передбачала допомогу іншим, таких як медики, вчителі, поліцейські. Однак згодом вона визнала, що вигоряння може виникати і в інших професіях, не обов'язково пов'язаних із прямим контактом з людьми [45-46].

Цікавим є підхідHodgeG.M., який розглядає вигоряння як явище, пов'язане з суб'єктивним сприйняттям індивідом своєї соціальної компетентності та ефективності у міжособистісних відносинах. У цій теорії соціальна компетентність визначається як здатність ефективно взаємодіяти з іншими, що дозволяє здійснювати позитивний вплив на соціальне середовище. Вигоряння виникає, коли професіонал втрачає впевненість у своїй здатності допомагати іншим, хоча мотивація до допомоги є важливою умовою для успіху. Однак для досягнення професійних цілей також необхідні сприятливі умови професійного

середовища та відповідні особистісні характеристики [43].

Голландські дослідники Buunk та Schaufeli (1993) розглядають проблему вигорання з точки зору соціального порівняння. Вони стверджують, що вигорання виникає внаслідок міжособистісних взаємодій на роботі і для розуміння цього процесу необхідно звернути увагу на те, як індивіди сприймають поведінку інших людей [48]. Вони виокремлюють два аспекти соціальної взаємодії, що стосуються вигорання: соціальне порівняння і симптом зараження. Обидва ці аспекти вони трактують як окремі механізми виникнення вигорання. Основною причиною виникнення вигорання вони вважають посилення тенденції до афіліації у стресових умовах. В умовах стресу працівники прагнуть знайти підтримку у колег і оцінювати свою діяльність через порівняння з досягненнями інших. Соціальне порівняння в робочих колективах може сприяти розвитку вигорання. Також важливим є феномен "групової поляризації", коли члени групи починають змінювати своє ставлення до проблеми, слідуючи більшості. Інший механізм полягає в тому, що симптоми вигорання у колег можуть стати моделями для наслідування, що веде до емоційного зараження. Зазначається, що чутливість до вигорання залежить від особистісних характеристик та мотиваційних факторів працівників [там само].

Таким чином, загальна характеристика цих підходів полягає в розгляді вигорання як результат сильної емоційної напруги, спричиненої міжособистісними взаємодіями на роботі.

У рамках індивідуального підходу основна увага приділяється симптомам, що переживають люди, які страждають від вигорання. Головною причиною цього стану вважаються фрустровані очікування та нереалізовані цілі. Багато авторів аналізують вигорання через призму традиційних психологічних теорій, таких як психодинамічна теорія, когнітивно-психологічні теорії або теорії навчання, а також менш відомі теорії збереження ресурсів та теорія діяльності (Н. Freudenberger, J. Edelwich та A. Brodsky, S.T.Meier, S. Hobfoll, J. Freedy, S. Hobfoll, A. Shirom та ін.). Однак більшість цих моделей не мають достатнього емпіричного підтвердження.

Наприклад, у роботах Н. Freudenberger вигорання не розглядається як

чисто психологічний феномен. Він підкреслює, що цей стан є наслідком відданості професії, стилю життя або відносин, які не призводять до очікуваного результату. Вигоряння, на думку цього автора, виникає, коли індивіди надто ідеалізують своє "Я", намагаються досягти надмірно високих стандартів, що призводить до виснаження всіх енергетичних ресурсів особистості [41].

Основна ідея організаційного підходу полягає в тому, що вигоряння – результат невідповідності між особистістю та роботою. Загалом пропонується шість сфер такої невідповідності:

1. «Невідповідність між вимогами, що висувуються до працівника, та його ресурсами. Основним є пред'явлення підвищених вимог до особистості та її можливостей. Вигоряння може призвести до погіршення якості роботи та розриву взаємин із колегами.

2. Невідповідність між прагненням працівників мати більший ступінь самостійності у своїй роботі, визначати способи досягнення тих результатів, за які вони несуть відповідальність, та жорсткою та нераціональною політикою адміністрації в організації робочої активності та контролем за нею.

3. Невідповідність роботи та особистості через відсутність винагороди, що переживається працівником як невизнання його праці.

4. Невідповідність особистості та роботи з огляду на втрату почуття позитивної взаємодії з іншими людьми, у робочому середовищі.

5. Невідповідність між особистістю та роботою може виникнути за відсутності уявлення про справедливість на роботі. Справедливість забезпечує визнання і закріплення самоцінності працівника.

6. Невідповідність між етичними принципами та принципами особистості та вимогами роботи. Наприклад, людину зобов'язують вводити когось оману, говорити щось, що не відповідає дійсності тощо» [44, с. 830].

Цей підхід є перспективним, оскільки дозволяє знайти сукупний вплив різних факторів у кожному конкретному випадку вигоряння. У низці робіт ставилася проблема взаємодії різних груп факторів, що спричиняють вигоряння. Так, J. Caroll та W. White висловлювали думку про інтегральний підхід до дослідження вигоряння, яке розглядається як екологічна дисфункція; викликана

інтегральною взаємодією особистісних факторів та факторів навколишнього середовища.

Таким чином, аналіз літератури щодо проблеми психічного вигорання дозволяє констатувати, що немає єдиного теоретичного підходу, який би охопив увесь комплекс аспектових вигорань. Кожен із них зачіпає окрему сторону вивчення процесу виникнення феномена вигорання і водночас вони переплітаються між собою. Так, у всіх підходах зазначається, що вигорання виникає за наявності сильної та початкової мотивації, обумовлюється впливом затяжного стресу, що фруструє робочого середовища та його розвиток підтримується внаслідок використання; неадекватних стратегій подолання стресу. Однак, все ж у них мало уваги приділяється особистісним характеристикам, що сприяють розвитку вигорання, а також багато гіпотетичних припущень про вплив того чи іншого фактора на процес вигорання висунуто без підтвердження їх емпіричними дослідженнями.

1.2. Теоретичні підходи до аналізу взаємодії особистісних рис із професійною діяльністю.

Формування особистості у професійній діяльності є складним, багатоаспектним процесом, який охоплює як психологічні, так і соціально-культурні аспекти становлення індивіда як фахівця. Професія не лише визначає зовнішні умови життя, а й чинить глибокий вплив на внутрішню структуру особистості, її самосвідомість, систему цінностей і стиль поведінки. У цьому контексті феномен психоемоційного вигорання постає як один із деструктивних наслідків професіоналізації.

У більшості сучасних досліджень професіоналізація розглядається як поступовий процес входження особистості в професійну сферу, що супроводжується розвитком професійної ідентичності, набуттям компетентностей і адаптацією до вимог фаху. Успішне проходження цього шляху може привести до формування висококваліфікованого фахівця, проте за несприятливих умов цей процес нерідко супроводжується виникненням внутрішніх конфліктів, фрустрацій, а в окремих випадках – до формування

емоційного вигорання[15].

Проблема впливу професії на особистість є об'єктом дослідження вже протягом тривалого часу. Ще у 1920-х роках вітчизняні дослідники відзначали, що кожна професійна діяльність базується на специфічному функціональному апараті особистості, який активізується під час виконання професійних обов'язків. Згідно з положеннями діяльнісного підходу, розробленого вітчизняними вченими, саме діяльність є визначальним фактором розвитку психіки та особистості. Серед різних видів останньої професійна є однією з домінантних, оскільки вона становить основу активності дорослої людини та займає значну частину її життєвого простору[11].

Професійна діяльність є тією сферою, де особистісні трансформації відбуваються особливо інтенсивно. Вона впливає на всі рівні структури особистості – від когнітивних до мотиваційно-ціннісних. Згідно з аналізом наукових джерел, професійна соціалізація передбачає не лише пристосування до умов праці, а й глибоку інтеграцію професійних норм, цілей і засобів у структуру особистості. Успішна професіоналізація можлива лише за умови включення професійних задач до системи життєвих планів особистості, тобто коли професія стає частиною екзистенційного проекту людини[2; 34; 37].

Водночас, професійна адаптація може супроводжуватися суттєвими особистісними змінами. Формування типового професіонала передбачає трансформацію низки індивідуально-психологічних характеристик у відповідності до професійних вимог. Наприклад, можуть змінюватися особливості сприйняття, мислення, емоційного реагування, що забезпечує ефективніше виконання професійних функцій, але водночас може призводити до емоційної монотонності, ригідності, та, у певних випадках, до професійної деформації[22].

Особливо помітний вплив професійної діяльності спостерігається у сферах, пов'язаних з високою емоційною напругою та відповідальністю, таких як медицина. Саме тут проявляються як потенціал особистісного зростання, так і ризики виникнення негативних психоемоційних станів, у тому числі синдрому емоційного вигорання, що може слугувати індикатором кризи у професійному

становленні.

У сучасній психологічній науці, як зарубіжній, так і вітчизняній, формування професійної особистості розглядається в контексті її життєвого шляху [27]. Прихильники цього підходу підкреслюють, що професійний розвиток є невід'ємною частиною індивідуальної життєвої траєкторії, що відображає динаміку становлення особистості в її взаємодії з професійним середовищем.

Аналіз наукових джерел[2; 10; 15 та ін.]засвідчив наявність двох основних методологічних підходів до розгляду взаємозв'язку між особистістю та професією.

Перший ґрунтується на уявленні, що професія здійснює відбір особистості, тобто індивід повинен відповідати певним вимогам, заданим фахом. Відтак акцент робиться на адаптації особистості до вже встановленої системи професійних характеристик. У його межах особистість розглядається як сукупність стабільних характеристик, які визначають її здатність до оволодіння тією чи іншою професією. Цей підхід представлений у класичних концепціях "рис і факторів" (Ф. Парсонс) та "професійного вибору" (Дж. Голланд), де професійна діяльність трактується як результат відповідності між особистісними якостями людини та вимогами певної професії.

Другий підхід, який є ближчим до сучасних уявлень про особистісний розвиток, виходить з припущення, що хоча вибір професії здійснюється на основі вже наявних характеристик особистості, сам фах суттєво впливає на подальшу трансформацію психічного образу людини. У цьому контексті професійне становлення розглядається як процес самоактуалізації, у якому особистість активно будує свою професійну ідентичність, трансформуючи власні риси під впливом вимог обраної діяльності. Цей підхід знайшов розвиток у роботах таких зарубіжних дослідників, як Е. Гінцберг, Д. Супер, А. Рое.

Зокрема, Д. Сюпер сформулював багаторівневу модель професійного розвитку, в основі якої лежить ідея поступового формування та реалізації Я-концепції в контексті професійної діяльності. На його думку, становлення професійної особистості є індивідуальним процесом, що залежить від

унікальних умов життєдіяльності конкретної людини[49].

