

4. РОЛЬ ОСОБИСТІСНОГО ФАКТОРУ У РОЗВИТКУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

С. М. Білаш,

доктор біологічних наук, професор,

завідувач кафедри анатомії

з клінічною анатомією та оперативною хірургією

Б. С. Кононов,

викладач кафедри анатомії

з клінічною анатомією та оперативною хірургією

Полтавський державний медичний університет

Постановка проблеми. У сучасній психології проблема вивчення індивідуально-психологічних особливостей особистості та їх впливу на різні види діяльності є однією з найбільш актуальних як у теоретичному, так і в практичному аспектах. У роботах низки дослідників докладно вивчена їх роль у формуванні особистості (Б. Г. Ананьєв, С. Д. Максименко, В. С. Мерлін, К. К. Платонов, С. Л. Рубінштейн, В. М. Русалов, О. П. Саннікова та інші), предметом багатьох досліджень є також встановлення взаємозв'язку між індивідуально-психологічними властивостями, які відносяться до різних рівнів організації особистості: конституціональними властивостями та особливостями характеру, властивостями нервової системи та професійною діяльністю суб'єкта, властивостями темпераменту та індивідуальним стилем саморегуляції тощо (Б. Г. Ананьєв, О. М. Коноз, Е. Кречмер, Н. В. Павлик та ін.).

Одним із гострих та недостатньо вивчених у цій області питань є виявлення ролі індивідуально-психологічних властивостей у виникненні та розвитку феномену емоційного вигорання, ризик появи

якого найбільший серед фахівців, які тісно пов'язані з комунікацією, наприклад, педагогів, психологів, медичних працівників, викладачів, менеджерів та ін. На сьогодні проблема дослідження вигорання не є новою, але все ще не втрачає своєї актуальності, причина чого полягає у пришвидшенні загального темпу життя, збільшенні рівня навантаження та кількості обов'язків і відповідальності в рамках згаданих професій. Під час їхньої професійної діяльності виникає багато різноманітних ситуацій із високою емоційною напругою, інтенсивністю міжособистісного спілкування, необхідністю розв'язання конфліктних ситуацій, для чого вони витрачають багато зусиль та енергії, щоб встановити довірливі стосунки з іншими (клієнтами, учнями, колегами по роботі, керівництвом закладу), а також, щоб зберігати спокій та управляти власними емоціями у діловому спілкуванні. Як наслідок, виникає зниження ефективності діяльності, суб'єктивної задоволеності нею, розвивається негативне відношення до праці та організації, що нерідко супроводжується погіршенням психологічного і фізичного здоров'я та загальної якості життя. З огляду на це, варто розглянути особистісні фактори, які впливають на емоційне вигорання серед працівників сфери «людина – людина».

Метою дослідження стало вивчення специфіки феномену емоційного вигорання у медичних працівників, визначення ролі особистісного фактору в його виникненні та розвитку.

Виклад основного матеріалу дослідження

Сутність феномену емоційного вигорання, підходи до його вивчення

У науковий лексикон термін «синдром емоційного вигорання» (англ. – «burnout») уведено в 1977 р. на конференції американської психологічної асоціації (АРА). Цим терміном позначалася ситуація,

коли співробітники медичних служб після довготривалої роботи «вигорали», виявляючи ознаки занепокоєння, знервованості, байдужості тощо.

Нині явище вигорання стало предметом досліджень, дискусій, а сам термін увійшов до повсякденної мови і розглядається як багатокomпонентний синдром (Б. Пельман, Е. Хартман), що проявляється станом психофізичного виснаження, деперсоналізацією і редукцією професійних досягнень (знижена робоча продуктивність), викликаний інтенсивною міжособистісною взаємодією при роботі з людьми, яка супроводжується емоційною насиченістю та когнітивною складністю [9; 22; 43; 44]. У вітчизняній і зарубіжній психології дослідженням цього феномену займалися такі вчені, як: В. В. Бойко, Д. Брайт, Н. В. Водоп'янова, Н. В. Гришина, Ф. Джонс, Е. Ф. Зеєр, К. Маслач, Р. П. Мильруд, П. Торнтон, К. Кондо, Є. Махер, В. Е. Орел, А. Пайнс, Г. А. Робертс, К. Роджерс, Г. Сельє, Т. В. Форманюк, Г. Фрейденбергер, та ін.).

В історичній ретроспективі виділяють кілька періодів дослідження феномену емоційного вигорання:

1) донауковий – з давніх часів до 20-х років ХХ ст., представлений описами вигорання у стародавніх літературних джерелах, Біблії, різноманітній художній літературі та біографіях тощо;

2) емпіричний період триває з 1920 по 1974 роки ХХ ст., відзначається нагромадженням відомостей про досліджуваний феномен, проводяться спостереження й описуються деякі його симптоми та вияви. Уперше зроблено спробу дати йому назву *flame-out* (англ. – спалахнути, запалити), що не набуло поширення в науці;

3) науковий – 1974-1985 рр., коли введено нове поняття «burnout» та умовно виділено два етапи в дослідженні цього феномену: клінічний

або психіатричний (А. Адлер, А. Бандура, Д. Малан, С. Мейер, С. Хобфол, Г. Сельє), соціально-психологічний (К. Маслач);

4) експериментально-методичний період – з 1985 по 1992 рр. Він позначається глибоким дослідженням причин, симптоматики синдрому «емоційного вигорання» в осіб, які працюють у сфері «людина-людина». Активно розробляється методологія та психодіагностичний інструментарій, визначаються основні підходи щодо його вивчення;

5) сучасний період – з 1992 року, характеризується активними дослідженнями феномену «емоційного вигорання» й увагою науковців різних галузей (психології, педагогіки, медицини тощо), набуває популярності його обговорення на симпозіумах, конференціях у міжнародних організаціях, у деяких європейських країнах синдром було внесено до «Міжнародної статистичної класифікації хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я» десятого перегляду [8; 10; 26; 27].



Незважаючи на значний загальний багаж психологічних досліджень щодо симптоматики емоційного вигорання, все ж існують концептуальні розбіжності щодо кількісного та якісного складу симптомів у структурі вигорання. Так, E. L. Maher виділяє 12 основних симптомів, J. F. Carroll і W. L. White – 47 симптомів, а деякі автори розширюють цей список до 84. Для більш зручного аналізу симптомів вигорання робилися спроби їх класифікації. Так, G. A. Roberts, розуміючи даний феномен як наслідок некерованого стресу, усі симптоми емоційного вигорання розділяє на 4 групи: 1) зміни в поведінці; 2) зміни в мисленні; 3) зміни у відчуттях; 4) зміни в здоров'ї [11; 22; 28].

Своєю чергою S. Kahill [29] пропонує власну класифікацію симптомів вигорання відповідно до змісту тієї підструктури індивіда, яку вони представляють: 1) фізичні симптоми (втома, безсоння, запаморочення і т. п.), 2) емоційні симптоми (песимізм, агресивність, тривога, депресія, деперсоналізація, втрата ідеалів і професійних перспектив і т. п.), 3) поведінкові симптоми (бажання відпочити під час роботи, імпульсивність, адиктивна поведінка і т. п.), 4) інтелектуальний стан (зменшення зацікавленості у нових теоріях та ідеях у роботі, збільшення нудьги, апатії і т. п.), 5) соціальні симптоми (недостатність часу, інтересу та енергії для соціальної активності, відчуття ізоляції і т. п.).

За схожими принципами побудована класифікація симптомів і структурних компонентів емоційного вигорання вчених W. Schaufeli і D. Enzmann [28]. Відповідно до характеру сфери індивіда, автори об'єднали виділені 132 симптоми вигорання у п'ять основних груп: 1) афективні; 2) когнітивні; 3) фізичні; 4) поведінкові; 5) мотиваційні. З їхньої точки зору, симптоматика даного синдрому може проявлятися на трьох рівнях, що надало підстави розширити класифікацію та виділити

наступні рівні симптоматики: індивідуально-психологічний, міжособистісний і організаційний.

C. Maslach, S. Jackson [49] у рамках розробленої ними трьохкомпонентної моделі вигорання умовно поділили симптоми на фізичні (втома, почуття спустошення та знемоги, астенизація, дифузні тілесні недуги, розлади сну і т. п.), психологічні (почуття нудьги, розчарування, провини) і поведінкові (негативне ставлення до клієнтів, до себе (дегуманізація і деперсоналізація), негативне самосприйняття в професійному плані, прагнення до дистанціювання, погіршення якості життя і т. п.).

Оригінальною і досить поширеною на сьогодні вважається класифікація симптоматики емоційного вигорання в залежності від фаз його розвитку, запропонована В. В. Бойком. Він виділяє такі симптоми емоційного вигорання: переживання психотравмуючих обставин, незадоволеність собою, заганість у кут, тривога і депресія – фаза напруги; неадекватне вибіркоче емоційне реагування, емоційно-моральна дезорієнтація, розширення сфери економії емоцій, редукція професійних обов'язків – фаза резистенції; емоційний дефіцит, емоційна відстороненість, особистісна відстороненість (деперсоналізація), психосоматичні та вегетативні порушення – фаза виснаження [2].

Аналіз наукової літератури свідчить, що поняття «професійне вигорання», «емоційне вигорання» та «психічне вигорання» часто вживаються як синоніми. Емоційне вигорання (виснаження) визначають як складову психічного вигорання, воно може перерости у професійне вигорання. На відміну від професійної деформації психічне вигорання пов'язують не лише з регресом особистісно-професійного розвитку, а і з руйнацією особистості. Психічне вигорання визначають також як антипод особистісно-професійного зростання,

розототожнення «Я-професійного», «Я-людського», що деформує особистість фахівця [12].

Детальніше поговоримо про три взаємопов'язаних виміри емоційного вигорання, на яких найбільше наголошується в різноманітних психологічних дослідженнях: емоційне виснаження, деперсоналізація і редукція персональних досягнень.



Так, емоційне виснаження проявляється у відчуттях емоційного перенапруження і в почутті спустошеності, вичерпаності своїх емоційних ресурсів. Людина відчуває, що не може віддаватися роботі з таким же натхненням, бажанням, як раніше.

Деперсоналізація пов'язана з виникненням байдужого і навіть негативного ставлення до людей в контексті професійного спілкування. Контакти з ними стають формальними, знеособленими; виникають негативні установки, що можуть спочатку мати прихований характер і виявлятися у внутрішньо стриманому роздратування, яке з часом проривається назовні і призводить до конфліктів. Подібні стани мають місце в замкнутих робочих колективах, які тривалий час (до півроку) виконують спільну діяльність.

Знижена робоча продуктивність проявляється в заниженні самооцінки своєї компетентності (в негативному сприйнятті себе як

професіонала), невдоволенні собою, негативному ставленні до себе як особистості.

Разом з тим важливим постає й соціально-психологічний напрямок вивчення феномену вигорання. Соціальний психолог К. Маслач та її колеги, досліджуючи взаємодію людей у ситуаційному контексті, виокремили такі ситуативні чинники вигорання як значна кількість клієнтів, наявність негативного зворотного зв'язку від клієнта та відсутність особистісних ресурсів для подолання стресу [9; 49].

У науковій літературі емоційне вигорання нерідко трактують як форму професійної деформації особистості. Даний стереотип емоційного сприйняття дійсності складається під впливом ряду чинників (зовнішніх і внутрішніх). До зовнішніх відносять: хронічну напругу психоемоційної діяльності, дестабілізуючу організацію діяльності, підвищену відповідальність за виконуючі функції і операції, несприятливу атмосферу професійної діяльності, психологічно «важкий» контингент, з яким має справу професіонал в сфері спілкування. До внутрішніх відносять: схильність до емоційної ригідності, інтенсивну інтеріоризацію (сприйняття і переживання) обставин професійної діяльності, слабку мотивацію віддачі в професійній діяльності [9].

Деякі досить відомі концептуальні підходи до пояснення сутності та структури вигорання у зарубіжній психології, а також деякі вітчизняні теорії узагальнено в таблиці 1.

Основні підходи до трактування феномену вигорання

Автори	Основний зміст підходу
Трикомпонентна модель вигорання К. Маслач, С. Джексона	Вигорання – це «відповідна реакція на тривалі професійні стреси міжособистісних комунікацій. Вигорання являє собою тривимірний конструкт, що включає в себе емоційне виснаження (базовий індивідуальний компонент, що проявляється в зниженому емоційному фоні і відчутті емоційної спустошеності), деперсоналізацію (міжособистісний компонентом, що проявляється деформацією відносин з іншими людьми) і редукцію особистих досягнень (компонент самооцінки; може виявлятися або в тенденції негативно оцінювати себе, свої здібності та досягнення, або в обмеженні своїх можливостей і обов'язків по відношенню до інших).
Е. Пайнс та Е. Аронсон	Вигорання – «це стан фізичного, емоційного і когнітивного виснаження, що викликаний тривалим перебуванням в емоційно перевантажених ситуаціях. Вигорання є синдромом, що складається з супутніх симптомів, таких як почуття безпорадності, безнадійності, відчуття немов би знаходишся в пастці, зниження ентузіазму, дратівливість і знижена самооцінка».
Модель Широм-Меламед.	Вигорання – це «багатовимірний конструкт, що включає в себе емоційне виснаження, фізичну і когнітивну втому, які разом формують ядро вигорання».
Двохфакторний підхід Д. Дайрендонк, У. Шефлі	До синдрому вигорання входять: «емоційне виснаження – афективний фактор, відноситься до сфери скарг на погане фізичне самопочуття, нервові напруження; деперсоналізація – інсталяційний фактор, виявляється в зміні відносин до клієнтів або до себе».
Б. Ананьєв	«Емоційне згорання» – це певне негативне явище, що виникає у особистості, що працює в сфері в системі відносин «людина-людина», та особливо пов'язана з міжособистісними відносинами.

<p>Процесуальна концепція</p> <p>В. Бойко</p>	<p>Вигорання визначається як «стрес, що поступово розвивається в часі, що призводить до формування негативних установок по відношенню до себе, професійної діяльності, навколишнього світу, психосоматичних порушень. Вигорання – це вироблений особистістю механізм психологічного захисту у формі повного або часткового виключення емоцій у відповідь на вибрані психотравмуючі впливи». Це професійна деформація особистості під впливом внутрішніх і зовнішніх факторів, що є динамічним процесом, виникає поетапно, має ті ж фази, що стрес та ті ж механізми розвитку.</p>
<p>Н. Водоп'янова</p>	<p>«Професійне вигорання являє собою стрес-синдром як сукупність симптомів, які негативно позначаються на працездатності, самопочутті і інтерперсональних відносинах суб'єкта професійної діяльності. Вигорання виступає як окремий аспект професійного стресу і розглядається як сукупність реакцій (виснаження, цинізм, редукція персональних досягнень) на хронічні професійні стресори. Вигорання виникає в тих стресогенних ситуаціях, коли адаптаційні можливості суб'єкта праці перевищені».</p>
<p>В. Орел</p>	<p>Вигорання – це дезадаптаційний феномен, що характеризується комплексом відповідних функцій: «антимотиваційна: дестимулювання особистості на виконання своїх професійних обов'язків і прагнення в реалізації професійних і соціальних цілей; антикогнітивна: спрощення когнітивних структур особистості, спрямованих на пізнання соціальних об'єктів, обмеження сфери професійного досвіду особистості та формування негативних установок щодо її професійної компетентності і соціального оточення; дерегулятивна: руйнування системи професійної діяльності, зниження професійної ефективності і задоволеності життям».</p>

Варто зазначити, що як у зарубіжній, так і у вітчизняній психології спостерігається неоднозначне тлумачення ролі тих чи інших

факторів емоційного вигорання, що обумовлено існуванням різних концептуальних підходів щодо його опису: індивідуально-психологічного (P. Brill, L. Hallsten, S. Hobfoll, J. Freedy, H. Freudenberger, A. Pines та ін.), соціально-психологічного (E. Buunk, D. H. Harrison, W. Schaufeli та ін.) та організаційно-психологічного (R. Burke, C. Cherniss, R. Golembiewski, J. Winnubst та ін.).

Представники індивідуально-психологічного підходу пояснюють причину вигорання невідповідністю між надмірними очікуваннями від професії і реальною дійсністю. Так, H. Freudenberger як основний фактор вважав удавання до надмірно ідеалізованого Я-образу, що призводить до виснаження всіх енергетичних ресурсів [34]. J. Edelwich, A. Brodsky розглядали вигорання як втрату ідеалу, як процес прогресуючого розчарування, коли внутрішні ідеалістичні очікування фруструються повсякденною реальністю. Дослідник H. J. Fischer, розуміючи вигорання як нарцисичний особистісний розлад, навпаки, вважав основним фактором його виникнення намагання за будь-якої ціни зберегти свої ідеали. Вигорання як розчарування в пошуку сенсу життя визначив A. Pines у рамках екзистенціальної психології. Ґрунтуючись на цих засадах, M. Burish вважав, що надмірна залежність від роботи призводить до повного розпаду і екзистенціальної порожнечі. У межах даного підходу заслуговують на особливу увагу дослідження Т. С. Яценко, виконані в рамках глибинної психокорекції. Так, синдром емоційного вигорання, із точки зору автора, має глибинно-психологічні витoki і є «нівелюванням, спалюванням лібідних почуттів до близьких людей, що екстраполюється на інших людей, на професійну взаємодію» [41; 42].

S. T. Meier у межах когнітивно-біхевіорального підходу розуміє вигорання як результат цілого набору невірних очікувань, які не відповідають робочій ситуації. Вчені S. Hobfoll, J. Freedy та ін., з

позиції теорії збереження ресурсів, основну причину вигорання вбачають у надмірній витраті ресурсів або неможливості їх відновлення. Е. Buunk, W. Schaufeli та ін., розглядаючи проблему вигорання з позицій соціального порівняння, основну причину його виникнення вбачають у посиленні тенденції до афіліації в умовах стресу. Вчений D. H. Harrison пов'язує вигорання зі сприйняттям фахівцем власної соціальної компетентності та ефективності в міжособистісних взаєминах із клієнтом, а А. Hochschild – зі ступенем ідентифікації особистості. Необхідно відмітити дослідження Р. Vierick, у якому доведено, що довготривалий контакт з одним клієнтом протягом робочого періоду може сприяти розвитку вигорання [6; 15; 29].

З точки зору організаційно-психологічного підходу головними джерелами вигорання виступають фактори робочого середовища. Зокрема, J. Winnubst досліджував зв'язок між організаційною структурою (бюрократичною або професійною), соціальною підтримкою і вигоранням.

С. Cherniss пов'язував феномен вигорання з професійною самоефективністю, під якою розумів здатність особистості добре справлятися з виконанням професійних ролей. На думку R. T. Golembiewski, вигорання обумовлене поганими умовами робочого середовища і здатне негативно впливати на діяльність організації в цілому.

Як бачимо, кожен з означених підходів описує процес виникнення даного феномену на окремих рівнях, що існують автономно і незалежно один від одного. Це сприяє тому, що з'являється тенденція до перебільшення значущості одних чинників та недооцінки ролі інших.

Із позицій системогенетичного підходу, детермінантами виникнення вигорання виступає система взаємопов'язаних і взаємодоповнюючих чинників, що виявляються на різних рівнях організації особистості.

У зарубіжній психології на сьогодні найбільш перспективним вважається підхід С. Maslach, М. Leiter [50], у рамках якого вигорання розуміється як результат дисонансу між особистістю і роботою. Основною детермінантою виникнення вигорання, на думку авторів, є взаємодія ситуаційних і особистісних чинників. Слід також виділити дослідження J. Carool та W. White [29], у яких вигорання розглядалось як екологічна дисфункція, що викликана інтегральною взаємодією особистісних чинників і факторів навколишнього середовища.

Отже, узагальнюючи, треба зазначити, що на сучасному етапі розвитку феномен вигорання досліджується в психології стресових станів – «як результат стресу»; в рамках психології професійної діяльності – «як форма професійної деформації»; екзистенціальною психологію – «як стан фізичного і психічного виснаження, що виникло в результаті тривалого перебування в емоційно напружених ситуаціях».

Симптоми та чинники професійного вигорання

Огляд наукової літератури показує, що проблема професійного вигорання знайшла також своє відображення у роботах Дж. Грінберга, Г. В. Ложкіна, М. Лейтер, С. Д. Максименка, Г. Фрейденбергера, У. Шуфелі, а також Е. Махера, Л. М. Карамушки, В. В. Овсяннікової, А. Реана та інших. Методи діагностики синдрому професійного вигорання були запропоновані у роботах В. В. Бойка, Н. Е. Водоп'янової, С. Джексона, К. Маслач, О. С. Старченкової та інших науковців.

Згідно сучасного трактування, феномен «професійного вигорання» вважається станом емоційного, розумового та фізичного виснаження, що руйнівню охоплює особистість повністю та негативного позначається на ефективності її професійної діяльності [10].

У широкому сенсі вигорання – це реакція на пролонгований стрес внаслідок напруженої взаємодії між навколишнім середовищем і особистісними характеристиками. Синдром «вигорання» внесено до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ – 10) під номером Z 73.0. у рубриці «Проблеми, пов'язані з труднощами подолання життєвих ускладнень» [12].

Аналізуючи дослідження В. О. Борищук, стає зрозуміло, що професійне вигорання може розглядатися за наявності трьох стадій:

1) відчуття особистістю помірних, нетривалих ознак професійного вигорання: виражена легка турбота про себе (наприклад, часте бажання розслабитися, часті перерви на роботі та ін.);

2) симптоми професійного вигорання більш регулярні, із затяжним характером, що важче піддаються корекції (наприклад, відчуття сильного виснаження після гарного сну і навіть після вихідних, усунення чого потребує помітних додаткових зусиль);

3) ознаки та симптоми професійного вигорання стають хронічними і можуть викликати фізичні та психологічні проблеми (сумніви у важливості та цінності своєї професії, відчуття незадоволеності життям), додаються інтелектуальні симптоми (зниження інтересу до нових ідей, до альтернативних підходів у роботі, відсутність інтересу до нововведень, збільшення адаптації, не бажання брати участь у різних формах навчання та ін.) [4, с. 69].

У ході теоретичного огляду тематики дослідження встановлено, що при визначенні фаз вигорання найчастіше користуються вченням

Ганса Сельє про стрес як неспецифічну захисну реакцію організму у відповідь на психотравмуючі фактори різної властивості, за яким є:

Перша фаза – «напруги», включає в себе симптоми «переживання психотравмуючих обставин», «незадоволеність собою», початкові ознаки тривоги і депресії.

Друга фаза – «резистенції», спроб більш-менш успішно обмежити себе від неприємних вражень. Серед ознак резистенції, насамперед, варто виділити «неадекватні виборчі емоціональні реагування» [23, С. 106].

Аналізуючи деякі дослідження, можна зазначити, що синдром професійного вигорання розвивається протягом кількох стадій:

- 1) стадія зниження якості роботи фахівця: порушення фізичного і психологічного самопочуття, зниження інтересу до роботи та потреби в спілкуванні, наростання апатії до кінця робочого тижня, роздратування, емоційна нестійкість, агресія, цинічне відношення до клієнтів, перенесення відповідальності за результати занять тільки на клієнта;
- 2) стадія повної втрати інтересу до роботи та життя взагалі, емоційна байдужість, відчуття постійної втрати сил, бажання усамітнення;
- 3) стадія різкого падіння самооцінки і професійної мотивації фахівця: відчуття надання не якісних послуг, їх не результативність, відчуття власної неповноцінності, цілковите зняття з себе відповідальності, обмеження своїх можливостей та інших осіб [24].

Розкриття особливостей професійного вигорання буде неповним без аналізу чинників, що його провокують, визначених вітчизняним вченим В. В. Бойком [2], погляди якого поділяє і група українських дослідників: Л. А. Стаднюк, О. В. Давидович, В. Ю. Приходько, М. В. Олійник, М. І. Ширяєва.

Згідно класифікації, до групи організаційних (зовнішніх) чинників автор відносить такі:

1. Хронічно напружена психоемоційна діяльність пов'язана з інтенсивним спілкуванням, точніше, із цілеспрямованим сприйняттям партнерів і дією на них.

2. Дестабілізуюча організація діяльності: нечітка організація та планування праці, нестача устаткування, погано структурована й розпливчата інформація, наявність у ній «бюрократичного шуму» – дрібних подробиць, суперечностей, завищені норми контингенту, з якими пов'язана професійна діяльність.

3. Підвищена відповідальність за функції, що виконуються: представники масових професій зазвичай працюють у режимі зовнішнього та внутрішнього контролю.