Ці ідеї отримали подальше продовження у вітчизняній психологічній традиції. Так, у працях О. М. Кокунвисвітлюється концепція професійного розвитку, відповідно до якої різні професійні групи мають відмінні моделі сприйняття світу, зумовлені характером їх діяльності. Аналогічний підхід відображено й у теорії, де професіоналізація розглядається як поетапний, тривалий та багаторівневий процес набуття соціальної зрілості. Автори виділяють кілька основних стадій професійного становлення, кожна з яких передбачає подолання низки суперечностей, що можуть проявлятися у формі кризових станів[13].

Незважаючи на різні погляди на дану проблематику, більшість науковців схильні розглядати професійний розвиток як інтегрований, безперервний процес становлення особистості фахівця, що розпочинається з моменту професійного вибору й триває протягом усієї трудової діяльності, завершуючись із припиненням професійної активності. Цей процес формується під впливом двох ключових груп чинників: зовнішніх, що включають зміну характеру професійної діяльності та соціальних очікувань щодо неї, і внутрішніх, які охоплюють трансформацію особистісних уявлень про професію, її значущість та критерії професіоналізму, зокрема – оцінювання власної професійної компетентності.

У межах сучасної психології професіоналом вважається особа, яка засвоїла й ефективно реалізує нормативні моделі професійної діяльності та професійного спілкування, дотримується етичних стандартів і ціннісних орієнтацій, прагне до підвищення рівня професійної майстерності, а також інтегрує професійну діяльність у структуру особистісного саморозвитку. Такий індивід здійснює активний внесок у розвиток професії, сприяє зростанню її суспільного престижу й гнучко адаптується до змін у професійному середовищі[28].

На підставі аналізу літератури з проблеми професійного становлення можна виокремити кілька універсальних закономірностей формування особистості фахівця. Зокрема, професійний розвиток тісно пов'язаний із загальним психічним розвитком особистості та відбувається на його тлі.

Водночас професіоналізація активізується лише за умови внутрішнього прийняття професії як значущої життєвої мети, інтегрованої у систему особистісних цінностей, планів і життєвої перспективи.

Особистісні характеристики відіграють важливу роль у всіх етапах професійного шляху – від первинного вибору професії до підтримання професійної ефективності, розвитку креативного потенціалу й уникнення професійного вигорання. Як свідчить низка вітчизняних і зарубіжних досліджень, професійна діяльність здатна чинити як конструктивний, так і деструктивний вплив на психічну сферу особистості. Її зміст, тривалість, соціальний статус та умови виконання суттєво впливають на формування професійних установок, рис характеру, мислення, емоційного реагування тощо[17].

Літературні джерела підтверджують, що професійна діяльність справляє трансформувальний вплив на когнітивну сферу, зокрема на процеси сприймання, мислення, уваги[25]. Наприклад, у контексті соціальної перцепції дослідження виявили зміну оцінки людьми один одного залежно від професійної ролі. Так, у студентів медичних спеціальностей перше враження про людину значною мірою визначається факторами, які полегшують або ускладнюють встановлення контакту, що, своєю чергою, зумовлено специфікою професійної взаємодії з пацієнтами.

Окрему увагу в дослідженнях приділено явищу *компенсаторного професійного пристосування*, коли особа демонструє високу продуктивність у професії навіть при наявності функціональних обмежень. Як зазначає Маляр-Газда Н. М., це пристосування часто є результатом свідомої вольової регуляції, що дозволяє компенсувати недоліки шляхом посилення інших функціональних механізмів.

Згідно з автором, професійна діяльність справляє багатогранний вплив на особистість, що проявляється у:

1. «Формуванні професійної вибіркової сприйнятливості, коли увага фокусується на тих властивостях об'єктів, які є значущими в професійному контексті.

2. Усвідомленні та рефлексії власних психічних характеристик, необхідних для ефективного виконання професійних завдань.
3. Розвитку професійно важливих якостей (ПВК), а також зміні їхньої структури під впливом досвіду.
4. Активації механізмів компенсації, які дають змогу підтримувати належний рівень професійної продуктивності.
5. Диференціації проявів психічних процесів у професійних та непрофесійних ситуаціях.
6. Формуванні навичок саморегуляції, що впливають на реалізацію темпераментних властивостей і типологічних особливостей нервової системи» [20, с. 16].

Узагальнюючи вищезазначене, можна стверджувати, що професійна діяльність не лише формує специфічні навички та знання, але й істотно впливає на особистісну структуру індивіда, зумовлює розвиток або, у несприятливих умовах – деформацію особистості. Вона виступає як потужний механізм соціалізації, індивідуалізації та самоактуалізації, проте за наявності психоемоційного перенавантаження чи професійної стагнації може стати джерелом вигорання та особистісної дезорганізації.

Дослідження вказують на те, що тривале виконання однієї й тієї ж професійної діяльності може призводити до накопичення психофізіологічного виснаження, скорочення репертуару ефективних дій, втрати навичок і зниження загальної працездатності. У процесі професіоналізації можливе виникнення явища професійної деструкції – негативного процесу, що характеризується поступовими змінами у структурі особистості та діяльності, які знижують ефективність професійної активності, погіршують міжособистісну взаємодію й ускладнюють саморозвиток особистості.

Під поняттям *професійні деструкції* розуміють системні порушення в особистісній та діяльнісній сферах спеціаліста, які проявляються у зниженні продуктивності, спотворенні професійної ідентичності, а також у формуванні неадаптивних форм поведінки, що гальмують подальший розвиток. Бондаревська Л. виокремлює такі основні тенденції професійної деструкції:

- *«відставання в професійному розвитку, що супроводжується розривом із віковими чи соціальними нормами, фрагментацією професійної ідентичності, втратою реалістичного бачення цілей, сенсу праці та зростанням внутрішніх конфліктів;*
- *редукція професійних здібностей, ослаблення аналітичного мислення, звуження сфери використання раніше засвоєних знань і навичок;*
- *деформація професійного становлення, що супроводжується формуванням негативних якостей, відхиленням від нормативної моделі особистісного й професійного розвитку;*
- *формування негативних особистісних змін, таких як емоційне вигорання або втрата професійної мотивації;*
- *завершення професійного розвитку внаслідок втрати працездатності, зумовленої професійними захворюваннями або психоемоційним виснаженням» [4, с. 316].*

Загалом, професійні деструкції можуть розглядатися як порушення функціонування раніше сформованих професійних навичок і моделей поведінки. Вони нерідко супроводжуються переходами між етапами професійного шляху, а також віковими чи психофізіологічними змінами. Як зазначає Жогно Ю.П., такі деструктивні процеси можуть виникати не лише через об'єктивні умови, пов'язані із соціальним та професійним середовищем (економічні труднощі, зниження престижу професії, організаційні обмеження), але й через суб'єктивні особливості особистості – низьку психологічну стійкість, недостатню рефлексію, проблеми у сфері професійного спілкування [10]. Крім того, важливу роль відіграють *об'єктивно-суб'єктивні чинники*, до яких належать неефективна організація праці, слабкий менеджмент, нестача підтримки з боку керівництва.

У міру зростання професіоналізації людини як суб'єкта діяльності, відбувається активне використання певного набору професійно значущих якостей. Проте з часом надмірна експлуатація окремих характеристик може призводити до їхнього викривлення, формування *професійних акцентуацій* – надмірно виражених рис, що починають негативно впливати на ефективність діяльності, стиль спілкування та загальний психологічний стан фахівця. Їх

подолання часто пов'язане з переживанням кризових станів, посиленням внутрішньої напруги, почуттям фрустрації та відчуження. Втрата внутрішньої мотивації, руйнування ідентичності «Я-професіонала» може мати тривалий негативний вплив на якість життя й психічне здоров'я особистості.

Висновок до розділу 1.

У психології виокремлюють кілька теоретичних підходів до розуміння вигорання: індивідуальний (фокус на особистих очікуваннях і ресурсах), інтерперсональний (увага до міжособистісних взаємодій) та організаційний (аналіз невідповідностей між працівником і робочим середовищем). Незважаючи на наявність різноманітних моделей, не існує єдиної універсальної теорії, що повністю пояснює феномен. Водночас усі підходи визнають роль хронічного стресу, мотиваційних чинників і неадекватних копінг-стратегій у розвитку вигорання. Сучасні дослідження демонструють поступ у теоретичному осмисленні проблеми та вдосконаленні інструментів її діагностики, але залишаються потреби у глибшому вивченні особистісних чинників і комплексних моделей.

Формування особистості в межах професійної діяльності є динамічним і багаторівневим процесом, який охоплює як адаптацію до зовнішніх вимог професії, так і внутрішні трансформації психіки. Основними теоретичними підходами до аналізу взаємодії особистості з професійною сферою є:

1. підхід відповідності між особистістю та професією, що акцентує на доборі фаху згідно з особистісними рисами (теорії Ф. Парсонса, Дж. Голланда);
2. підхід трансформаційного впливу професійної діяльності на особистість, де професія розглядається як чинник розвитку та самоактуалізації (Д. Сьюпер, Е. Гінцберг, О. М. Кокур).

Професійна діяльність змінює когнітивні, емоційні та мотиваційні компоненти особистості, формуючи професійно важливі якості. Водночас у несприятливих умовах може виникати емоційне вигорання, професійна деформація чи деструкція. Таким чином, професія не лише вимагає адаптації особистості, але й виступає чинником її глибокого розвитку або, навпаки,

дезорганізації.

РОЗДІЛ 2

ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ В МЕДИЧНІЙ СФЕРІ: ВПЛИВ ЧИННИКІВ І СПЕЦИФІКА ДІЯЛЬНОСТІ

2.1. Специфіка лікарської діяльності та феномен професійного вигорання

Професійна діяльність медичних працівників належить до категорії складних, інтелектуально та емоційно насичених видів праці. Вона характеризується високими вимогами до когнітивних ресурсів, включаючи значні обсяги оперативної та довготривалої пам'яті, потребує сталого рівня фізичного і психічного здоров'я, а також передбачає елементи творчості. Особливою рисою є підвищена відповідальність за здоров'я та життя пацієнтів, що зумовлює високу професійну ціну помилки. Саме ці особливості зумовлюють як високу ефективність праці медиків, так і підвищене фізіологічне та психологічне навантаження, що може мати негативні наслідки для їхнього психоемоційного стану.