4. Неблагополучна психологічна атмосфера професійної діяльності визначається двома основними обставинами – конфліктністю по вертикалі, у системі «керівник – підлеглий», і по горизонталі, у системі «колега-колега».

5. Психологічний важкий контингент, з яким має справу професіонал у сфері спілкування: у педагогів і вихователів це діти з аномаліями характеру, нервової системи або затримками психічного розвитку.

Отож, організаційні фактори включають умови професійного середовища, зміст діяльності та соціально-психологічні умови роботи, зокрема сприяють професійному вигоранню надмірні навантаження в діяльності, понаднормова робота. Напруження на роботі, яке виникає внаслідок підвищених вимог до професійної компетентності фахівця і одночасно низькою можливістю впливу на процес діяльності, може бути одним із факторів розвитку професійного стресу [12, с. 117].

До внутрішніх чинників, які сприяють виникненню емоційного вигорання, В. В. Бойко включає такі [2]:

1. Схильність до емоційної ригідності: природно, емоційне вигорання як засіб психологічного захисту виникає швидше в тих, хто є менш реактивним і сприйнятливим, емоційно стриманішим. Наприклад, формування симптомів «вигорання» відбуватиметься повільніше в людей імпульсивних, яким притаманні рухомі нервові процеси. Підвищена вразливість і чутливість можуть повністю блокувати цей механізм психологічного захисту і не дозволять йому розвиватися.

2. Інтенсивна інтеріоризація (сприйняття та переживання) обставин професійної діяльності: це психологічне явище виникає в людей із підвищеною відповідальністю за доручену справу, виконувану роль. Нерідко трапляється, що в роботі професіонала чергуються періоди інтенсивної інтеріоризації та психологічного захисту. Часом сприйняття несприятливих сторін діяльності загострюється, і тоді людина аж занадто болісно переживає стресові ситуації, конфлікти, помилки.

3. Слабка мотивація емоційної віддачі в професійній діяльності. По-перше, професіонал у сфері спілкування не вважає для себе за необхідне або чомусь зацікавлений проявляти співучасть і співпереживання суб'єкту своєї діяльності. Відповідний настрій стимулює не тільки емоційне вигорання, але і його крайні форми – байдужість, душевна черствість. По-друге, людина не звикла, не навчилась винагороджувати себе за співпереживання та співучасть, які вона їх проявляє по відношенню до суб'єктів професійної діяльності. Систему самооцінювання вона підтримує іншими засобами – матеріальними або позиційними досягненнями. Альтруїстична емоційна віддача для такої людини нічого не значить, і вона не потребує її, не відчуває від неї задоволення. Природно, «вигоряти» такій людині просто й легко. Інша справа – особистість із

альтруїстичними цінностями. Для неї важливо допомагати і співчувати іншим. Утрату емоційності в спілкуванні вона переживає як показник етичних утрат, як утрату людяності.

4. Етичні дефекти й дезорієнтація особистості (до початку роботи з людьми, або набуття цього в процесі діяльності). Етичний дефект обумовлений нездатністю включати у взаємодію з діловими партнерами такі моральні категорії, як доброчесність, совість, чесність, пошана прав і чеснот іншої особистості. Етична дезорієнтація викликається іншими причинами: невмінням відрізнити добре від поганого, благо від шкоди, що наноситься іншій особі. Проте як у разі етичного дефекту, так і за наявності етичної дезорієнтації формування емоційного вигоряння полегшується. Збільшується вірогідність байдужості до суб'єкта діяльності й апатії до виконуваних обов'язків [26; 30].

У руслі системогенетичного підходу необхідно виділити дисертаційне дослідження вітчизняного науковця Т. В. Зайчикової, у якому запропонована модель детермінант виникнення вигорання у вчителів. Дана модель включає в себе соціально-економічні детермінанти (соціальний статус професії, економічна нестабільність, рівень оплати праці, рівень соціального захисту і т. п.), соціально-психологічні детермінанти (фактори ефективності праці, конфліктність колективу, мотиви праці і т. п.) та індивідуально-психологічні детермінанти (особистісні: рівень фрустрованості, ригідності, агресивності, тривожності, рівень суб'єктивного контролю; соціально-демографічні та професійні: стать, вік, сімейний статус, стаж професійної діяльності тощо). Автор акцентувала увагу на тісних зв'язках між виділеними детермінантами та пропонувала вивчати їх комплексно з метою найбільш повного розкриття генезису вигорання [6; 16; 28].

Враховуючи погляди науковців на детермінанти професійного вигорання та погоджуючись із думками науковців (Л. А. Стаднюк, О. В. Давидович, В. Ю. Приходько, М. В. Олійник і М. І. Ширяєва, вважаємо, що ризик емоційного вигорання менший у людей із такими особливостями, як:

- добре здоров'я;
- свідома, цілеспрямована турбота про свій фізичний стан (постійні заняття спортом, фізичною культурою і підтримання здорового способу життя); висока самооцінка і впевненість у собі, свої можливості;
- досвід успішного подолання професійного стресу і здатність конструктивно змінюватися в напружених умовах; такі люди товариські, відкриті, самостійні й прагнуть спиратися на власні сили, постійно підвищують свій професійний і особистісний рівень;
- здатність формувати і підтримувати оптимістичні установки стосовно себе, а також інших людей та життя у цілому [30, с. 145-146].

Узагальнення літературних даних з тематики дослідження [7; 15; 18; 27; 28; 30; 33] дозволяє класифікувати симптоми, що свідчать про розвиток синдрому професійного вигорання, на кілька груп, від легких поведінкових реакцій (дратівливість, стомлюваність) до психосоматичних і невротичних розладів:

1) Психофізичні симптоми:

- відчуття постійної втоми не тільки ввечері, але і вранці, відразу після сну;
- відчуття емоційного і фізичного виснаження;
- зниження сприйнятливості і реактивності у зв'язку зі змінами зовнішнього середовища;
- загальна астенизація (слабкість, зниження активності та енергійності, погіршення біохімії крові і гормональних показників);

- частий безпричинний головний біль;
- постійні розлади шлунково-кишкового тракту;
- різка втрата або різке збільшення ваги;
- повне або часткове безсоння;
- постійний стан загальмованості, млявості, відчуття недостатності сну;
- порушення роботи дихальної системи при фізичному або емоційному навантаженні (задишка);
- помітне зниження зовнішньої та внутрішньої сенсорної чутливості: погіршення зору, слуху, нюху і дотику, втрата внутрішніх, тілесних відчуттів.

2) Соціально-психологічні симптоми:

- байдужість, нудьга, пасивність і депресія (знижений емоційний тонус, відчуття пригніченості);
- підвищена дратівливість на незначні, дрібні події;
- часті нервові зриви (спалахи невмотивованого гніву або відмова від спілкування, замкнення у собі);
- постійне переживання негативних емоцій, для яких у зовнішній ситуації немає причин (відчуття провини, образи, сорому, підозрілість, скутість);
- відчуття неусвідомленого неспокою і підвищеної тривожності (відчуття, що «щось не так, як треба»);
- відчуття гіпервідповідальності і постійне почуття страху не справитися з поставленими завданнями;
- загальна негативна настанова на життєві і професійні перспективи (за типом «як не намагайся, все одно нічого не вийде»).

3) Поведінкові симптоми:

- відчуття наростаючого ускладнення роботи, її змісту та кількості;

- помітна зміна співробітником часової тривалості свого робочого дня;
- відсутність практичної реалізації планів виконати роботу вдома;
- складність ухвалювати відповідальні рішення;
- відчуття даремності, зневіра, що справи поліпшаться, зниження ентузіазму у ставленні до роботи, байдужість до її результатів;
- невиконання важливих, пріоритетних завдань і «зациклення» на дрібних деталях, не відповідна до службових вимог витрата більшої частини робочого часу на мало усвідомлюване або не усвідомлюване виконання автоматичних і елементарних дій;
- стійке дистанціювання від співробітників і клієнтів, підвищення неадекватної критичності;
- зловживання алкоголем, різке зростання викурених за день цигарок, вживання наркотичних засобів;
- негативне самосприйняття своїх професійних здібностей, можливостей, компетенції;
- зниження зацікавленості новими ідеями у професійній діяльності, а також альтернативними шляхами вирішення проблем, втрата інтересу до життя, перевага стандартних шаблонів і схем над креативно-творчим підходом; небажання участі у тренінгах і курсах, формалізм у виконанні роботи.

З огляду на описану вище симптоматику, можемо стверджувати, що дуже важливо для уникнення професійного вигорання лікарів правильно організувати робочий процес, а саме: підтримувати колективний дух; працювати в команді; розподіляти ролі; розробити систему заохочень і подяк; підтримувати психологічний комфорт у колективі.

Аналіз наукової літератури з означеної проблеми дозволив І. В. Олійник виокремити основні властивості професійного вигорання як специфічного різновиду професійних деструкцій:

1) пов'язане з емоційним виснаженням особистості, під яким розуміється почуття емоційного спустошення та втоми, викликаного власне діяльністю;

2) призводить до особливих форм деперсоналізації особистості, що проявляються у цинічному ставленні до діяльності та його суб'єктів;

3) супроводжується редукцією та недооціненням фахівцем своїх професійних досягнень, що пов'язано з виникненням почуття некомпетентності у своїй професійній сфері, акцентуванні уваги на невдачах;

4) є суто професійним явищем, тобто фіксується і проявляється у специфічних умовах професійної діяльності та розвитку;

5) здійснює негативний вплив на всі сторони особистості та її поведінку, знижуючи, в кінцевому результаті, ефективність професійної діяльності та задоволеність діяльністю;

6) є незворотнім – його неможливо повністю подолати в ході спеціальних форм впливу, можна лише загальмувати розвиток;

7) являє собою регрес професійного розвитку, оскільки зачіпає особистість у цілому, руйнує її і здійснює негативний вплив на ефективність професійної діяльності;

8) є загальнопрофесійним феноменом і не обмежене лише однією професійною сферою, а виявляється і у непрофесійному житті;

9) усвідомлюється суб'єктом – це виявляється у відтворенні ним основних його симптомів та прагненні змінити роботу, а також реалізації даного прагнення;

10) здійснює суттєвий вплив на основні параметри професійної діяльності та професійної ідентичності;

11) може з'явитися на початку професійного становлення як результат невідповідності між вимогами професії та домаганнями особистості [21, с. 121].

Отже, вигорання – це синдром, або група симптомів, що з'являються разом, однак ні у кого не проявляються одночасно, навіть за впливу однакових умов на особистість, що свідчить про індивідуальність феномену. Головною причиною виникнення є невідповідність між внутрішніми ресурсами та професійними вимогами. До найбільш поширених факторів професійного вигорання відносяться зовнішні чинники, що характеризують особливості професійної діяльності, та внутрішні чинники, що стосуються індивідуальних характеристик професіоналів.

Проблема ролі особистісного фактору у виникненні та розвитку професійного вигорання працівників медичної сфери

Більшість авторів ставить особистісні особливості людини на головні позиції за рівнем впливу на професійне вигорання, порівняно з організаційними факторами, факторами соціально економічної спрямованості, пов'язаними з умовами діяльності [12; 14; 19; 22; 26]. Наприклад, Г. Фрейденберг робить акцент на гуманних, співчуваючих, захоплюючих особистостях, ідеалістах, орієнтованих на соціум і, при цьому, нестійких, фанатичних, таких, що легко солідаризуються. Е. Махерп вказує на такі значущі риси, як низька емпатія і авторитаризм, а В. В. Бойко зазначає такі, як: схильність до емоційної холодності, слабку мотивацію, схильність до інтенсивності переживань негативу в діяльності [2].

А. Ю. Василенко відмічає вагому кореляцію між розвитком емоційного вигорання і такими факторами, які сприяють його виникненню: егоїзм, термінальна значимість матеріальних цінностей, ворожість, зниження або / і низький рівень самоактуалізації [5].

Теоретичний аналіз наукової літератури показує, що до універсальних особистісних чинників виникнення професійного вигорання відносяться: ригідність, мінімізація обов'язків, термінальна значимість матеріальних цінностей. При цьому однаковий ризик вигорання у людей з різними рівнями рефлексивності і суб'єктивного контролю. Також відзначена висока значимість непрямой агресії, ворожості і реактивної агресії [6; 9; 14]. Важливими є рівень тривожності і емоційної стресостійкості. Високий ризик емоційного вигорання відзначається у людей з конкурентною боротьбою, бурхливим темпом життя, з потребою все контролювати.

«Особистісна витривалість» як характеристика в психології визначається як здатність особистості бути високоактивною кожен день, здійснювати контроль за життєвими ситуаціями і гнучко реагувати на різного роду зміни. Практично всі автори відзначають, що витривалість тісно пов'язана з усіма трьома компонентами вигорання. Люди з високим ступенем даної характеристики мають низькі значення емоційного виснаження і деперсоналізації і високі значення за шкалою професійних досягнень [25; 51].

У ряді досліджень виявлена негативна кореляційна залежність між компонентами вигорання і самооцінкою. Однак, як справедливо зауважує W. B. Schaufeh, низька самооцінка, хоча і призводить до вигорання, але сама може бути відображенням факторів навколишнього середовища, або навіть відображенням впливу вигорання [51].

В. Е. Орел розділяє групи особистісних характеристик на дві: «каталізатори», що провокують емоційне вигорання, й «інгібітори», які

гальмують. З його точки зору, провідним фактором структури особистісних детермінант є нейротизм, від специфіки включеності і ступеня вираженості якого залежить провокуючий або стабілізуючий характер [22].

Психологами і дослідниками також виявлено тісний зв'язок між психічним вигоранням і локусом контролю, який традиційно поділяється на зовнішній і внутрішній. Люди з переважанням зовнішнього локусу контролю схильні приписувати все, що сталося з ними або свої успіхи випадковим обставинам або діяльності інших людей, в той час як індивіди з внутрішнім локусом контролю вважають свої досягнення і все, що сталося з ними власної заслугою, результатом своєї активності, здібностей або готовності до ризику. Практично в більшості робіт цієї тематики відзначається позитивний кореляційний зв'язок між зовнішнім локусом контролю і складовими вигорання, особливо з емоційним виснаженням і деперсоналізацією.

Щодо інших особистісних характеристик, то їх зв'язок з емоційним вигоранням розглядався в основному з позицій їх комплексного впливу в поєднанні з певною концепцією особистості. Практично в більшості досліджень даного напрямку використовується п'ятифакторна модель особистості, запропонована Р. Costa, R. McCrae, яка включає в себе п'ять основних особистісних характеристик: нейротизм, екстраверсію, відкритість досвіду, співпрацю, сумлінність [44].

Ряд досліджень демонструють тісний зв'язок між п'ятьма основними особливостями характеру і тенденцією вигорання. Найбільш тісні зв'язки з усіма характеристиками вигорання має нейротизм, особливо з емоційним виснаженням і фактором відкритості досвіду [31; 48]. W. Schaufeli, провівши додатковий статистичний аналіз, виявив зв'язок інших складових вигорання з особистісними характеристиками.

Так, деперсоналізація найтісніше позитивно пов'язана з нейротизмом і негативно – зі співпрацею, а персональна ефективність – з нейротизм, екстраверсією, відкритістю та сумлінністю [29; 33; 41].

Вченими виявлено також наявність позитивного зв'язку між вигоранням і агресивністю, тривожністю і негативною – з почуттям групової згуртованості. Цікаві дані отримані щодо залежності вигорання від емоційної сенситивності. Наявність позитивного зв'язку між даною рисою особистості і вигоранням підтверджено низкою досліджень, в яких підкреслюється опосередкована роль емоційної сенситивності на передбачення вигорання.

На прикладі працівників служби порятунку показано, що люди, здатні емоційно впливати на інших, заражаючи їх своєю енергією, але не чутливі до емоцій інших, мають більший ризик отримати вигорання, що в кінцевому рахунку негативно відбивається на продуктивності їх роботи [46].

В інших дослідженнях (Р. М. Айсіна) відзначено достовірний взаємозв'язок таких індивідуально-типологічних особливостей і емоційного вигорання, як: риси «підозрілого», «пасивно-агресивного», «педантичного», «песимістичного», «залежного», «тривожного» типів особистості. Також, в якості факторів, що детермінують, можуть виступати риси «ексцентричного», «самовпевненого» типів особистості [15; 29].

Досліджуючи особистісний фактор емоційного вигорання в медичних працівників, А. В. Балахонов відмічав, що «згорають», як правило, професіонали, для яких діяльність значима, свідомо обрана, передбачає відоме емоційне ставлення, орієнтацію на інших людей, тобто ті, які реалізують модус служіння. Співчуваюча людина, орієнтована на інших, при недостатньому зв'язку з реальністю, невмінні оцінювати критично несприятливі фактори, низької стійкості

до стресорів медичних професій (таких, як біль, страждання, хвороба і смерть) може стати носієм швидко прогресуючого синдрому емоційного вигорання. Але існує і протилежна думка: за Е. Махер, «авторитаризм» і «низький ступінь емпатії» в поєднанні з фанатичною відданістю справі («я все життя мріяв стати медиком») і реакцією на стрес, агресивністю і апатією (зневірою) при неможливості досягти в короткий термін бажаних результатів можуть ініціювати виникнення симптомів «емоційного вигорання» [8].

Проводячи паралель з дослідженнями М. М. Кононової, вважаємо за потрібне зазначити, що поряд з такими професіями, як дефектолог, логопед, психолог (спеціальний психолог), а складовою фаху лікаря теж є мотив допомоги людям, готовність і бажання дарувати тепло своєї душі – в даному разі особистість стає одним з основних інструментів в обраній професії.

Робота медичних працівників теж здійснюється в таких умовах, що на них діє комплекс несприятливих виробничих факторів різної природи, нервово-емоційного напруження, високої відповідальності. До числа психологічних стрес-факторів, ефект яких відображається на фахівцях, відносять:

- постійно притаманне робочим ситуаціям відчуття новизни;
- велику кількість контактів з хворими дітьми (в тому числі, з психофізичними порушеннями) та дорослими, їх рідними, постійне зіткнення з чужими проблемами та чужим болем, з негативними емоціями;
- підвищенні вимоги до професійної компетентності медичного працівника, самовіддачі;
- відповідальність за самопочуття і життя підопічних у ході процесу лікування;
- постійне включення в діяльність вольових процесів.

До практикуючих медичних працівників (особливо лікарів) завжди ставляться підвищені вимоги до їх професійної компетентності від пацієнтів та їх рідних і близьких, які не пробачають помилок, від колег, які нерідко конкурують за авторитетність та популярність у своїй сфері. Звертаючись до лікаря, пацієнти очікують їх зацікавленості, уваги, бажання зрозуміти і допомогти, терпимості та доброзичливості, не завжди відповідаючи взаємністю, що приводить до виникнення так званого асиметричного спілкування, коли обидві сторони будують своє спілкування, виходячи з різних позицій та перспектив. У результаті формуються нерівноцінні стосунки, що може стати причиною професійного вигорання фахівців лікувальної сфери, так само як і фахівців інших сфер діяльності [12; 14].

Т. В. Форманюк виділяє такі ознаки особистісного фактору емоційного вигорання, як: емпатія; гуманність; м'якість; зацікавленість; ідеалізація; інтровертованість; фанатичність; схильність до емоційної холодності; схильність до інтенсивного переживання негативних обставин професійної діяльності; слабка мотивація емоційної віддачі в професійній діяльності [32].

Одним із важливих особистісних факторів упередження професійного вигорання, або навпаки його причиною, вважаємо, стає вибір людиною механізмів психологічного захисту – своєрідних «фільтрів» свідомості [41], які захищають особистість від усвідомлення неприємних висновків, загрозливих для самооцінки, тобто витісняють їх у підсвідоме, від розуміння наявності у себе негативних рис характеру та сприймання неприємних для власної гідності фактів [41; 42]; забезпечують регуляцію, спрямованість поведінки, редуціюють тривогу і емоційну напругу, при цьому є суто індивідуальними і характеризують рівень адаптованості особистості [16].

Окремі аспекти проблеми психологічного захисту особистості знайшли своє відображення у розвідках таких науковців, як Я. С. Андрушко, І. Ю. Антоненко, Ф. Б. Бассін, Ф. Ю. Василюк, Р. М. Грановська, З. Фрейд, Н. Мак-Вільямс, Т. М. Титаренко, Н. В. Шавровська, Т. С. Яценко, E. Frydenberg, H. Kellerman, R. Plutchik та ін..

Дослідники погоджуються, що всі захисні механізми мають дві загальні характеристики: 1) діють на несвідомому рівні, саме через це є засобами самообману і 2) викривляють, заперечують або фальсифікують сприйняття реальності, щоб зробити тривогу менш загрозливою для індивідуума, чим, однак, ускладнюють ефективне розв'язання особистісних проблем й усвідомлення людиною своїх оман щодо власних рис характеру. Зазвичай для розв'язання конфлікту або послаблення тривоги люди застосовують різні захисні механізми.

Існує багато класифікацій механізмів психологічного захисту.

I. За мірою примітивності (Н. Мак-Вільямс):

- первинні (більш примітивні та небезпечні для особистості): заперечення, примітивна ідеалізація, примітивна ізоляція, проекція, розщеплення Его, соматизація, або конверсія, та ін.;

- вторинні (менше спотворюють реальність та характеризуються більшою адаптивністю та обов'язковою участю мислення): витіснення, заміщення, уникнення, ідентифікацію, інтелектуалізацію, компенсацію або гіперкомпенсацію, моралізацію, аутоагресію, раціоналізацію, реактивне утворення, регресію, сублимацію та ін. [1].

II. За характером фрустраторів, проти яких спрямовані захисні механізми:

- захисні механізми, спрямовані проти зовнішніх фрустраторів
- захисні механізми, спрямовані проти внутрішніх фрустраторів.

III. За успішністю/неуспішністю (В. Шебанова):

- успішний захист зумовлює припинення імпульсів, які провокують тривогу;

- неуспішний захист нездатний зробити це, тому викликає їх постійне повторення [36].

IV. За конструктивністю:

- менш конструктивні (не допускають інформацію, що травмує, у свідомість, що не вирішує проблеми, але й не ускладнює її (компенсація та сублимація));

- більш конструктивні (пов'язані з переробкою та переоцінкою інформації).

- деструктивні (призводить до ускладнення проблеми, погіршення ситуації (витіснення, проекція, заміщення, регресія, формування реакції, раціоналізація, втеча)) [1].

V. За рівнем зрілості:

- протективні (витіснення, заперечення, регресія, реактивне утворення та ін.). – більш примітивні, не допускають надходження конфліктної і травмуючої особистість інформації у свідомість;

- дифензивні (раціоналізація, інтелектуалізація, ізоляція, ідентифікація, сублимація, проекція, заміщення) – допускають травмуючи ситуацію, але інтерпретують її «нехворобливим» для себе чином (Л. Вассерман) [16].

VI. За рівнем переробки і зміни інформації (В. Grzegolowska) [16]:

- рівень перцептивного захисту, видалення неприйнятної для особистості інформації із сфери свідомості (витіснення, подавлення або заперечення);

- рівень порушення переробки інформації за рахунок її перебудови (проекція, ізоляція, інтелектуалізація) і переоцінки-викривлення (раціоналізація, реактивне утворення, фантазування).

VII. У залежності від рівня викривлення в сфері сприймання і оцінки, дезадаптації поведінки і міри активності особистості:

– ті, що чинять перешкоди усвідомленню факторів, які викликають тривогу або самої тривоги (заперечення, витіснення);

– ті, що дозволяють фіксувати тривогу на певних стимулах (фіксація тривоги);

– ті, що знижують рівень спонукань (знецінювання вихідних потреб);

– ті, що усувають тривогу або модифікують її інтерпретацію за рахунок формування стійких концепцій (концептуалізація) (Ф. Березін).

Така різноманітність точок зору на даному етапі призвела до того, що на даний момент не створена універсальна теорія психологічного захисту.

Найпоширеніші та найбільш важливі механізми психологічного захисту Є. Л. Доценко об'єднав у кілька груп:

1) захисні механізми, які об'єднує відсутність переробки змісту того, що піддається витісненню, придушенню, блокуванню або запереченню;

2) механізми психологічного захисту, пов'язані з перетворенням (спотворенням) змісту думок, почуттів, поведінки хворого (раціоналізація, ізоляція, проєкція, зсув, реактивне утворення та ін.);

3) механізми розрядки негативного емоційного напруження (реалізація у дії, де афективна розрядка здійснюється за допомогою активації експресивної поведінки; соматизація тривоги шляхом трансформації психоемоційного напруження сенсорно-моторними актами; сублімація);

4) механізми психологічного захисту маніпулятивного типу (регресії, фантазування, відхід у хворобу та ін.) [20].