У науковій спільноті зростає занепокоєння щодо того, що сам зміст лікарської професії може бути потенційно шкідливою для психічного здоров'я фахівців. Серед можливих проявів негативного впливу медичної діяльності називають втрату мотивації, професійне розчарування, деморалізацію, зниження задоволеності роботою, думки про зміну професії, психоемоційне виснаження, труднощі в особистому житті, включно з порушеннями у сімейних стосунках, а також зростання ризику зловживання психоактивними речовинами та алкоголем.

За результатами порівняльного аналізу різних категорій медичного персоналу, проведеного Знанецькою О. М.[14], найбільшому ризику розвитку професійного стресу піддаються саме лікарі. Серед основних чинників стресогенності дослідники виокремлюють високий рівень відповідальності, необхідність прийняття рішень у складних умовах, професійні конфлікти та перевантаження.

Визначити точний рівень поширеності синдрому професійного вигорання

серед лікарів складно, оскільки його інтенсивність залежить від багатьох взаємопов'язаних факторів – як організаційних, так і особистісних. Проте згідно з деякими зарубіжними дослідженнями, у понад 40% лікарів спостерігаються прояви вигорання, які істотно впливають на їх особисте благополуччя та професійну діяльність [29].

Згідно з класифікацією професій за критерієм складності та шкідливості діяльності, лікарська діяльність належить до так званого вищого типу. Це пов'язано з необхідністю постійного розвитку, глибокого осмислення змісту своєї роботи, а також регулярного вдосконалення професійних знань і навичок [28].

Аналіз наукових джерел [5; 7; 13 та ін.] свідчить, що лікарська діяльність має високе емоційне навантаження, зумовлене великою кількістю емоціогенних чинників, які викликають тривалий психоемоційний стрес. Одним із найважчих викликів для медичного працівника є необхідність мати справу зі смертю – як реальною, так і потенційною чи символічною. Це включає безуспішні реанімаційні заходи, клінічні ситуації з ризиком для життя пацієнта, а також комунікацію з тривожними хворими або їх родичами. У кожному з цих випадків лікар стикається з етичною дилемою: залишатися професійно включеним, але емоційнодистанційованим, що далеко не завжди є можливим.

Медична практика передбачає значну ціну помилки: навіть незначне відхилення від оптимального алгоритму дій може мати фатальні наслідки. Психотравмуючими можуть бути ситуації, коли смерть настає не з вини лікаря, а внаслідок об'єктивних обставин, або ж коли вона є результатом лікарської помилки. Сам факт такої відповідальності часто є джерелом хронічного стресу. У структурі причин лікарських помилок дослідники виокремлюють об'єктивні (незалежні від фахівця) та суб'єктивні (пов'язані з професійною підготовкою, психологічними особливостями, стресостійкістю) [18, с. 70].

Діагностичний процес у медицині часто порівнюється з розв'язанням багатофакторної задачі з великою кількістю невідомих, яка не має стандартного алгоритму вирішення. Окрім цього, лікарю часто доводиться приймати рішення в умовах дефіциту часу, що підвищує ймовірність помилок. Незважаючи на

науково-технічний прогрес, помилки, спричинені недостатньою професійною компетентністю, залишаються актуальною проблемою. Зниження їх частоти можливе за умови підвищення якості підготовки фахівців на всіх етапах – від базової медичної освіти до післядипломного навчання.

Окремий інтерес становить вивчення процесу професійного становлення лікаря в контексті архетипічної психології. Згідно з концепцією А. Гугенбюля-Крейга, становлення фахівця може розглядатися через призму архетипу «пораненого цілителя», де образ кентавра Хірона символізує мудрість, що народжується з особистого болю. Відповідно до цієї моделі, здатність лікаря співпереживати пацієнту, визнавати власну вразливість і перетворювати її на джерело емпатії є важливою умовою збереження гуманістичних орієнтирів у професії [43].

Навчання на медичному факультеті нерідко супроводжується так званою «невротичною стадією», коли студенти виявляють у себе симптоми хвороб, про які щойно дізналися. Попри зовнішню кумедність цього явища, воно може бути ознакою глибокого внутрішнього конфлікту: усвідомлення того, що лікар — теж людина, уразлива до тих самих захворювань, які він лікує. Саме цей етап може стати точкою біфуркації у професійному розвитку майбутнього фахівця: або інтеграція особистої вразливості й формування справжнього «цілителя», або психологічне відсторонення від «пораненої» частини себе, що може призвести до професійної деформації — зокрема, формування авторитарного стилю спілкування з пацієнтами [17].

У деяких випадках у лікарів формується відчуття домінування над пацієнтом, що веде до зниження їхньої готовності до суб'єкт-суб'єктної взаємодії в межах лікувального процесу. Така позиція, на жаль, може бути частково спровокована самими пацієнтами, які внаслідок психологічної інфантилізації уникають активної участі в подоланні захворювання. Як наслідок, у лікарському середовищі може закріплюватися хибне уявлення про неефективність пояснення пацієнтам суті терапевтичних втручань, що часто призводить до замовчування діагнозу або закритості медичної інформації.

У соціально-психологічному контексті ця проблема пов'язана із

тенденцією делегування повноважень професіоналам без критичного осмислення, що спричиняє втрату відповідальності пацієнтом за власне здоров'я. Така ситуація є проявом професійної деформації у представників медичної галузі, коли зміщується акцент із партнерської моделі взаємодії до авторитарної.

В умовах сучасної охорони здоров'я все більшої актуальності набуває проблема адаптації лікарів до нової парадигми взаємовідносин із пацієнтами. Зокрема, у науковій літературі окреслюються дві основні моделі таких відносин: традиційна, що характеризується схемою «лікар – припис – пацієнт», та модель співпраці – «консультант – контракт – клієнт» [7]. У межах останньої пацієнт виступає не об'єктом, а активним учасником лікувального процесу, добровільно приймаючи на себе частину відповідальності за результати терапії. Такий підхід передбачає своєрідну угоду між лікарем і пацієнтом, де пацієнт погоджується дотримуватися лікувальних рекомендацій, а лікар, у свою чергу, визнає право пацієнта на поінформовану участь у прийнятті рішень. Така модель потребує високого рівня комунікативної компетентності та психологічної підготовки медичного персоналу, до чого, однак, більшість освітніх програм не готує належним чином, що, у свою чергу, може бути джерелом професійного стресу.

У контексті трансформації захворюваності внаслідок успіхів медицини у боротьбі з гострими патологіями, нині на перший план виходять хронічні захворювання, такі як серцево-судинні хвороби, онкопатології тощо. Лікування цих хвороб вимагає не лише медикаментозного втручання, а й глибоких змін у стилі життя пацієнта. Водночас ризикова поведінка (паління, зловживання алкоголем, незбалансоване харчування) часто закріплена у дорослому віці й піддається корекції з великими труднощами.

Таким чином, ефективна профілактична робота повинна ґрунтуватися на: (1) розумінні психологічних мотивів ризикованої поведінки; (2) наявності у медичних працівників відповідної психологічної підготовки до здійснення поведінкової інтервенції; (3) формуванні у населення культури здорового способу життя. У таких умовах лікар мусить виконувати не лише медичну, а й просвітницьку функцію, допомагаючи пацієнтові зрозуміти механізми

саморегуляції та зниження ризику ускладнень. Однак така розширена роль лікаря нерідко стає джерелом рольового конфлікту – коли очікування з боку суспільства не відповідають рівню підготовки та ресурсів, доступних медику [там само].

Варто зазначити, що система медичної освіти і підвищення кваліфікації поки що не приділяє достатньої уваги формуванню психологічних, комунікативних та освітніх навичок, необхідних для реалізації нових функцій. Більш того, відсутність сформованої державної програми популяризації здорового способу життя, а також власне неготовність частини медиків бути прикладом у цьому аспекті (через дефіцит часу, перевтому або брак культури здоров'я), формує явище, відоме як *рольова амбівалентність* – конфлікт між професійною роллю та особистими можливостями її реалізації. Це створює додаткове психоемоційне навантаження і підвищує ризик професійного вигорання [3].

Серед інших емоціогенних факторів варто виокремити неоднозначність і суперечливість вимог до діяльності лікаря. Законодавство з охорони здоров'я акцентує увагу на захисті прав пацієнта, покладаючи на лікаря відповідальність за їх дотримання. Водночас лікар змушений балансувати між нормативними актами, фінансовими обмеженнями, вимогами страхових компаній, адміністративним тиском тощо. У реальності це часто призводить до ситуацій, коли медичний працівник змушений виходити за межі юридично дозволеного або морально прийняттого для виконання професійного обов'язку. Постійна необхідність узгоджувати інтереси пацієнтів із вимогами медичної установи чи контролюючих органів сприяє виникненню почуття фрустрації та втрати автономії [12].

Фізичні умови праці в багатьох медичних закладах також залишають бажати кращого. Дефіцит елементарних матеріально-технічних ресурсів (відсутність канцелярського приладдя, зношене обладнання, нестача витратних матеріалів), а також відсутність комфортних умов для відпочинку негативно впливають на самопочуття лікарів. До цього додається брак вузькопрофільних фахівців, недостатня кількість ліжокмісць у стаціонарах і обмежений доступ до

медикаментів. Усе це ускладнює можливість надання якісної медичної допомоги та створює умови для хронічного перевантаження персоналу.

У сукупності вищезазначені фактори – від організаційно-адміністративних до психологічних – становлять значну загрозу для психоемоційного благополуччя медичних працівників, сприяючи формуванню професійного вигорання, зниженню ефективності їх діяльності та погіршенню якості надання медичних послуг.

Результати окремих зарубіжних емпіричних досліджень свідчать про вищий рівень схильності до синдрому професійного вигорання серед лікарів, які працюють у державних медичних установах, порівняно з фахівцями, залученими до приватної медичної практики [40-44]. Однак, при інтерпретації цих даних необхідно враховувати ряд супутніх чинників, таких як індивідуально-психологічні особливості осіб, які обрали приватну практику, специфіка організаційного середовища приватного та державного секторів охорони здоров'я, а також соціально-економічний портрет пацієнтів, що обслуговуються. Зокрема, у приватних медичних закладах переважають пацієнти з вищим рівнем доходу, стабільнішим соціальним статусом, що, ймовірно, знижує частоту складних клінічних та соціальних випадків.