Аналіз наукових досліджень дозволяє виокремити та охарактеризувати найбільш поширені механізми психологічного захисту особистості [16; 37; 38 та ін.], що представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

Характеристика механізмів психологічного захисту особистості

Назва механізму	Характеристика
Репресія	Активне, мотивоване усунення чого-небудь зі свідомості, тобто мотивоване забування чи ігнорування.
Ізоляція	Нав'язливість, що призводить до вироблення послідовної, внутрішньо узгодженої установки на розрив асоціативних зв'язків думки і дії, особливо з тим, що безпосередньо передує або слідує за ними в часі.
Заперечення	Спроба не приймати за реальність небажані для себе події, ще один спосіб впоратися з неприємностями – відмова прийняти їх існування (у своїх спогадах, замінюючи їх вигадкою).
Регресія	Особа схильна повертатися на попередню або менш зрілу стадію розвитку почуттів та поведінки.
Сублімація	Психічний процес перетворення і перенаправлення енергії на інший вид діяльності.
Проекція	Особа приписує іншим власні думки, почуття, мотиви, якості характеру тощо, віддаляє загрозу від себе, тим самим не відчуває відповідальності за те, що робить, думає, відчуває.
Інтроекція	Особа переймає судження, властивості, способи поведінки оточення (найчастіше – значимих близьких, батьків).
Заміщення	Реалізація незадоволених бажань і прагнень за допомогою іншого об'єкта тобто перенесення орієнтованих на певний об'єкт потреб і бажань на інший, більш доступний об'єкт.
Втеча від ситуації	Уникання ситуації, що викликає фруструючий стан.
Компенсація	Несвідома чи свідомо спроба подолання реальних і уявних

	недоліків, відновлення порушеної рівноваги психічних і психофізіологічних процесів шляхом створення протилежно спрямованої реакції або імпульсу.
Раціоналізація	Спроби довести, що будь які вчинки суб'єкта є єдино правильними, а тому – критиці не підлягають.
Ідентифікація	Перенесення образу іншої людини на себе, ототожнення індивідом себе з іншою людиною або групою людей.

Механізми психологічного захисту розглядаються як такі, що тісно пов'язані з механізмами копінг-поведінки і характеризуються як найважливіші форми адаптаційних процесів та реагування індивідів на стресові ситуації в побутових та професійних умовах. Однак механізми захисту схильні до більш швидкого зменшення емоційної напруги і тривоги і працюють за принципом «тут і тепер». Копінг є процесом, який залежить від ситуації і має «відкладений ефект», тобто розрахований на перспективу. Крім того, копінг – це цілеспрямована поведінка суб'єкта як джерела можливої зміни ситуації.

Узагальнюючи вищенаведене, вважаємо, що низка особистісних якостей та умінь допоможуть майбутньому лікарю уникнути професійного вигорання, а саме: добре здоров'я та свідомо, цілеспрямована турбота про свій фізичний стан (постійні заняття спортом, здоровий спосіб життя); висока самооцінка та впевненість у собі, своїх здібностях та можливостях; здатність формувати і підтримувати у собі позитивні, оптимістичні настанови і цінності – як відносно до самих себе, так і до інших людей і життя взагалі; здатність до конструктивних змін у напружених умовах; висока мобільність; відвертість; товариськість; самостійність; прагнення спиратися на власні сили; уміння звернутися по допомогу; уміння не боятися ставити «дурні питання»; уміння приймати допомогу.

Наукові розвідки показують, що одним із дієвих засобів попередження синдрому професійного вигорання медичних працівників може бути групова психокорекція за методом активного соціально-психологічного пізнання, розроблена академіком НАПН України Т. С. Яценко, що спрямована на цілісне й системне пізнання психіки, нівелювання особистісної проблематики та гармонізацію внутрішнього світу, завдяки чому забезпечує глибинно-особистісне самопізнання суб'єкта з висвітленням внутрішніх суперечностей психіки та захисних заходів для їх маскуванню для свідомості, дає змогу не лише розв'язати їх, але й позбутися спричинених ними утворень [41]. За ствердженням вченої, самопізнання і самокорекція – важливі передумови у підготовці особистості до професійної взаємодії, що сприяють попередженню професійного вигорання спеціаліста у сфері «людина-людина».

У дослідженнях науковців знаходимо твердження, що корисними щодо зниження ризику остаточного вигорання є механізми протидії виникненню синдрому професійного вигорання, заходи профілактики і корекції його негативних виявів. Джерелами інформації, на думку вченої, стають просвітницька, психодіагностична, тренінгова робота, а також пошук резервного потенціалу оволодіння навичками релаксації. Це можуть бути допомога експерта, доброзичливого колеги; самоспостереження, самодіагностика, самооцінка; дослідження за психодіагностичними методиками [12, с. 118; 13].

Відповідно до теоретичних розвідок, універсального рецепту, як уберегтися від емоційного, професійного вигорання, на жаль, немає. Розділяємо думку психологів, що протікання процесу та способи виходу з ситуації, що склалася, залежать від структури і психологічних особливостей кожної людини [5; 6; 12; 13; 22]. Важливо продовжувати освіту, самоосвіту, розвивати професійні навички, підтримувати добрі

та дружні стосунки з колегами. У процесі отримання нових знань, будучи в оточенні інших професіоналів, особистість отримує можливість обговорювати з іншими професійні проблеми. І, звичайно, менша ймовірність виникнення емоційного вигорання, якщо є психологічна підтримка, можливість чи перспектива професійного зростання. Загальні для всіх рекомендації – це регулярні фізичні вправи, достатній сон, хороше харчування. Елементарні умови психологічної підтримки можуть бути безпосередньо на робочому місці: наприклад, розуміє колега, з яким завжди можна обговорити свої переживання. Корисним може бути також звернення до професійного психолога, з яким можна не тільки обговорити свій стан, свої переживання, проблеми, знайти якийсь прийнятний вихід, а й вивчити методи саморегуляції та самопомоги, які можна буде потім використовувати самостійно. Крім того, люди, які гостро потребують допомоги, у зв'язку з тим, що переживають кризу, можуть отримати допомогу, відчувати турботу про себе.

Дослідження особистісного фактору професійного вигорання лікарів

Емпіричне дослідження особистісних факторів виникнення і розвитку емоційного вигорання лікарів проведено за допомогою таких психодіагностичних методик: 1) *методики «Психологічне вигорання»* (авт. Н. Є. Водоп'янова, О. С. Старченкова, в основі модель К. Маслач та С. Джексон) для визначення рівня і таких складових «професійного вигорання», як: емоційне виснаження; деперсоналізація; редукція особистих досягнень; 2) *Тест емоційного вигорання* (В. В. Бойко) призначений для визначення вираженості основних симптомів емоційного вигорання та показників розвитку його фаз: напруження, резистенції, виснаження; 3) *Тест «Індивідуально-типологічний*

опитувальник» (Л. М. Собчик), який дозволив визначити тип особистості медичних працівників за такими шкалами: екстраверсія, спонтанність, агресивність, ригідність (інертність), інтроверсія, сензитивність, тривожність, лабільність; з допомогою ІТО роблять висновок про гіпоемотивність, гармонійну особистість, наявність акцентуованих рис, стан емоційної напруженості та утрудненої адаптації; 4) *Опитувальник соціально-психологічної адаптації особистості К. Роджерса і Д. Даймонда* в адаптації О. К. Осницького, використання якого дозволило сформулювати уявлення про адаптивність, самоприйняття та прийняття інших, інтернальність, емоційну комфортність, прагнення до домінування медичних працівників; 5) *Тест – опитувальник Г. Шмішека, К. Леонгарда «Акцентуації характеру та темпераменту особистості»* дозволив визначити акцентуації характеру (демонстративний, педантичний, застрягаючий, збудливий) та акцентуації темпераменту (гіпертимічний, дистимічний, тривожно-боязливий, циклотимічний, афективний, емотивний) медичних працівників.

Результати емпіричного дослідження ролі особистісного фактору у виникненні та розвитку професійного вигорання

Аналіз емоційного вигорання (за опитувальником В. В. Бойка), дозволив визначити загальну значущість і прояви симптомів фаз емоційного вигорання у медичних працівників. Так, ознаки напруження формуються або вже сформовані в 57 % опитаних нами лікарів, що свідчить про довгий, постійний вплив на особистість негативних зовнішніх чинників професійної діяльності. Зауважимо, що на значущому рівні проявляються такі симптоми, як переживання психотравмуючих обставин (в рамках цього дослідження маємо на увазі професійне, робоче середовище), тривога і депресивні настрої.

Скоріше за все, професійна діяльність на даному етапі життя для багатьох опитаних приносить емоційне перенасичення та втому (психологічну, можливо, і фізичну), впливає на міру задоволеності собою і своїми досягненнями, сприяє підвищенню рівня тривоги та розвитку депресивних настроїв.

У той же час значущий рівень сформованості серед медичних працівників виявлено за фазою резистенції (74 %), пріоритетними симптомами якої встановлено неадекватне вибіркове реагування та редуція професійних обов'язків, що свідчить про намагання респондентів долати емоційне напруження, але за допомогою дезадаптивних захисних реакцій, що нагадують уникнення проблем, дистанціювання. Вони емоційно відгороджуються, закриваються від інших, певною мірою стають байдужими до своєї діяльності і оточення, нерідко спрощують процес виконання своїх професійних обов'язків, зменшуючи при цьому емоційну включеність в роботу.

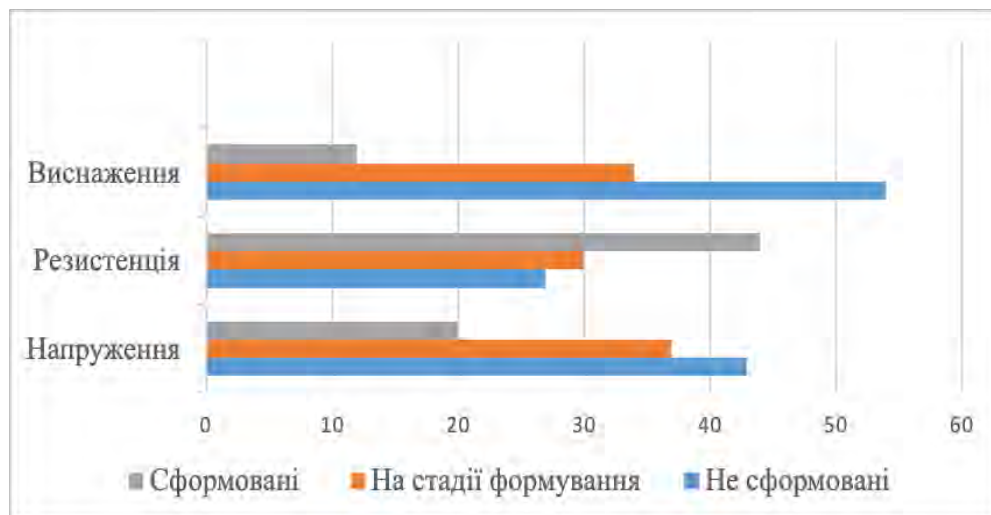


Рис. 1. Сформованість фаз емоційного вигорання медичних працівників, у %

Аналіз фази виснаження показує її загальну поширеність серед 46 % опитаних працівників медичної сфери, а домінуючими симптомами ми виявили деперсоналізацію та наявність психосоматичних і вегетативних порушень. Отже, працівники медичної сфери характеризуються зниженням загального енергетичного тону, мають дещо ослаблену нервову систему: схильні до розвитку цинічного ставлення до оточення (колег, студентів, вихованців та ін.), а також до своєї професійної діяльності взагалі, особистісно відсторонюються від ситуації навколо, дехто має вже сформовані психовегетативні та психосоматичні розлади, як от порушення сну, головні болі, зниження уваги та пам'яті, проблеми з артеріальним тиском, загострення хронічних хвороб, дратівливість і гнів, збайдужіння до всього ті ні., але в більшості опитаних ці прояви лише починають формуватися, що свідчить про поступове накопичення рівня емоційного вигорання та необхідність переглянути, наприклад, свій графік роботи, щоб виділити більше часу для відпочинку і емоційно-морального розвантаження.