Значна частина медичних спеціальностей характеризується рутинністю, повторюваністю дій та високим рівнем одноманітності праці. В умовах дефіциту часу, великого потоку пацієнтів та організаційного тиску це призводить до формування хронічної втоми у лікарів. Серед суб'єктивних проявів втоми часто фіксуються погіршення емоційного стану, дратівливість, зниження мотивації, виникнення почуття нудьги, сонливості й загальної виснаженості. Ці фактори мають негативний вплив як на ефективність професійної діяльності, так і на рівень задоволеності медиків своєю працею, що в перспективі може сприяти формуванню синдрому емоційного вигорання.

До числа стресогенних факторів професії також належать недостатній рівень матеріальної та моральної винагороди. З одного боку, заробітна плата лікарів у багатьох випадках не компенсує витрат емоційного, когнітивного та фізичного характеру, що супроводжують їхню діяльність, не забезпечує

належного життєвого рівня. Це часто змушує медичних працівників вдаватися до понаднормової праці: працювати на декількох посадах, брати нічні чергування тощо, що ще більше підвищує загальне професійне навантаження. З іншого боку, моральне стимулювання часто є фрагментарним або недостатньо систематизованим: схвалення з боку керівництва або вдячність пацієнтів не завжди присутні, тоді як система дисциплінарних санкцій працює чітко та регулярно. Це створює асиметрію у сприйнятті справедливості професійної винагороди та є додатковим джерелом емоційного виснаження. Як зазначають дослідники, низький рівень задоволеності матеріальними та моральними стимулами є одним із ключових чинників ризику професійного вигорання [31].

Різні напрямки медичної спеціалізації мають різний рівень емоційного навантаження. Згідно з аналізом професійної діяльності та оглядом відповідної літератури, одними з найбільш емоційно напружених є спеціальності хірургічного профілю, зокрема – хірурги, акушери-гінекологи, анестезіологи. Діяльність цих фахівців передбачає постійне прийняття рішень в умовах дефіциту часу, високий ступінь особистої відповідальності за життя пацієнта, потребу у фізичній витривалості та майстерності, а також значне навантаження на нервову систему, сенсорні аналізатори, серцево-судинну та опорно-рухову системи.

У підсумку, результати аналізу психологічних аспектів професійної діяльності лікарів та огляду наукових джерел дають змогу дійти висновку, що праця медичного працівника належить до особливо складних, високо відповідальних і водночас емоційно насичених видів трудової діяльності. Її характер передбачає постійний контакт із людським болем, відповідальність за життя інших, високу інтенсивність комунікації, потребу у швидкому прийнятті рішень, що в сукупності створює значну кількість як об'єктивних, так і суб'єктивних емоціогенних факторів. Саме ці обставини можуть стати передумовою розвитку синдрому професійного вигорання серед медичних працівників.

2.2. Вплив індивідуальних, рольових та організаційних чинників на

розвиток психічного вигорання

Аналіз наукових праць, присвячених дослідженню синдрому психічного вигорання, свідчить про те, що основна увага дослідників зосереджена на виявленні чинників, які сприяють його розвитку. Загалом, ці чинники традиційно класифікують у дві основні категорії: індивідуальні особливості особистості та характеристики професійної діяльності. Окремі автори виділяють також третю групу – змістовні характеристики професійної діяльності, трактуючи їх як самостійні детермінанти.

Так, аналізуючи *особистісні характеристики* лікаря які сприяють розвитку синдрому професійного вигорання, автори виділяють комплекс змін у поведінковій, емоційній, когнітивній та фізіологічній сферах, які можуть бути маркерами цього стану [23; 43].

«Поведінкові зміни, згідно з його спостереженнями, включають зростаюче уникання професійних обов'язків, зниження ініціативності, часті запізнення, схильність до ізоляції від колег, втрата інтересу до інновацій, зниження продуктивності попри збільшення часу роботи. Також фіксується посилення залежності від стимуляторів (кофеїну, нікотину), нехтування особистими потребами та безпекою.

Емоційні прояви вигорання характеризуються зростаючим почуттям фрустрації, хронічним почуттям провини, самозвинуваченням, втратою емпатії, постійним роздратуванням, гнівом, зниженням толерантності до стресу, емоційною холодністю або проявами сарказму.

Когнітивні ознаки включають труднощі з концентрацією уваги, жорсткість мислення (ригідність), наростання цинізму, підозрілості, песимістичне або девальвуюче ставлення до пацієнтів, орієнтацію на власне виживання, а не на якість надання допомоги.

Фізіологічні симптоми виявляються у вигляді хронічної втоми, порушень сну, частих легких захворювань, підвищеної сприйнятливості до інфекцій, а також загального психосоматичного виснаження» [43, с. 66].

У сучасній психологічній науці одним з ключових напрямів дослідження синдрому вигорання є аналіз особистісних детермінант, які зумовлюють

індивідуальну вразливість до цього феномену. Доведено, що певні риси особистості можуть підвищувати ризик розвитку вигорання. Серед них особливе місце займають: емоційна нестабільність, підвищена тривожність, занижена самооцінка, наявність ідеалізованих уявлень про професійну роль, а також надмірна схильність до самоконтролю і пригнічення негативних емоцій.

Одним із суттєвих чинників є особистісна ригідність – низька здатність адаптуватися до змін та встановлювати межі у міжособистісній взаємодії, що сприяє накопиченню внутрішнього напруження та психоемоційного виснаження. Натомість особи з більшою гнучкістю у поведінці мають меншу схильність до вигорання, оскільки здатні ефективніше справлятися з «рольовими» конфліктами та робочими перевантаженнями [23].

Особливої уваги заслуговує й феномен заперечення власних проблем зі здоров'ям, характерний для медичних працівників. Часто лікарі демонструють труднощі в усвідомленні або прийнятті власної емоційної вразливості, що ускладнює своєчасне звернення за психологічною допомогою. Така поведінка корелює з високим рівнем емоційної саморегуляції, а також з орієнтацією на досягнення і перфекціонізм, що може призводити до хронічного перевантаження.

На тлі вищезазначеного особистісні особливості – такі як схильність до самопожертви, емоційна лабільність, труднощі з вираженням негативних емоцій, перфекціоністські настанови – можуть розглядатися як фактори підвищеного ризику формування синдрому вигорання у лікарів.

Серед *індивідуальних факторів*, що зумовлюють вразливість до вигорання, виділяють соціально-демографічні характеристики (вік, стать, рівень освіти, професійний стаж) та особистісні якості (емоційна стабільність, локус контролю, способи подолання стресу, рівень самооцінки тощо).

У західній психологічній науці особливу увагу приділено *впливу вікових змін* на розвиток вигорання [42]. Більшість досліджень демонструють зворотну кореляцію між віком та інтенсивністю проявів синдрому: молодші працівники частіше стикаються з емоційним виснаженням, що частково пояснюється їхньою недостатньою готовністю до реалій професійної діяльності, які не відповідають

очікуванням. Проте окремі дослідження фіксують підвищену чутливість і працівників старшого віку – зокрема у віковому діапазоні 40–50 років. Найбільш тісні зв'язки між віком та вигоранням виявляються щодо емоційного виснаження і деперсоналізації, тоді як вплив віку на редукцію професійних досягнень менш виражений.

Аналіз *гендерних відмінностей* у структурі вигорання свідчить про різні патерни його прояву у чоловіків і жінок. Так, чоловіки демонструють вищі показники деперсоналізації, тоді як жінки частіше зазнають емоційного виснаження [49]. Це пояснюється переважанням у чоловіків інструментальних цінностей, тоді як жінки зазвичай демонструють вищу емоційну чуйність і залученість у міжособистісні взаємодії. Імовірність розвитку вигорання також залежить від відповідності професійної ролі гендерній ідентичності: наприклад, у ситуаціях, де вимагається прояв «традиційно чоловічих» характеристик (сила, витримка, змагальність), чоловіки виявляють вищу вразливість до стресу. Жінки ж більше піддаються вигоранню в умовах підвищеного емоційного навантаження, що вимагає співпереживання та догляду [267].

Окремо розглядається гіпотеза про додаткове навантаження жінок через поєднання професійних і сімейно-побутових обов'язків, що, у свою чергу, підвищує ризик хронічного стресу.

Щодо впливу *професійного стажу*, наявні результати досить суперечливі. Більшість досліджень не фіксує статистично значущих кореляцій між загальним трудовим стажем і рівнем вигорання [28]. Водночас деякі автори вказують на незначну негативну залежність між стажем роботи в конкретному закладі та інтенсивністю симптомів у фахівців психіатричного профілю.

Також певні емпіричні дані свідчать про вплив *сімейного статусу* на розвиток вигорання. Найвищі ризики виявлено у осіб, що перебувають у шлюбі, особливо серед чоловіків. Проте й неодружені працівники демонструють вищу схильність до вигорання порівняно з розлученими, що може свідчити про складну взаємодію із низкою додаткових чинників.

Щодо *освітнього рівня*, деякі дані вказують на наявність позитивного зв'язку між вищою освітою та схильністю до деперсоналізації. Це може

пояснюватися підвищеними очікуваннями до змісту й результатів власної діяльності. У той самий час редукція професійних досягнень частіше фіксується в осіб із середньою освітою, що, ймовірно, пов'язано з меншими можливостями для самореалізації в межах виконуваних трудових функцій [22].

Внутрішньо професійні відмінності у вигоранні також є цікавими. Встановлено, що рівень навчання та специфіка дисципліни, що викладається, дають різний ступінь вигорання. Наприклад, вчителі початкових класів мають вищий рівень вигорання; ніж їхні колеги з старших класів, вчителі музики виявляються більш схильними до вигорання, ніж викладачі математики, а рівень вигорання у вчителів фізичного виховання нижче, ніж у вчителів-предметників [43].

Аналогічна картина спостерігається і в медицині та сфері психічного здоров'я. Лікарі та медсестри відчують сильніше вигорання порівняно з обслуговуючим персоналом лікарень, причому вище рівень спостерігається у медичного персоналу онкологічних відділень. Порівняльний аналіз персоналу, що працює за межами лікарень (наприклад, лікарі: які займаються приватною практикою) з психічно хворими людьми і в лікарнях, показує, що перша група працівників найбільш схильна до вигорання [44].

Разом з цим, у науковій літературі значно менше уваги приділялося аналізу впливу таких соціальних детермінант, як *етнічна або расова належність, регіон проживання, соціально-економічний статус та рівень заробітної плати, на формування синдрому емоційного вигорання* [46]. Водночас особистісні характеристики дослідники розглядають як одну з ключових змінних у формуванні цього феномена. Деякі автори висловлюють припущення, що індивідуально-психологічні властивості мають значно більший вплив на розвиток вигорання, ніж соціально-демографічні чинники або умови трудового середовища.