Вивчення індивідуально-типологічних характеристик лікарів (за методикою Л. М. Собчик) показало, що переважно їх індивідуальні властивості відповідають критерію норми, що свідчить про гармонійність особистості, тобто виражені психологічні характеристики можуть бути, але їх наявність збалансована, фахівець володіє одночасно різними протилежно спрямованими якостями, які за помірного вираження проявляються адекватно до ситуації і врівноважують одна одну. Це відповідає науковим та життєвим уявленням про особистісну наповненість діяльності лікаря.

Високі показники у 22 % від усієї кількості опитаних свідчать про їх чітку спрямованість на зовнішні події, існуючі об'єкти і цінності, високу соціальну активність, товариську. У значній частині ця властивість помірно виражена – 49 %, а показниками норми володіють

29 % респондентів. Протилежно до екстраверсії бачимо дані шкали «інтроверсія», яка характеризує спрямованість у світ суб'єктивних уявлень і переживань, схильність до фантазування, замкнутість і стриманість: виявлено нормативний рівень (65 %).

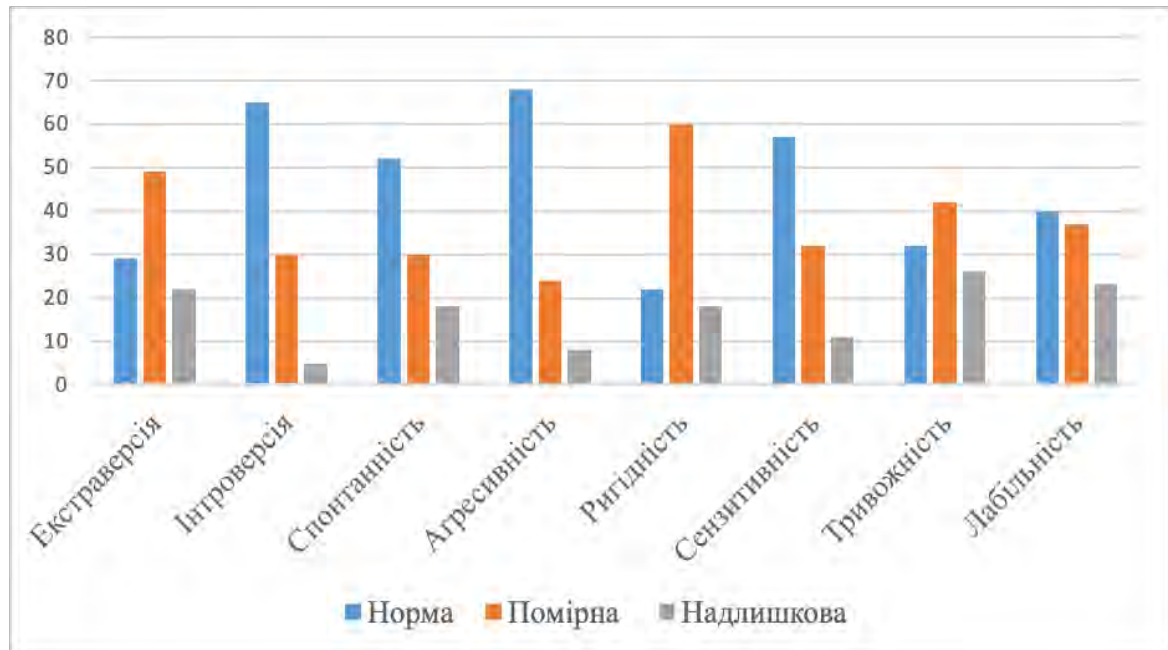


Рис.2. Стан сформованості індивідуально-типологічних характеристик медичних працівників

Помірні результати за шкалою «спонтанність» свідчать не лише про прояви необдуманості у висловлюваннях і вчинках, але і показують лідерські якості опитаних, їхню наполегливість, прагнення чинити по-своєму. Загалом же в опитаних нами медичних працівників ця властивість не так часто акцентується, знаходиться більше в межах норми (52 %), в третини досліджуваних (30 %) – в межах допустимого рівня, що свідчить про здатність діяти обдуманно, контролюючи емоції, що дуже важливо в діяльності лікаря-фахівця чи медсестри. Можна припустити, що з тими, в кого вона надлишково виражена непросто знаходити спільну мову та вести спільну професійну діяльність

колегам, а пацієнтам – комунікувати з приводу медичного вирішення нагальних проблем здоров'я і полегшення свого психологічного стану.

Аналіз даних за факторною шкалою «агресивність» показав її розвиток в межах норми серед медичних працівників (у 72 %) – ці респонденти не схильні до прояву гніву і роздратування в своїй професійній діяльності, їхня самореалізація здійснюється не за рахунок упертості і свавілля у відстоюванні своїх інтересів, а за рахунок поваги до себе і свого оточення, вміння контролювати свої емоції.

За шкалою «ригідність» (інертність) встановлено домінування помірного рівня вираження (60 %): цим особам властиві практичність, підвищене почуття справедливості і прагнення відстоювати свої погляди і принципи, вони схильні критично ставитися до думок інших, тож ретельно планують і свої дії, виявляються досить стійкими до стресових переживань.

У межах норми знаходяться показники за шкалою «сенситивність» у 57 %. Це свідчить про те, що більшість досліджуваних медичних працівників схильні до рефлексії, не надто вразливі, мають адекватну самооцінку. Частина опитаних досить сприйнятливі та вразливі до зовнішніх впливів, схильні тривало переживати минулі події, думки про майбутнє.

Схильними до підвищеної тривожності виявилися 26 % респондентів, що свідчить про їх високу емоційність, сприйнятливість і постійне відчуття незахищеності. Вони більше за інших схильні до емоційних зривів, та тривалого стресу. Помірні показники тривожності виявлено у 42 % медичних працівників – вони досить схильні відчувати тривогу, але цей стан зазвичай контролюється людиною, включаються внутрішні захисні механізми. За нормального рівня тривожності вона може навіть допомагати, стимулюючи продуктивність діяльності.

У ході аналізу отриманих даних встановлено, що багато з опитаних нами медичних працівників характеризуються стійкістю професійної і життєвої мотивації, здатні до емоційного самоконтролю та саморегулювання, до прояву своїх почуттів, подекуди можуть проявляти сентиментальність.

Проведений кореляційний аналіз (непараметричний статистичний критерій Манна-Уїтні) між симптоматикою емоційного вигорання (методика В. В. Бойка) та особистісними властивостями медичних працівників (методика ІТО) дозволяє констатувати наявність зв'язків між ними, що висвітлено в таблиці 3.

Як бачимо, респонденти, схильні до тривожності, інтроверсії та сензитивності, мають більшу вірогідність формування синдрому емоційного вигорання. На противагу цьому, від'ємні результати кореляції між емоційним вигоранням та рештою шкал (екстраверсії, спонтанності) показує, що вони протилежно пов'язані, тобто чим вищий рівень емоційного вигорання, тим нижчий рівень, менш вірогідна схильність їх прояву.

Таблиця 3

*Коефіцієнти кореляційного зв'язку між фазами емоційного вигорання та індивідуально-типологічними властивостями
(за методикою Л. М. Собчик, n=100)*

	Напруження	Резистенція	Виснаження	Загальний показник
Естраверсія	-, 022	-, 062	-, 04	-, 046
Інтроверсія	104	177	082	140
Агресивність	-, 120	-, 114	-, 054	-, 112
Ригідність	-, 155	-, 228	-, 207	264
Спонтанність	-, 261	-, 316	-, 284	-, 336

Сензитивність	209	16	-, 037	124
Тривожність	296	277	104	228
Лабільність	126	056	0	074

Отож, аналіз показує, що найбільш значущими у виникненні і розвитку феномену емоційного вигорання серед медичних працівників є індивідуально-особистісні властивості, а саме тривожність, інтроверсія та сензитивність.

У ході аналізу адаптивності, самоприйняття та прийняття інших, інтернальності, емоційної комфортності, прагнення до домінування працівників медичної сфери (за «Опитувальником соціально-психологічної адаптації особистості» К. Роджераса і Д. Даймонда в адаптації О. К. Осницького) встановлено, що більшість респондентів володіють високим рівнем соціально-психологічної адаптації – 43 %, а середній рівень виявлено у 38 % опитаних, низький мають лише 19 % (рис.3.).

Отримані дані в загальному дозволяють констатувати, що у більшості випадків респонденти добре адаптовані до існування в суспільстві, підлаштовуються до його вимог з урахуванням власних потреб, мотивів та інтересів. Враховуючи професійну діяльність та її високу соціальну значимість, медичні працівники не схильні уникати проблемних ситуацій, мають адекватну самооцінку, в більшості випадків – задоволені собою як особистістю та своїми досягненнями, значна частина з них націлена на лідерство (переважно лікарі), хоч паралельно немало опитаних (частіше медсестри) проявляють схильність за шкалою «відомість» (бути підлеглим).

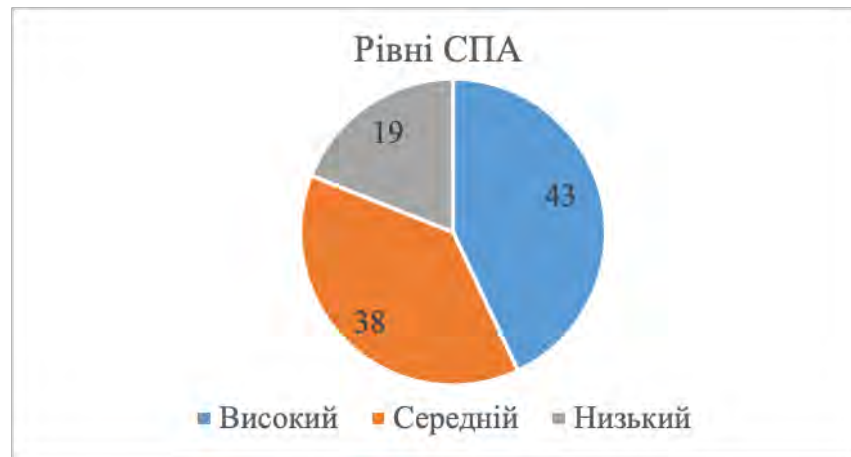


Рис.3. Рівні соціально-психологічної адаптації медичних працівників, у %

Скоріше за все, обраний фах впливає на визначення високих та середніх показників за шкалою «прийняття інших», тобто потребу медичних працівників у спілкуванні та взаємодії з іншими, прагнення до спільної діяльності. В той же час помічено, що емоційне відношення до дійсності нерідко межує з нижніми значеннями середнього рівня (під час підрахунку балів), тобто про стійку вираженість емоційного комфорту говорити варто обережно, на цей стан явно можуть впливати зовнішні чинники, випадки невпевненості, пригніченості особистості присутні.

Діагностика також показала, що серед респондентів є як особи з інтернальністю (внутрішнім локусом контролю), так і екстернальністю (зовнішнім локусом контролю), однак з перевагою за першим. Можемо припустити, що більшість працівників медичної сфери досить відповідально відносяться до своїх вчинків і дій, аналізують їх вплив на досягнення конкретної мети, що є важливим критерієм ефективності професійної діяльності та її результативності в даній галузі наукових знань з різними верствами населення та дітьми, усвідомлюють особистісну відповідальність за свої невдачі в житті, рівень своїх

компетентностей та здібностей і їх значення для успішності медичної практики.

Особи з домінуванням зовнішнього локусу контролю можуть бути пасивними в подоланні життєвих труднощів, недостатньо регулюють свої настрої, переживання і діяльність, часто відкидають думки про особистісну роль у власних невдачах, звинувачуючи зовнішні фактори (випадкові обставини, долю, навколишнє середовище, людей).

Встановлення кореляційних зв'язків між показниками соціально-психологічної адаптації медичних працівників та симптомами емоційного вигорання (за методикою В. В. Бойка) відбувалося за допомогою знаходження коефіцієнту рангової кореляції Ч. Спірмена. Вдалося виявити кілька достовірно значимих негативних та позитивних кореляцій, які свідчать про взаємозв'язок між феноменом емоційного вигорання та рівнем соціально-психологічної адаптації особистості. Так, при значенні $p \leq 0,01$ встановлено негативний зв'язок між:

1) «адаптивністю» та такими симптомами: тривога і депресія (-0,15), неадекватне емоційне реагування (-0,12), незадоволеність собою (-0,18), розширення сфери економії емоцій (-0,19), емоційний дефіцит (-0,16);

2) характеристикою «прийняття себе» та симптомами незадоволеність собою (-0,17), деперсоналізація (-0,14, $p \leq 0,05$);

3) характеристикою «прийняття інших» та симптомами незадоволеністю собою (при $p \leq 0,05$) (-0,13), емоційного дефіциту (-0,12), загнаності в клітку (0,14).