Одним із пріоритетних напрямів емпіричних досліджень є вивчення взаємозв'язку між *стратегіями подолання стресових ситуацій* (coping-стратегіями) та інтенсивністю проявів вигорання. За результатами порівняльного аналізу, вищий рівень вигорання асоціюється з пасивними

способами реагування на фрустрацію, тоді як активні стратегії корелюють із нижчими показниками емоційного виснаження та деперсоналізації. Особливу увагу дослідники звертають на таку особистісну характеристику, як *витривалість* (hardiness), що у контексті зарубіжної психології трактується як здатність особи підтримувати високу активність, контролювати життєві події та адаптивно реагувати на зміни. Встановлено, що високий рівень особистісної витривалості пов'язаний із низькою вираженістю всіх складових вигорання [44].

Іншим важливим фактором є *локус контролю*, який поділяється на внутрішній (інтернальний) та зовнішній (екстернальний). Особам із зовнішнім локусом контролю притаманне приписування життєвих подій випадковим чинникам або діям інших людей, тоді як інтернали схильні приписувати відповідальність за події власним зусиллям, здібностям і рішучості. У багатьох дослідженнях простежується позитивна кореляція між екстернальним локусом контролю та показниками емоційного виснаження і деперсоналізації, тоді як внутрішній локус контролю корелює з високою професійною ефективністю - переважно серед чоловіків [18].

Також виявлено, що підвищений *рівень тривожності та агресивності* пов'язаний із вищим ризиком розвитку психічного вигорання. Натомість відчуття згуртованості в колективі діє як буферний чинник, знижуючи ймовірність виникнення цього синдрому [235, 270]. Окремі автори наголошують на значенні емоційної сенситивності як особистісної змінної, що опосередковано впливає на прояви вигорання, зокрема в контексті підвищеної вразливості до міжособистісних взаємодій [185].

Також, у низці робіт акцент зроблено на пріоритетному впливі *специфіки професійної діяльності* у виникненні синдрому вигорання [14; 20; 28 та ін.]. Зокрема, значна увага приділяється аналізу умов праці, серед яких ключовими виявляються тривалість робочого часу, інтенсивність навантаження та обсяг виконуваних завдань. Дослідники неодноразово підтверджували, що перевищення норми робочого часу, надмірні фізичні й емоційні навантаження сприяють активізації процесів вигорання. Також встановлено кореляцію між подовженим робочим днем і зростанням рівня емоційного виснаження. Хоча

перерви в роботі можуть знижувати прояви вигорання, цей ефект, як правило, є тимчасовим: вже через кілька днів після повернення до роботи рівень вигорання знову зростає і через три тижні досягає початкових значень.

Змістовні характеристики праці також розглядаються як значущий фактор у виникненні вигорання. Вони включають кількість клієнтів, частоту контактів із ними, а також інтенсивність та глибину емоційного залучення. У деяких дослідженнях встановлено позитивну залежність між кількістю обслуговуваних клієнтів і рівнем вигорання [3], хоча інші роботи не підтверджують цієї взаємозв'язку [5]. Ймовірно, визначальним чинником є не стільки кількість клієнтів, скільки тривалість і характер взаємодії з ними.

Особливо високий ризик емоційного виснаження спостерігається у працівників, що мають справу з клієнтами, які перебувають у складних життєвих обставинах – зокрема, це стосується сфер охорони здоров'я, де медичний персонал працює з невиліковно хворими (наприклад, онкопацієнти або хворі на ВІЛ/СНІД).

Рівень автономії в професійній діяльності також істотно впливає на рівень вигорання: чим більшою є свобода прийняття рішень, тим меншою є ймовірність виникнення цього синдрому [7].

Серед *соціально-психологічних чинників* особливої уваги заслуговують міжособистісні взаємини в професійному середовищі, як у вертикальній (керівництво – підлеглі), так і в горизонтальній площині (колеги). Соціальна підтримка, особливо з боку керівництва, є потужним буфером проти розвитку вигорання [там само]. Дослідники вказують на те, що підтримка супервізорів і адміністрації має більш значущий вплив на психологічний стан працівника, ніж взаємини з колегами. При цьому конфлікти між працівниками, що знаходяться на рівних професійних позиціях, зазвичай менш деструктивні, ніж конфлікти з керівниками.

Однак і *підтримка з боку колег* може відігравати роль у зниженні рівня вигорання. Дослідження вказують на ефективність емоційної, інформаційної та інструментальної підтримки в умовах підвищеного стресу, особливо у випадках рольового конфлікту та високого навантаження [14].

Окрему увагу приділено впливу *стилю управління* на розвиток вигорання. Демократичний стиль керівництва, на відміну від авторитарного, меншою мірою сприяє формуванню емоційного виснаження у підлеглих.

Також досліджується *взаємозв'язок між ставленням працівника до клієнтів і рівнем вигорання*. Практично всі дослідження свідчать, що формування дистанції або емоційного відсторонення від клієнтів, зниження значущості результатів своєї праці корелює з підвищенням симптомів вигорання. Особливо це стосується фахівців соціальної сфери та медичних працівників, які мають щільний контакт з емоційно навантаженими проблемами пацієнтів [18].

Результати низки емпіричних досліджень свідчать про важливу роль наявності *зворотного зв'язку* у професійній діяльності як одного з ключових захисних чинників проти психічного вигорання. Відсутність конструктивного фідбеку виявляє позитивний зв'язок із усіма трьома складовими вигорання — емоційним виснаженням, деперсоналізацією та зниженням професійної ефективності [44].

Окрему увагу дослідники приділяють *системі стимулювання персоналу*, яка охоплює як матеріальне заохочення, так і нематеріальні форми, зокрема моральну підтримку, схвалення з боку керівництва або вдячність з боку клієнтів. Виявлено, що недостатній рівень винагороди або її відсутність істотно підвищує ризик виникнення психоемоційного виснаження. При цьому, згідно з низкою досліджень, вирішальне значення має не абсолютний розмір винагороди, а її суб'єктивне сприйняття працівником як справедливої порівняно з його власними зусиллями та вкладом колег. Встановлено, що позитивне підкріплення професійної діяльності сприяє зростанню почуття професійної самореалізації, тоді як система санкцій, навпаки, може провокувати прояви деперсоналізації [19].

Суттєвий внесок у формування синдрому психічного вигорання також мають *рольові суперечності*, які виникають унаслідок неузгодженості функціональних обов'язків (рольовий конфлікт), а також нечітких або суперечливих очікувань щодо ролі працівника (рольова невизначеність). Узагальнені результати досліджень свідчать про наявність стабільного позитивного зв'язку між цими рольовими характеристиками та такими

складовими вигорання, як емоційне виснаження та деперсоналізація, поряд із негативним впливом на суб'єктивну оцінку власної професійної ефективності [14].

Таким чином, на основі аналізу літератури нами було розкрито сутність та структуру поняття «психічного вигорання», а також фактори, що впливають на формування цього феномену з погляду різних психологічних підходів, розглянуто дослідження вигорання у представників різних професійних груп.

Висновок до розділу 2.

Формування особистості в межах професійної діяльності є динамічним і багаторівневим процесом, який охоплює як адаптацію до зовнішніх вимог професії, так і внутрішні трансформації психіки. Основними теоретичними підходами до аналізу взаємодії особистості з професійною сферою є:

1. підхід відповідності між особистістю та професією, що акцентує на доборі фаху згідно з особистісними рисами (теорії Ф. Парсонса, Дж. Голланда);
2. підхід трансформаційного впливу професійної діяльності на особистість, де професія розглядається як чинник розвитку та самоактуалізації (Д. Сьюпер, Е. Гінцберг, О. М. Кокун).

Професійна діяльність змінює когнітивні, емоційні та мотиваційні компоненти особистості, формуючи професійно важливі якості. Водночас у несприятливих умовах може виникати емоційне вигорання, професійна деформація чи деструкція. Таким чином, професія не лише вимагає адаптації особистості, але й виступає чинником її глибокого розвитку або, навпаки, дезорганізації.

Синдром психічного вигорання зумовлюється взаємодією низки індивідуальних, рольових та організаційних чинників. До індивідуальних належать особистісні риси (емоційна нестабільність, ригідність, тривожність, перфекціонізм), соціально-демографічні характеристики (вік, стать, професійний стаж, сімейний статус) та стиль реагування на стрес (coping-стратегії, локус контролю, витривалість). Рольові чинники включають конфлікти та невизначеність професійних ролей, які сприяють зростанню емоційного виснаження і деперсоналізації. Серед організаційних чинників визначальними є умови праці, рівень автономії, підтримка з боку керівництва і

колег, стиль управління, система винагород і зміст професійної діяльності. Усі ці чинники формують складний комплекс впливів, що визначає індивідуальну вразливість працівника до вигорання та його інтенсивність.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБИСТІСНИХ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ФАХІВЦІВ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ

3.1 Методологічне забезпечення та процедура проведення дослідження

Основним завданням цього етапу дослідження стало виявлення впливу особистісних характеристик та організаційного середовища на формування синдрому емоційного вигорання серед медичних фахівців.

Завдання дослідження

1. Визначити, які індивідуально-психологічні особливості особистості сприяють виникненню вигорання;
2. Проаналізувати вплив умов праці та організаційної структури на розвиток цього синдрому.

У дослідженні брали участь 20 лікарів різного профілю з м. Тернопіль. Віковий діапазон – від 23 до 65 років. Всі респонденти мали вищу медичну освіту.

Для реалізації цілей дослідження було використано наступні методики:

Опитувальник "Психічне вигорання" – інструмент, що складається з 72 питань, спрямованих на оцінку ступеня вигорання. Результати аналізуються за трьома шкалами: психоемоційне виснаження, особистісне дистанціювання та професійна мотивація. Узагальнений показник – Індекс Психічного Вигорання (ІПВ).

Особистісний опитувальник 16 PF (Р. Кеттелл) – дає змогу виміряти індивідуально-психологічні особливості особистості, включаючи такі параметри як емоційна стабільність, домінантність, самоконтроль, схильність до тривожності тощо.

STAXI (Ч. Спілбергер) – тест оцінює рівень агресивності, її форми прояву, а також ступінь контролю над агресивною поведінкою. Методика включає 44 пункти, згрупованих у сім основних шкал.

Шкала Робочого Середовища (ШРС) – інструмент для оцінки організаційного клімату, розроблений на основі підходу Рудольфа Н. Мооса. Дослідження включало форму R, яка оцінює сприйняття актуального робочого середовища.

Ця шкала охоплює такі аспекти:

1. Міжособистісні взаємини: рівень залученості, згуртованість колективу, підтримка з боку керівництва.
2. Особистісний розвиток і орієнтація на цілі: автономність у роботі, орієнтація на результат, адміністративний тиск.
3. Система збереження і зміни: ступінь організованості, контроль, впровадження нововведень, фізичний комфорт на робочому місці.

На попередньому етапі, на основі отриманих результатів за допомогою опитувальника психічного вигорання (ОПВ), було проведено ранжування респондентів за індексом психічного вигорання, після чого виділено 25% лікарів з найвищими та 25% з найнижчими показниками ІПВ. Таким чином, було утворено дві групи – умовно "вигорілі" та "невигорілі", які стали об'єктом подальшого порівняльного аналізу.

3.2. Емпіричне вивчення особистісних предикторів схильності до емоційного вигорання.

З метою аналізу особистісних якостей, які можуть сприяти формуванню синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників, у дослідженні було використано багатофакторний особистісний опитувальник Р. Кеттелла (16 PF, форма А), а також тест STAXI, що оцінює особливості агресивності [35].

Після проведення тестування за методикою 16 PF для обох вибірок респондентів (група з високим і низьким рівнем вигорання) був складений усереднений психологічний портрет представників кожної з них.

Порівнюючи середні значення за окремими факторами (див. табл. 1), встановлено, що лікарі з вираженими проявами вигорання демонструють нижчі показники за такими шкалами:

Фактор А (дружелюбність, теплота) – середнє значення $M = 10,2$

Фактор С (емоційна стабільність) – $M = 13,5$

Фактор G (соціальна відповідальність, норма) – значення знижені

Також спостерігалися підвищені показники за шкалами:

Фактор М (абстрактність мислення) – $M = 11,7$

Фактор О (схильність до тривоги, почуття провини) – $M = 14,1$

Фактор Q2 (самодостатність, незалежність від групи) – $M = 11,9$

Фактор Q4 (напруженість, внутрішня тривога) – $M = 15,7$

Такі результати свідчать про те, що «вигорілі» медики мають схильність до емоційної нестабільності, більшої тривожності, менш соціально інтегровані та мають підвищений рівень внутрішньої напруги порівняно з тими, хто не має ознак вигорання.

Таблиця.1.

Показники шкал опитувальника 16 PF (Р. Кеттелл) для груп «вигорілих» та «не вигорілих» лікарів

Фактори	Вигорілі		Невигорілі	
	М	D	М	D
A	10,2	3,92	11,8	2,77
B	8,6	2,37	9,3	2,20
C	13,5	4,41	15,2	4,16
E	12,6	4,43	12,8	3,88
F	10,7	5,62	9,9	5,23
G	11,3	3,16	13,5	2,49
H	12,3	5,59	11,3	4,24
I	10,6	4,12	10,2	4,08
L	10,7	3,10	10,2	2,84
M	11,8	3,07	10,6	3,10
N	9,3	3,61	10,3	2,37
O	14,1	5,02	11,4	4,29
Qi	9,7	3,09	9,5	2,87
Q ₂	11,1	3,72	9,6	3,23
Q ₃	11,9	3,25	12,7	2,42
Q ₄	15,7	5,04	10,6	4,77

Як бачимо, найбільш суттєві відмінності групи «вигорілих» спостерігається за факторами А, С, G, М, N, Q₂, Q₄, що свідчить про більшу стриманість у міжособистісних відносинах (А-), меншу проникливість (N-,

«слабкості Я», емоційної нестійкості (С-), нижчою силою «супер - є високою уявою (М+), про більшу стурбованість (0+), про більш високий рівень самозадоволеності (Q2+), про тривожність (Q4+).

Це вказує на те, що лікарі, що вигоріли, відрізняються стриманістю в міжособистісних контактах, прагненням «заглибитися в себе», ригідністю, критичністю, недовірливістю, схильністю до образ і похмурості.

Іншим фактором, за яким розрізняються ці дві вибірки, є фактор N, що свідчить про те, що лікарі, що вигоріли, відрізняються наївністю, незрілістю в соціальних контактах, низьким емоційним інтелектом.

Аналіз міжгрупових відмінностей за фактором С вказує на те, що медичні працівники з ознаками професійного вигорання демонструють виражену емоційну нестабільність, знижений рівень стійкості "Я", схильність до тривожності, підвищеної вразливості та уникання відповідальності. Такі особи легко піддаються емоційним коливанням, частіше переживають дистрес, виявляють труднощі в адаптації до життєвих обставин та схильні до пасивної поведінки у складних ситуаціях.

Відмінності за фактором G свідчать про те, що респонденти з ознаками вигорання меншою мірою зорієнтовані на соціальні та моральні норми. Для них характерна недисциплінованість, імпульсивність, недостатня внутрішня організованість і схильність до легковажного ставлення до обов'язків.

Аналіз за фактором О виявив, що у вигорілих лікарів частіше спостерігається схильність до самозвинувачення, гіпертрофоване почуття провини, підвищена чутливість до критики та загальна тривожність. Вони схильні до негативної оцінки свого емоційного стану та мають песимістичний настрій.

Щодо фактора Q4, вигорілі фахівці виявляють високий рівень внутрішньої напруги, дратівливості та труднощі з контролем емоцій, що свідчить про хронічну перевтому та нестабільність емоційної регуляції.

Порівняльний аналіз середніх значень між досліджуваними групами показав значні відмінності за шістьма особистісними якостями (35% від загальної кількості досліджуваних характеристик), що співвідносяться з

факторами A, N, C, G, O, Q4 за методикою 16 PF. Однак цей рівень диференціації є недостатнім для повного пояснення якісної своєрідності особистісного профілю вигорілих фахівців. Імовірно, психічне вигорання пов'язане не лише з окремими рисами, а з особливостями структурної організації всього комплексу особистісних характеристик.

У представників медичної професії з проявами професійного вигорання базовими особистісними рисами виявляються такі характеристики, як висока моральна відповідальність (G), прагнення до домінування (E), підвищена емоційна чутливість (I), схильність до підозрілості (L) і самозадоволеність (Q2). Такий профіль особистості свідчить про наявність глибоко вкоріненого почуття обов'язку, принциповості та моральної стійкості, що, водночас, поєднується з домінантністю, схильністю до агресивної поведінки, демонстративного самоствердження, а також самовпевненістю та егоцентризмом. Крім того, фіксується тенденція до тривожності, яка нерідко виявляється у формі гіперуваги до власного фізичного стану, тобто іпохондричності.

Щодо осіб без ознак професійного вигорання, для них типовими є такі риси, як емоційна чутливість (I), стабільність у прийнятті рішень (F) та внутрішнє задоволення (Q2). На основі цих характеристик можна припустити, що особистісна структура «невигорілого» медичного працівника відображає образ фахівця з урівноваженою емоційною сферою, схильного до толерантності як до себе, так і до інших. Вони зазвичай активні, з позитивним поглядом на життя, самостійні у прийнятті рішень та внутрішньо незалежні.

Отримані результати дають змогу зробити висновок про те, що між фахівцями з проявами вигорання та тими, хто не має таких симптомів існують помітні відмінності в особистісних детермінантах, що визначають їх сприйняття, поведінку та стійкість до стресу. Ці відмінності зумовлені особливостями інтеграції та взаємодії особистісних рис у межах індивідуальної структури особистості.

З практичної точки зору вигорання проявляється через зниження професійної мотивації, втрату інтересу до діяльності та емоційну відчуженість. Такі фахівці прагнуть скоротити робочий день, демонструють небажання брати

участь у професійних змінах, знеохочення та індиферентність. Часто спостерігається схильність до частого використання стимуляторів (кава, тютюн, алкоголь), а іноді й транквілізаторів або інших психоактивних речовин як спроба впоратися з внутрішнім напруженням, що, однак, у довгостроковій перспективі лише погіршує загальний стан.

Крім того, у медичних працівників, які переживають вигорання, підвищується рівень агресивності, послаблюється контроль за імпульсами, що може призводити до конфліктів у професійному та особистому житті. Спостерігається також тенденція до соціального відсторонення, зменшення кількості контактів і зниження рівня соціальної взаємодії.

На противагу цьому, лікарі без ознак вигорання зазвичай мають високий рівень внутрішньої мотивації, відчувають ентузіазм щодо професійної діяльності та демонструють загальну психологічну стійкість.

Нами також була висловлена гіпотеза про наявність зв'язку між вигоранням та агресивністю. Для дослідження агресивності нами використали *тест STAXI*.

Отримані дані представлені у табличній формі (див. табл. 2)

Таблиця 2.

Середні арифметичні шкал опитувальника STAXI для «вигорілих» та «не вигорілих» лікарів

Шкали	Вигорілі		Невигорілі	
	М	D	М	D
1	12,2	6,43	10,9	4,90
2	19,7	3,73	17,7	3,25
3	7,7	2,61	7,0	2,43
4	8,6	4,28	7,7	4,86
5	18,4	4,37	15,3	3,51
6	16,4	4,47	13,7	4,70
7	22,9	15,38	24,5	9,79

Отримані результати показують, що між групами лікарів з ознаками професійного вигорання та без таких ознак спостерігаються значні відмінності за шкалами:

1. Шкала 1 (агресія як стан)
2. Шкала 5 (аутоагресія): лікарі, які переживають вигорання, мають схильність спрямовувати агресивні тенденції на себе, що є дезадаптивною і

деструктивною формою агресії.

3. Шкала 6 (гетероагресія): вигорілі фахівці частіше, ніж їх колеги без ознак вигорання, виявляють агресію до оточуючих. Вигорання виявляється через цинічне ставлення до пацієнтів, підвищену дратівливість та конфліктність із колегами і пацієнтами.

Ці дані дають змогу стверджувати, що лікарі з ознаками професійного вигорання є більш схильними до агресивних проявів, а їх агресія може бути спрямована як на себе, так і на оточуючих.

Далі, для визначення впливу агресивності на розвиток феномену професійного вигорання серед медичних працівників, варто звернути увагу на наступні моменти.

По-перше, агресивність, особливо спрямована назовні (шкала 6), має важливий вплив на формування психічного вигорання.

По-друге, вигорання може призводити до підвищених агресивних реакцій в різних ситуаціях (шкала 4), при цьому контроль над агресією значно знижується, що сприяє посиленню аутоагресії (шкали 7, 5).