Між характеристикою «інтернальність» немає ні позитивних, ні негативних зв'язків із жодним симптомом емоційного вигорання.

Позитивні кореляційні зв'язки помічено між:

1) характеристикою «дезадаптація» та всіма симптомами емоційного вигорання (наприклад, з переживанням психотравмуючих

обставин це 0,22, з тривогою і депресією – 0,25 при $p \leq 0,01$; деперсоналізацією – 0,23, переживанням психосоматичних та психовегетативних порушень – це 0,25 при $p \leq 0,01$, редукція професійних обов'язків – 0,15 при $p \leq 0,05$);

2) характеристикою «відомість» та симптомами: переживання психотравмуючих обставин (0,13 при $p \leq 0,05$), тривогою і депресією (0,22, $p \leq 0,01$), редукцією професійних обов'язків (0,15 при $p \leq 0,05$), деперсоналізацією (0,18 при $p \leq 0,01$), розширенням сфери економії емоцій (0,22 при $p \leq 0,01$);

3) характеристикою екстернальність та більшості симптомів емоційного вигорання, зокрема з редукцією професійних обов'язків (0,26 при $p \leq 0,01$), з тривогою і депресією (0,27), з розширенням сфери економії емоцій (0,17), незадоволеністю собою (0,17);

4) характеристикою «неприйняття інших» та переживанням психотравмуючих обставин (0,20 при $p \leq 0,01$), загнаності в клітку (0,14), розширенням сфери економії емоцій (0,26), деперсоналізацією (0,22), емоційним дефіцитом (0,16 при $p \leq 0,05$), психосоматичним та психовегетативними порушеннями (0,25).

Як уже згадувалося, одним із особистісних факторів професійного вигорання медичних працівників може бути характер використання механізмів психологічного захисту особистості. Тож з метою перевірки цього припущення було проведено опитування за допомогою методики «Індекс життєвого стилю» Плутчика-Келлермана-Конте (рисунок 4).

Аналіз отриманих даних свідчить, що найчастіше у своєму повсякденному житті медичні працівники схильні використовувати такі механізми психологічного захисту, як раціоналізація і компенсація, проєкція та заперечення. Натомість механізми витіснення, заміщення, регресія та реактивне утворення використовуються рідше.

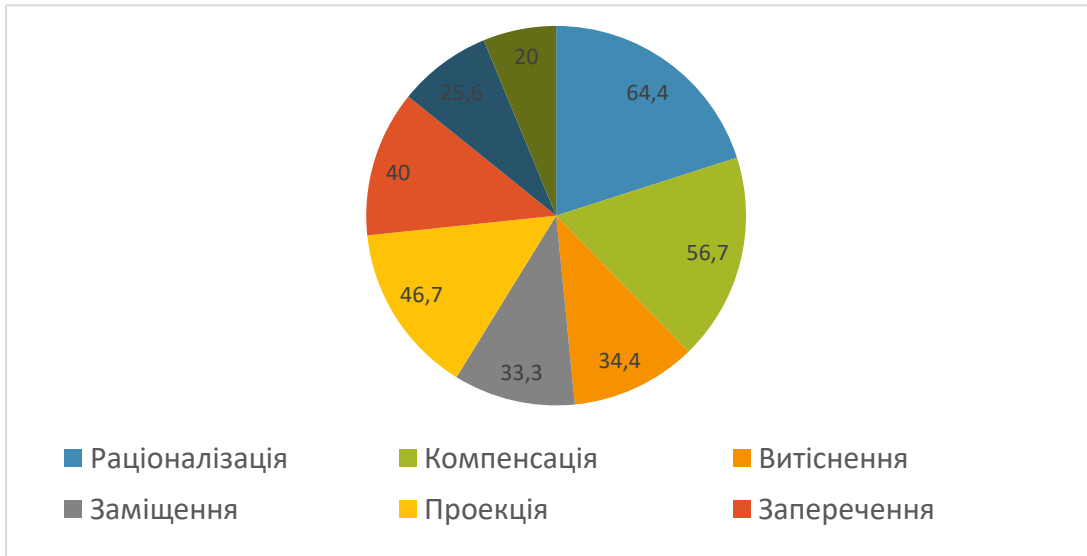


Рис. 4. Унаочнення показників механізмів психологічного захисту педагогів (методика Плутчика-Келлермана-Конта), у %

Як бачимо, домінуючим механізмом психологічного захисту серед медичних працівників є раціоналізація (64,4 %), що свідчить про їх схильність, у випадку певних складних труднощів, реагувати (знімати напругу) шляхом знаходження розумного пояснення зробленим вчинкам чи намірам. Дещо менше, але теж вагомо, медичні працівники використовують компенсацію як механізм психологічного захисту у конфліктних чи фруструючих ситуаціях – у 56,7 % випадків. З огляду на це, вважаємо, що багато медичних працівників схильні до спроб виправити або ж змінити реальні чи уявні відчуття неадекватності почуттям адекватності, що допомагає їм знизити інтенсивність почуттів суму та туги, які виникають в разі невдач і втрат, переключити увагу на щось нейтральне, позитивне. Лікарі, які використовують цей психологічний захист, схильні також виправдовувати усувати свої недоліки, долати труднощі і досягати високих професійних результатів завдяки серйозній роботі над собою.

Як з'ясувалося, чимало медичних працівників використовують в якості механізму психологічного захисту заперечення – 40 % досліджуваних, що свідчить про відмову їх визнавати (усвідомлювати) факт існування неприємностей, стресогенних переживань та почуттів. Використання цього механізму, припустимо, пов'язане з вимогами до професійного іміджу медичного працівника, незважаючи на емоційно-психологічне напруження від щоденного контактування з великою кількістю колег, хворих і їх родичів, що змушує медичних працівників стримувати прояви невдоволення, злості, досади на них, та переносити ці почуття на більш доступні об'єкти, чи більш небезпечні. Не часто медичні працівники в своїй діяльності та житті користуються такими механізмами психологічного захисту, як заміщення (33,3 %) та витіснення (34,4 %). Для таких фахівців характерно забувати чи ігнорувати неприємні для себе події та почуття, які вони викликають, для чого, вважаємо, потрібно достатньо сили волі та досвіду. Найменш властивими для медичних працівників є регресія (25,6 %) як повернення до більш примітивних форм поведінки в разі несприйняття реальності (інфантильність та невротичність як риси характеру), та реактивне утворення (20 %) як схильність змінювати несприятливі почуття на протилежні.

Отримані емпіричні результати було піддано кореляційному аналізу за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона з метою вивчення взаємозв'язку між синдромом професійного вигорання медичних працівників та механізмів психологічного захисту.

На основі цього встановлено обернені взаємозв'язки між механізмом «раціоналізація» та симптомами емоційного вигорання: «деперсоналізація» ($r_{\text{емп}} = -0,446 > r_{\text{кр}} = 0,392$, де $p \leq 0,01$), «загнаність у кут» ($r_{\text{емп}} = -0,416 > r_{\text{кр}} = 0,392$, де $p \leq 0,01$) та «неадекватне вибіркове емоційне реагування» ($r_{\text{емп}} = -0,364 > r_{\text{кр}} = 0,302$, де $p \leq 0,05$). З цього

робимо висновок, що чим сильніше у медичних працівників сформований механізм психологічного захисту «раціоналізація», який забезпечує логічне розмірковування та знаходження пояснення подіям, діям і їх наслідкам, тим слабше вони будуть переживати зазначені симптоми емоційного вигорання. Протилежним висновком встановлених взаємозв'язків є те, що медичний працівник, який емоційно вигорів, не здатний мислити і діяти раціонально та адекватно пояснювати причини своїх негараздів.

Прямий кореляційний зв'язок встановлено між симптомами «неадекватне вибіркове реагування» та «редукція професійних обов'язків» ($r_{\text{емп}} = 0,428 > r_{\text{кр}} = 0,392$, де $p \leq 0,01$), що свідчить про те, чим більше медичних працівників нерівномірно реагують або й взагалі не проявляють своїх емоцій на навколишні події, тим більше вони схильні до спрощення, скорочення своїх професійних обов'язків, упереджуючи тим самим емоційні затрати. Також прямий кореляційний зв'язок виявлено між симптомами «незадоволеність собою» і «емоційний дефіцит» ($r_{\text{емп}} = 0,312 > r_{\text{кр}} = 0,302$, де $p \leq 0,05$), тобто чим більше медичних працівників оцінюють себе негативно, відчувають себе нещасними і невдоволені своїм життям і професією, своїми успіхами в роботі, тим більше вони схильні до емоційного спустошення, негативізму, грубості, примхливості, образливості, автоматичного виконання діяльності.

Також обернений взаємозв'язок виявлено між механізмом психологічного захисту заперечення та симптомом емоційного вигорання «переживання психотравмуючих обставин» ($r_{\text{емп}} = -0,569 > r_{\text{кр}} = 0,392$, де $p \leq 0,01$), а прямий – із симптомом «емоційно-моральна дезорієнтація» ($r_{\text{емп}} = 0,319 > r_{\text{кр}} = 0,302$, де $p \leq 0,05$). Такі результати свідчать, що чим частіше медичні працівники використовують згаданий механізм психологічного захисту, тим більше у них сформований

симптом «емоційно-моральна дезорієнтація», та менше – симптом «переживання психотравмуючих обставин».

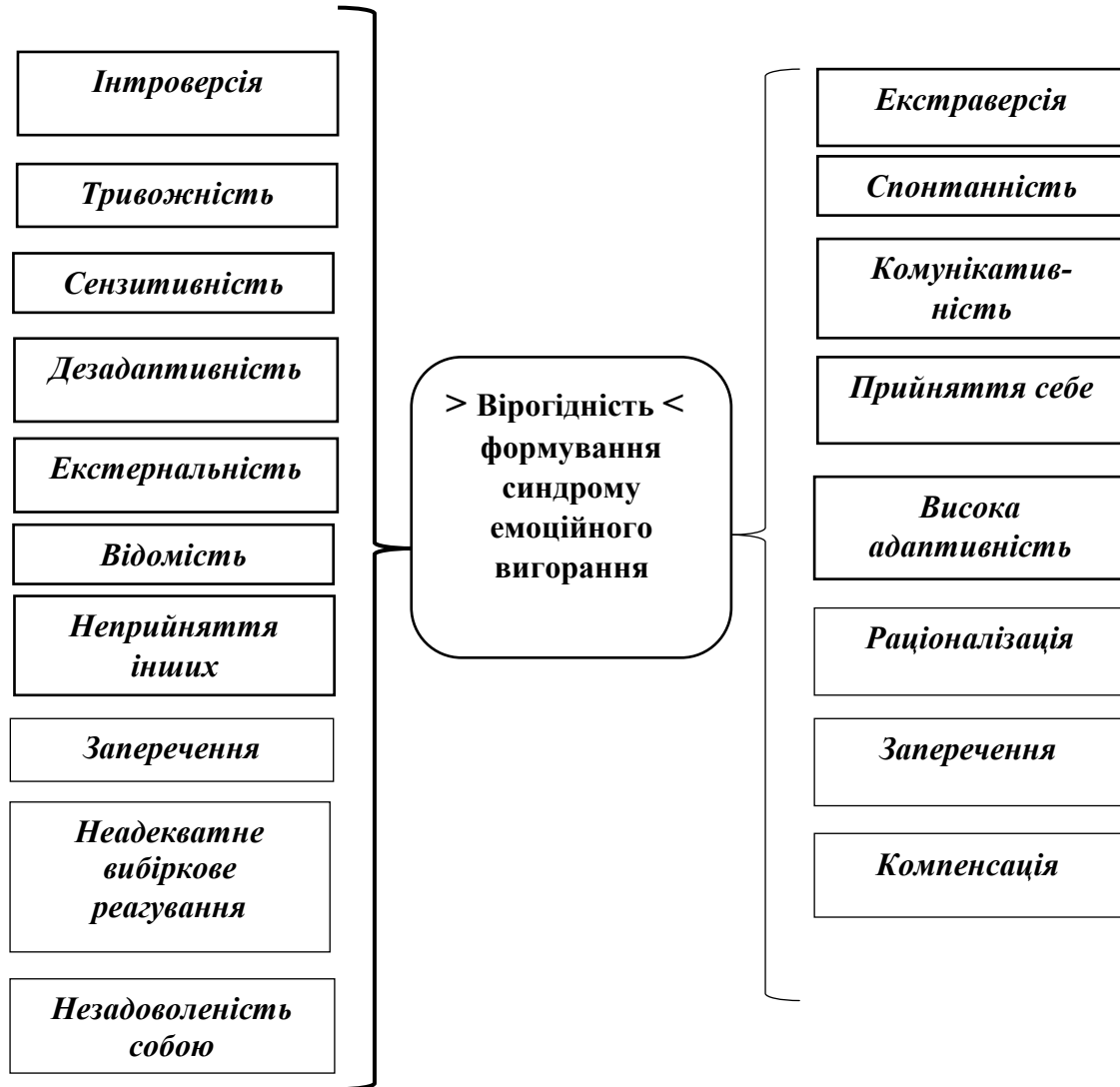


Рис. 5. Унаочнення ролі особистісного фактору у виникненні емоційного вигорання

Обернену залежність виявлено за механізмом психологічного захисту компенсація та симптомом емоційного вигорання «емоційна відчуженість» ($r_{\text{емп}} = -0,328 > r_{\text{кр}} = 0,304$, де $p \leq 0,05$), що показує чим частіше медичні працівники використовують згаданий механізм, тим менше вони схильні відсторонюватися емоційно від оточення; пряму залежність встановлено із компенсацією та симптомом «незадоволеність

собою» ($r_{\text{емп}} = 0,549 > r_{\text{кр}} = 0,392$, де $p \leq 0,01$), тобто чим більше медичні працівники використовують цей психологічного захисту, тим сильніше вони можуть відчувати незадоволеність собою.