Отже, можна зробити висновок, що агресивність, особливо її спрямованість на інших, сприяє розвитку професійного вигорання, а сам феномен вигорання, в свою чергу, знижує здатність контролювати агресивні реакції та може призводити до проявів аутоагресії.

3.3. Дослідження впливу організаційно-професійних чинників на розвиток емоційного виснаження.

Для того, щоб визначити відмінності у сприйнятті соціального середовища у лікарів, що вигоріли і не вигоріли, ми провели методику ШРСв обох групах піддослідних.

Таблиця 3.

Середні арифметичні шкал опитувальника ШРС для «вигорілих» та «не вигорілих» лікарів

Фактор	Вигорілі		Невигорілі	
	М	D	М	D
ВКЛ	3,9	1,63	6,0	1,89
ПС	4,5	1,75	6,3	2,09

ПР	2,6	2,28	3,4,	2,59
А	4,9	2,30	5,3	1,63
ОЗ	5,2	1,41	5,4	2,02
РП	5,5	2,27	4,5	1,83
ДКР	4,3	2,01	4,6	2,21
ДО	5,4	2,58	5,5	2,01
ІПН	2,4	1,82	4,3	2,43
КОМ	2,0	1,74	3,8	2,41

Результати дослідження свідчать про те, що лікарі з ознаками професійного вигорання демонструють низький рівень зацікавленості у своїй роботі, не проявляють ініціативи або прагнення до продуктивного виконання своїх обов'язків. Вони оцінюють колектив як не згуртований, а такий, де відсутні довірливі та теплі взаємини. Також лікарі, що вигоріли, вважають, що керівництво чинить тиск на них, покладаючи додаткові обов'язки, та не підтримує новаторські підходи в роботі. Їхнє ставлення до фізичного комфорту робочого місця також є негативним.

Можна припустити, що якщо лікарський колектив буде більш згуртованим, якщо тиск з боку керівництва буде меншим, а вимоги більш адекватними, якщо будуть заохочуватись новаторські підходи та забезпечені комфортні умови праці, то ймовірність розвитку психічного вигорання серед лікарів у такому колективі знизиться.

Ці результати чітко показують, що між групами «вигорілих» та «невигорілих» лікарів існують значні відмінності у детермінантах психічного вигорання, які зумовлені особливостями структурної організації параметрів робочого середовища.

Інтеграція різних аспектів робочого середовища у групі лікарів з професійним вигоранням демонструє, що ці фахівці суб'єктивно оцінюють умови праці негативно, вважаючи їх «пригнічувальними». Вони надають більш важливе значення таким аспектам як інновації та орієнтація на завдання.

Аналіз основних параметрів робочого середовища у двох групах показав наявність схожих рис. Зокрема, найбільшу структурну вагу в обох групах мають параметри інновацій та орієнтації на завдання. Проте є й відмінності: у групі

вигорілих лікарів більше виражена автономія, тоді як у групі не вигорілих – показник згуртованості.

Згідно з результатами таблиці, параметри включення, згуртованості, автономії, робочого пресу, інновацій та фізичного комфорту впливають на формування професійного вигорання. Таким чином, відсутність зацікавленості в ефективному використанні робочого часу, недостатня свобода дій, незаохочення ініціативи, заборона на нововведення, відсутність доброзичливої атмосфери в колективі, тиск з боку керівництва та надмірні вимоги до роботи поза робочим часом значно впливають на розвиток психічного вигорання.

Своєю чергою, психічне вигорання призводить до того, що лікарі вважають, що їхній колектив не отримує підтримки з боку керівництва. Вони оцінюють взаємовідносини між лікарями та керівництвом як негативні, вважаючи, що адміністрація не захищає їхні інтереси, не враховує їхню думку і не консультується з ними. Крім того, у лікарів з вигоранням відсутнє бажання працювати ефективно, вони вважають, що керівництво надмірно контролює виконання правил і норм як у професійній діяльності, так і в поведінці в лікарні.

Сукупний вплив структури зовнішніх та внутрішніх факторів на виникнення психічного вигорання

Результати емпіричного дослідження вказують на те, що виникнення синдрому «психічного вигорання» зумовлене як організаційними факторами професійної діяльності лікарів, так і особистісними характеристиками самих медичних працівників. Взаємодія між вигоранням і особистісними рисами має двосторонній характер, однак вплив особистісних особливостей на розвиток вигорання є значно сильнішим, ніж зворотний ефект. До факторів, що сприяють вигоранню, належать імпульсивність, сміливість, схильність до протесту, тривожність, агресивність і схильність спрямовувати агресію на інших. Водночас сам процес вигорання посилює емоційну чутливість і здатність до глибшого занурення в емоційні переживання.

Результати аналізу дають змогу зробити висновок, що розвиток психічного вигорання зумовлений рядом чинників, серед яких можна

виокремити: нейротизм, схильність до тривожності, залежність від інших людей, сумлінність, труднощі в міжособистісних взаєминах, ворожість до оточуючих, практичність і недостатній рівень креативності.

Окрім впливу конкретних особистісних якостей на рівень психічного вигоряння, існує також залежність від інших особистісних детермінант, які визначаються загальною структурою особистісних якостей та виступають як похідні. Такі структурні характеристики особистісних якостей можуть впливати на розвиток або запобігання психічного вигоряння. Висока організованість і інтеграція особистісних рис в цілому знижують ризик вигоряння.

Що стосується агресивності, то лікарі з ознаками вигоряння демонструють вищий рівень агресивності порівняно з тими, хто не має цього синдрому. Психічне вигоряння знижує здатність контролювати агресивні прояви і може призводити до аутоагресії або агресії, спрямованої на інших.

Поряд з внутрішніми факторами розвитку психічного вигоряння, зовнішнє робоче середовище також має суттєвий вплив. До основних параметрів, які сприяють виникненню вигоряння, можна віднести: рівень включення в діяльність, згуртованість колективу, можливість свободи дій і самостійного прийняття рішень, тиск з боку керівництва, заохочення інновацій та комфорт робочого середовища.

У лікарів, що вигоріли, структура параметрів робочого середовища більш організована, ніж у тих, хто не відчуває вигоряння. Це підтверджує, що між групами «вигорілих» і «невигорілих» лікарів існують значні відмінності в плані детермінант психічного вигоряння, і ці відмінності залежать від організаційних характеристик робочого середовища.

Суб'єктивна оцінка робочого середовища лікарями, що вигоріли, також свідчить про негативне ставлення до умов праці в цілому, яке посилюється впливом «пригнічувальних» факторів. Це показує, що організаційні умови роботи можуть мати суттєвий вплив на психічне здоров'я медичних працівників.

Висновок до розділу 3.

Таким чином, результати емпіричного дослідження дають змогу зробити висновок, що психічне вигоряння медичних працівників зумовлене наступними факторами:

1. Структура суб'єктивних факторів: стриманість у міжособистісних взаєминах, домінантність, імпульсивність, сміливість, протестність, тривожність, агресивність та схильність до спрямування агресії на інших; використання психологічних захистів, таких як заміщення, компенсація і інтелектуалізація.

2. Структура організаційних факторів: включення у професійну діяльність, згуртованість лікарського колективу, свобода дій та можливість самостійно приймати рішення, тиск з боку керівництва, заохочення інновацій.

Покращення цих аспектів може допомогти зупинити процес вигоряння або запобігти його виникненню, забезпечуючи збереження здоров'я лікаря як особистості та ефективного професіонала.

ВИСНОВОК

У сучасних умовах зростають вимоги до медичних працівників з боку суспільства щодо їхнього здоров'я та якості наданої медичної допомоги. Ці вимоги підвищують актуальність проблеми психічного здоров'я як лікаря, так і пацієнта. Однією з важливих проблем у цій сфері є феномен психічного вигоряння, який виникає внаслідок дії різноманітних емоціогенних факторів, що приводять до наростання незадоволення, втоми, криз в професійній діяльності та, зрештою, до вигоряння. Тому вивчення причин виникнення вигоряння у медичних працівників та розробка заходів для його діагностики, корекції та профілактики є важливим для збереження психічного здоров'я лікарів і підтримання їх професійної ефективності.

Попри очевидну актуальність цієї проблеми, аналіз літератури виявив, що вітчизняна психологія значно відстає в розробці теоретичних основ феномена психічного вигоряння порівняно з міжнародними дослідженнями. У вітчизняній науці цей феномен вивчався лише в окремих випадках.

Зарубіжні дослідження показали, що на сьогоднішній день не існує єдиного підходу до визначення сутності психічного вигоряння. Існують різні трактування цього явища, і часто ці визначення суперечать одне одному. Однак найпоширенішим є визначення, запропоноване З. Масlach і С. Джексон, яке визначає вигоряння як синдром емоційного виснаження, деперсоналізації та зменшення особистісних досягнень у тих, хто працює з людьми.

Наше дослідження дозволило сформулювати таке розуміння психічного вигоряння: це специфічний вид професійного стресу, який негативно впливає на ефективність і якість роботи. Психічне вигоряння – стійкий, прогресуючий процес, що проявляється у професійній діяльності осіб, які не мають психічних захворювань. Синдром психічного вигоряння складається з трьох основних компонентів: емоційного виснаження, деперсоналізації (цинізму) та зменшення професійних досягнень.

Формування вигоряння зумовлене як зовнішніми стресорами, пов'язаними з робочим середовищем, так і внутрішніми передумовами, такими як особистісні характеристики та мотивація професіонала. Особливо схильні до вигоряння ті

професії, що передбачають взаємодію з людьми, зокрема професія медичного працівника.

Аналіз психологічних аспектів лікарської діяльності показав, що медичні працівники виконують складну та відповідальну роботу, що збільшує ризик виникнення психічного вигоряння. Вплив зовнішніх факторів, таких як хронічний стрес, незадоволеність організацією праці, перевантаження та відсутність соціальної підтримки, посилює цей процес. Внутрішні передумови вигоряння, такі як інтенсивне переживання професійних труднощів, фрустрація та певні особистісні характеристики лікарів, також сприяють виникненню вигоряння.

У більшості досліджень розглядаються окремі фактори, що сприяють виникненню психічного вигоряння. Проте ми виявили, що для повного розуміння феномену необхідно враховувати сукупний вплив як організаційних аспектів професійної діяльності, так і особистісних характеристик медичних працівників.

В рамках нашого дослідження ми провели емпіричне вивчення особистісних детермінант і організаційних факторів, що впливають на виникнення психічного вигоряння у медичних працівників. Результати показали, що на розвиток вигоряння впливають особистісні характеристики, такі як стриманість у міжособистісних взаєминах, домінантність, імпульсивність, сміливість, бунтівність та тривожність. Крім того, аналіз показав, що група «вигорілих» має більш організовану структуру особистісних рис порівняно з групою «невигорілих», що свідчить про значні відмінності у їхній психологічній організації.