Висновки. Теоретико-емпіричне дослідження дозволило визначити, що найбільш значимими особистісними факторами у виникненні і розвитку феномену професійного вигорання медичних працівників відіграють такі індивідуальні особливості, як: дезадаптивність, екстернальність, відомість, неприйняття інших, деякі механізми психологічного захисту: заперечення, неадекватне вибіркоче реагування, незадоволеність собою. Вони найбільше впливають на стан тривожності, особистісне відчуження, замкнутість та редукцію професійних обов'язків. Особи ж з інтернальністю, комунікативністю, прийняттям себе, високою адаптивністю, з використанням таких механізмів психологічного захисту, як раціоналізація, компенсація та заперечення менше схильні до розвитку емоційного вигорання.

Загалом у ході наукового дослідження ми переконалися, що особистісний фактор визначає різну міру вираженості феномену професійного вигорання, особистісні властивості стають базовими передумовами його виникнення в працівників медичної сфери.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрушко Я. С. Психологічні захисти в структурі професійної ідентичності майбутнього працівника органів внутрішніх справ : монографія. Львів : ЛьвДУВС, 2016. 276 с.
2. Бойко В. В. Синдром емоціонального вигорання в професіональному общении. Санкт-Петербург: Сударыня, 2012. 122 с.
3. Борищук В. О., Соловйов О. С., Краснянська Т. М., Клименко І. В. Дослідження синдрому емоційного і професійного

- вигорання у фармацевтичних працівників. Соціальна фармація в охороні здоров'я. 2015. Т. 1. № 1. С. 65-72.
4. Бочелюк В. Й., Бочелюк В. В. Методика та організація наукових досліджень із психології: Навч. пос. Київ: Центр учбової літератури, 2008. 360 с.
 5. Василенко А. Ю. Возможности профилактики синдрома эмоционального выгорания: личностные факторы. *Вектор науки ТГУ*. 2011. № 4. С. 53-55.
 6. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика: практическое пособие, 3-е изд., испр. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2019. 299 с.
 7. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. Санкт-Петербург: Питер, 2008. 336 с.
 8. Драга Т. М., Мялюк О. П., Криницька І. Я. Особливості синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. *Медсестринство*. 2017. № 3. С. 48-51.
 9. Дудяк В. Емоційне вигорання. Київ: Главник, 2007. 128 с.
 10. Зайчикова Т. В. Взаємозв'язок між синдромом «професійного вигорання» та особистісними факторами. *Наукові записки*. Київ, 2005. Вип. 26. Т. 2. С. 107–114.
 11. Кириленко О. Психологічні детермінанти професійного стресу у представників професії типу «людина – людина» : автореф. дис...канд. психол. наук : 19.00.03. Київ, 2007. С. 19-20.
 12. Кононова М. М. Упередження професійного вигорання дефектологів як передумова їх професійного розвитку. *Наукові записки*. Кропивницький: РВВ ЦДПУ ім. В. Винниченка. Випуск 173, Серія: Педагогічні науки, 2018. 116–119.

13. Кононова М. М. Психологічна готовність майбутніх спеціалістів корекційної освіти до роботи як передумова упередження професійного вигорання. *Проблеми сучасної педагогічної освіти. Серія : Педагогіка і психологія : зб. статей.* Ялта : РВВ КГУ, 2014. Вип. 43. Ч. 4. С. 215-221.
14. Кононова М. М. Формування психологічної готовності викладачів медичних установ і майбутніх лікарів до роботи з метою профілактики «професійного вигорання». *Європейський вибір – невід’ємна складова розвитку вищої медичної освіти України* : матеріали навч.-метод. конф. (Полтава, 21-22 березня 2013 р.). ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». Полтава, 2013. С. 93-94.
15. Корольчук М. С., Корольчук В. М., Березовська Л. І. Професійне вигорання працівників освіти : монографія, Київ : Най.-торг. екон. ун-т, 2017, 304 с.
16. Корсун С. І., Ткачук Т. А. Психологія діяльності працівників податкової міліції: монографія. Київ: Центр учбової літератури, 2013. 194 с.
17. Максимова Н., Максименко С. Синдром емоційного та професійного вигорання у лікарів : [Електронний ресурс]. URL: <http://health-ua.com/articles/2311.html>
18. Малишева К. О. Синдром професійного вигорання психотерапевта : роль особливостей клінічних взаємовідносин. *Проблеми загальної та педагогічної психології* : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка АПН України. Т. IV, ч. 3. Київ, 2002. С. 134-139.
19. Мироненко Г. Психологічні особливості емоційного вигорання лікарів. URL: http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/pzpp/2010.12.1/414-424.pdf

20. Михальська Ю. А., Ренке С. О. Особливості механізмів психологічного захисту особистості. Проблеми сучасної психології. 2015. Вип. 30. С. 417–427.
21. Олійник І. В. Причини виникнення та профілактика синдрому професійного вигорання у педагогів. *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Серія : Педагогіка і психологія*. 2017. № 1. С. 118-125.
22. Орел В. Е. Структурно-функціональна організація и генезис психического вигорання: дисертація док. психол. наук. Ярославль. 2005. 449 с.
23. Особливості професійного вигорання викладачів ЗВО / І. А. Соколовська, В. А. Буланов, В. В. Зарицька [та ін.]. *Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині) : зб. матеріалів II Всеукр. наук.-практ. конференції, (м. Запоріжжя, 18-19 лютого 2021 р.)*. Запоріжжя : ЗДМУ, 2021. С. 104-106.
24. Полянничко О. М., Єланська Д. В. Психологічні чинники професійного вигорання фітнес-тренерів. *Синергетичний підхід до проєктування життєвого простору особистості : зб. наук. матеріалів Міжнарод. наук.-практ. онлайн-конф. (27-28 квітня 2021 р., м. Полтава)*. Полтава, 2021. С. 239-242.
25. Психофізіологічні закономірності професійного самоздійснення особистості : монографія / О. М. Кокун та ін. ; за ред. О. М. Кокун. Київ : Педагогічна думка, 2015. 297 с.
26. П'янківська Л. В. Фактори, що сприяють виникненню синдрому «емоційного вигорання» у співробітників ОВС. Формування громадянського суспільства та правової держави в контексті європейської інтеграції : тези доп. наук.-практ. конф. у 2 ч. (Київ, 21-22 квітня 2006 р.). Київ : КНУВС, 2006. Ч. 2. Ч. 254-257.

27. Раковчена О. Особливості стресорних проявів у медичних працівників. Психологічні перспективи / за ред. М. Слюсаревського. Луцьк : РВВ «Вежа» Волинського національного ун-ту імені Лесі Українки, 2009. Випуск 14. С. 128-135.
28. Ронгинская Т. И. Синдром выгорания в социальных профессиях. Психологический журнал. Москва : Наука, 2002. Т. 23. № 3. С. 85-95.
29. Салогуб А. М. Структура і зміст синдрому емоційного вигорання у дослідженнях зарубіжних та вітчизняних вчених. Молодий вчений. 2014. № 5. С. 459-461.
30. Стаднюк Л. А., Давидович О. В. та ін. Синдром емоційного вигорання: фактори, що сприяють його виникненню і попередженню. *Вісник наукових досліджень*. 2017. № 1. С. 145-149. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vndt_2017_1_35
31. Туриніна О. Л. Методологія та методи психологічного дослідження: навч.-метод. посіб. Київ : ДП «Вид. дім «Персонал», 2018. 206 с.
32. Федак Б. Синдром професійного вигорання і його психотерапевтична корекція у медичного персоналу швидкої допомоги: Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 19.00.04. Харківська медична академія післядипломної освіти. Харків, 2009. 20 с.
33. Форманюк Т. В. Синдром «емоціонального стгорання» как показатель профессиональной дезадаптации учителя. *Вопросы психологии*. № 6, 1994.
34. Франкенхойзер М. Эмоциональный стресс. Москва, 1970.
35. Чала Ю. М., Шахрайчук А. М. Психодіагностика: навчальний посібник. Харків: НТУ «ХП», 2018. 246 с.

- 36.Шебанова В. І. Проблематика механізмів психологічного захисту. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 12: Психологічні науки. 2012. Вип. 37. С. 246–249.
- 37.Шевченко В., Оганян А. Захисні механізми психіки та їх взаємозв'язок з формами агресивної поведінки. *Науковий вісник МНУ імені В. О. Сухомлинського*. Психологічні науки. 2016. № 1 (16). С. 235-239.
- 38.Шиделко А. В. Науково-теоретичні грані психологічного захисту особистості. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. серія психологічна. 2018. Вип. 1. С. 87-94.
- 39.Шелков В. Профілактика синдрому вигорання у медичних працівників методами психологічної саморегуляції. URL: http://www.nbu.gov.ua/portal/chem_biol/umch/2009_2/pdf/1409_ukr.pdf
- 40.Юрєва Л. Профессиональное выгорание у медицинских работников. Київ : Сфера, 2004. С. 224-230.
- 41.Яценко Т. С. Основи групової психокорекції: Навч. посібник. Київ: Либідь, 1996. 264 с.
- 42.Яценко Т. С. Теорія і практика групової психології. Активне соціально-психологічне навчання: Навч. посіб. Київ, 2004. С. 20-35.
- 43.Boyce G. C., Behl D. Child Characteristics, Family Demographics and Family Processes: Their Effects on the Stress Experienced by Families of Children with Disabilities. *Counseling Psychology Quarterly*, 0951-5070. December 1, 1991. Vol. 4, Issue 4. EBSCOhostPsycINFO Database.
- 44.Costa P.T., McCrae R.R. NEO RI-R. Professional Manual Psychological Assessment Resources. Inc. Florida, 1992.

45. Cox T., Griffiths A. The nature and measurement of workrelated stress : theory and practice *Evaluation of Human Work* / eds. J. R. Wilson, N. Corlett. Boca Raton, 2005. P. 553–571.
46. Gargen A.M. Teh 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.
47. Lavanco G. Burnout syndrome and Type A behavior in nurses and teachers in Sicily. *Psychological Reports*. 1997. V. 81(2). P. 523-528.
48. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. *N.Y.: Springer Publishing Company*, 1984.
49. Maslach C., Jackson S. E. Maslach burnout inventory : manual ; with a special supplement «Burnout in education». 2nd edn. Palo Alto, CA : Con-sulting Psychologists Press. 1986, v. 34 p.
50. Miller T. Q., Smith T. W., Turner C. W., Guijarro M. L., Hallet AJ. A Meta-analytic revies of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*. 1996. V. 119. P.322-348.
51. Nowack K. M. Type A, hardiness, and phycho logical distress. *J. of behavioral Medicine*. 1986. V. 9 (6). P. 537-548.