Також, проведений аналіз зібраних емпіричних даних виявив, що на психічне вигоряння впливають такі фактори, як нейротизм, тривожність, залежність від інших, сумлінність, труднощі у міжособистісних відносинах, ворожість у взаємовідносинах, а також відсутність креативності. Крім того, було виявлено, що лікарі, які зазнали вигоряння, мають більш виражену агресивність, що знижує контроль над агресивними проявами і може призводити до аутоагресії.

Вивчення впливу робочого середовища на вигоряння показало двосторонній зв'язок між індексом психічного вигоряння та характеристиками робочого середовища. Серед основних організаційних факторів, що впливають на виникнення вигоряння, виділяються рівень включеності в діяльність, згуртованість колективу, автономія в прийнятті рішень, робочий тиск, потреба в інноваціях і фізичний комфорт.

Таким чином, наше дослідження продемонструвало, що виникнення синдрому психічного вигоряння у медичних працівників є результатом комплексного впливу як особистісних особливостей, так і організаційних чинників, що пов'язані з професійною діяльністю.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аверінцев С. Софія-Логос. Словник. К.: ДУХ І ЛІТЕРА, 2007. 650 с.
2. Балл Г. О. Категорія культури у дослідженні професійної діяльності. Я-концепція академіка Неллі Ничкало у вимірі професійного розвитку особистості: зб. наук. пр. / ред. І.А. Зязюн та ін.; Ін-т пед. освіти і освіти дорослих НАПН України. К., 2014. С. 55–62.
3. Безпека життєдіяльності: навчальний посібник / М. А. Касьянов, Ю. П. Ревенко, В. О. Медяник та ін. Луганськ : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2006. 284 с.
4. Бондаревська Л. Вплив психотравмуючих переживань на виникнення психічного вигорання. К.: Либідь, 1996. 260 с.
5. Борисяк А. Психологічні особливості професійної діяльності лікаря. *Актуальні питання суспільних наук та історії медицини*. 2015. № 4. С. 56-72.
6. Булатевич Н. М. До проблеми психічного вигорання. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. Серія “Соціологія. Психологія. Педагогіка. 2002. Вип. 12–13. С. 121–124.
7. Василенко І.О., ДіхтяренкоЛ.М., Чубенко В.А., Савенко Д.В. Особливості синдрому емоційного вигорання у професійній діяльності медичних працівників: сутність, шляхи подолання. Теорія та методика навчання. Випуск 72. 2024. С. 47 – 52.
8. Гуменюк О.Є. Психологія Я-концепції: монографія. Тернопіль: Економічна думка, 2002. 186 с.
9. Жогно Ю. П. Психологічні особливості емоційного вигорання педагогів : автореф. дис. на здоб. вч. ступеня канд. психол. наук : 19.00.07 / «Педагогічна та вікова психологія», Одеса, 2009. 21 с.
10. ЖогноЮ.П. Вплив емоційного вигорання на професійну компетентність фахівця. *Наука і освіта*. 2008. № 8-9. С. 53-57.
11. Москалець В. Види діяльності з позицій суб’єктного підходу. *Психологія і суспільство*. 2012. №4. С. 67 – 77.
12. Звернення VI З’їзду Профспілки працівників охорони здоров’я України до Президента України, Верховної Ради, Кабінету Міністрів України [Електронний ресурс]. URL: <http://medprof.org.ua/>.

13. Зінченко Є. В., Малигіна В. М., Трусов В. В. Психологічна допомога медичним працівникам у подоланні професійного вигорання. К.: Вид-во НДІ психотерапії, 2014. 160 с.

14. Знанецька О. М. Психологічні особливості розвитку синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. *Вісник Дніпропетровського університету. Серія «Педагогіка і психологія»*. Вип. 19. 2013. 80 – 87.

15. Кокун О. М. Психологія професійного становлення сучасного фахівця: Монографія. К.: ДП "Інформ.-аналіт. агенство", 2012. 200 с.

16. Корольчук М. С. Психофізіологія діяльності: підручник для здобувачів освіти вищих навчальних закладів. 2-е вид., випр. та доп. : К. Ельга, НікаЦентр, 2004. 400 с.

17. Левко О. Психологічні особливості професійного становлення майбутніх лікарів. *Психологія: реальність і перспективи. Збірник наукових праць РДГУ*. 2023. № 20. С. 23-36.

18. Лисенко О. Г. Психологічні особливості професійної діяльності медичних працівників. *Актуальні проблеми психології*. 2020. Том I. Випуск 45. С. 61 – 73.

19. Малец Л. Внимание: выгорание. *Персонал*. 2000. № 5. С. 99–102.

20. Маляр-Газда Н. М. Емоційне вигорання – актуальна проблема медицини сьогодення. *Науково-практичний журнал для педіатрів та лікарів загальної практики – сімейної медицини*. 2015. № 3. С. 15–18.

21. Маслач К. Професійне вигорання: як люди справляються. URL: <http://www.top-personal>.

22. Мащак С. О. Професійне вигорання особистості як соціально-психологічна проблема *Науковий вісник* 2 (1). 2012. 444 – 452.

23. Мельник С. В., Яковенко І. В. Синдром емоційного вигорання у медичних працівників: зв'язок із професійною дезадаптацією. *Психологічний часопис*. 2017. № 1. С. 10–16.

24. Міжнародний класифікатор хвороб МКХ 10. URL: <https://www.surgery.org.ua/Documents/Details/aa535505-419d-4d67-a9e7>

25. Навроцька К., Злепко С., Тимчик С. Удосконалення процесу оцінювання стресу за допомогою когнітивної функції. *Вісник Тернопіль. нац. техн. ун-ту*. 2015. Т. 77, № 1. С. 219–228.

26. Надвинична Т. Л. Психологічні механізми забезпечення психічного здоров'я особистості в умовах стресу. Protection of children's rights from a legal, pedagogical and psychological perspective. Monograph, Red. Jacek Mrozek, Oksana Homotiuk, Oksana Koval. Olsztyn 2021, Publisher: Centre for Eastern Europe Research UWM in Olsztyn, ISBN 978-83-61605-55-3., p. 97 – 105.

27. Татенко В. Методологія суб'єктно-вчинкового підходу: соціально-психологічний вимір: монографія. К.: Міленіум, 2017. 184 с. Теория и методика физического воспитания / под ред. Т. Ю. Круцевич. К.: Олимпийская литература, 2003. Том 1. 424 с.

28. Особливості праці лікарів різних спеціальностей. URL : [https://emergency.vnmu.edu.ua › uploads › 2019/02 › tema-8..](https://emergency.vnmu.edu.ua/uploads/2019/02/tema-8..)

29. Офіційний веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України. Професійне вигорання – явище, а не хвороба: Що насправді затвердили в МКХ-11. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/profesijne-vigorannja>

30. Психодіагностичні тести. URL: <https://www.italiasposato.it/services/psychodiagnostic-tests/>

31. Русанов В. Професійне вигорання медичних працівників в умовах війни: історичний аналіз, сучасні дослідження та авторське визначення. *Психосоматична медицина та загальна практика*. Том 9 № 3 (2024).

32. Сельє Г. Стресс без дистресса. URL: <http://www.rulit.net/books>

33. Сучасні здоров'язбережувальні технології: монографія / за загальною редакцією проф. Ю. Д. Бойчука. Харків : Оригінал, 2018. 724 с.

34. Фурман А. А. Психологія смисложиттєвого розвитку особистості: [монографія]. Тернопіль: ТНЕУ, 2017. 508 с.

35. Чала Ю.М., Шахрайчук А.М. Психодіагностика: навчальний посібник / Ю.М. Чала, А.М. Шахрайчук. Харків: НТУ «ХПІ», 2018. 246 с.

36. Чаплук Я. В. Попередження та профілактика виникнення синдрому емоційного вигорання у представників різних професій / Я. В. Чаплук, Н. С. Коновчук. Wykształcenie i nauka bez granic – 2009: Materiały V międzynarodowej naukowo-praktycznej konferencji. Przemysł : Nauka i studia. 2009. № 15. С.30-36.

37. Яценко Т. С. Проблема психічного вигорання у контексті вирішення завдань практичної психології (за результатами IV Всеукраїнського навчально-методичного семінару «Теоретичні та методичні засади практичної психології» (2-4 травня 2007 р. м. Ялта) / Т. С. Яценко (та ін.). С.7–15.

38. Burke R. J., Deszca G. Correlates of psychological burnout phases among police officers. *Human Relations*, 1986. V.39. P. 487-501.

39. Cherniss R. Long-term consequences of burnout: an exploratory study. *J. of Organizational Behavior*, 1992. V. 13. P. 1-11.

40. Dietzel L.C., Coursey R.D. Predictors of emotional exhaustion among nonresidential staff persons. *Psychiatric Rehabilitation J.* 1998. V. 21 (4). P. 340-348.

41. Freudenberger H.J. Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 1974. 30. pp.159-165.

42. Gargen A. M. The purpose of burnout: A Jungian interpretation. Special Issue: Handbook on job stress. *J. of Social Behavior and Personality*. 1991. V. 6 (7). P. 73-93.

43. Hodge G.M., Jupp J. J., Taylor A.J. Work stress, distress and burnout in music and mathematics teachers. *British J. and Educational Psychology*. 1994. V. 64 (1). P.65-76.

44. Lerman Y., Melamed S., Shragin Y. Et al. Association між burnout at work and leukocyte adhesiveness/aggregation. *Psychosomatic Medicine*. 1999. [vol. 61. P.](#) 828-833.

45. Maslach C, Jackson S.E., Leiter M.P. Maslach Burnout Inventory Manual (Third Edition). Palo Alto, California: Consulting Psychological Press, Inc., 1996. 245 p.

46. Maslach C, Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001. Vol.52. P. 397-422.

47. Professionals: A comparison of models. *J. of Organizational Behavior*, 1997. V.18 (6). P.685-701.

48. Schaufeli W.B., van Dierendonck D. Construct validity of two burnout measures. *J. of Organizational Behavior*, 1993. V. 14. P. 631-647.

49. Super D.E. The psychology of careers. New York: Harper & Brothers, 1957. 150 p.

50. VanWijkFactorsinfluencingburnoutandjobstressamongmilitarynurses.
MilitaryMedicine, 1997. V. 162 (10). 707-710.