

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
Кафедра практичної психології та психодіагностики

На правах рукопису

КУЦИК ЯРИНА СТЕПАНІВНА
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ МЕДИЧНИХ
ПРАЦІВНИКІВ

Спеціальність: 053 «Психологія»
Освітньо-професійна програма «Практична психологія (психологічне
консультування та психотерапія)»
Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр»

Науковий керівник:
ГРИЦЮК ІРИНА МИХАЙЛІВНА,
кандидат психологічних наук, доцент кафедри
практичної психології та психодіагностики

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ
Протокол № _____
засідання кафедри практичної психології
та психодіагностики
від _____ 2024 р.
Завідувач кафедри
_____ Людмила Магдисюк
ПІБ (підпис)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ

Волинський національний університет імені Лесі Українки

Факультет психології

Кафедра практичної психології та психодіагностики

Освітній ступінь «Магістр»

Спеціальність 053 Психологія

Освітня програма Практична психологія (психологічне консультування та психотерапія)

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

«___» _____ 2023 року

ЗАВДАННЯ НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ (ПРОЄКТ)
СТУДЕНТУ

Куцик Ярина Степанівна

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи (проєкту) **Психологічні особливості якості життя медичних працівників**

Керівник роботи (проєкту) **Грицюк Ірина Михайлівна**, кандидат психологічних наук, доцент кафедри практичної психології та психодіагностики.

2. Строк подання студентом роботи (проєкту) _____

3. Мета та завдання випускної кваліфікаційної роботи (проєкту) – теоретико-концептуальне та емпіричне дослідження впливу професійного вигорання на якість життя медичних працівників.

4. Завдання дослідження:

1. На основі теоретичного аналізу розкрити зміст поняття «якість життя», визначити особливості якості життя медичних працівників.
2. Встановити особистісні та соціально-психологічні чинники якості життя медичних працівників.
3. Визначити психологічні детермінанти якості життя медичних працівників.
4. Провести порівняльний аналіз результатів емпіричного дослідження медичних працівників.
5. Розробити корекційно-тренінгову програму підвищення рівня якості життя, як методу активного впливу на особистість.

5. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів випускної кваліфікаційної роботи (проекту)	Строк виконання етапів роботи (проекту)	Примітка
1.	На <i>першому етапі</i> дослідження, на основі попереднього знайомства з проблемою та результатів попереднього її вивчення, основна увага була зосереджена на виборі напряму дослідження, опрацюванні мети та завдань, визначенні об'єкту, предмету та методів дослідження, виборі можливих джерел інформації.	грудень 2023 року	
2.	<i>Другий етап</i> дослідження був присвячений вивченню психологічних особливостей якості життя у сучасній психологічній науці. Цей етап передбачав аналіз теоретичних джерел вітчизняних та зарубіжних авторів з проблем дослідження психологічних особливостей якості життя у зарубіжній та вітчизняній психології. Проаналізовано основні концепції та підходи до розкриття психологічних особливостей якості життя у психологічній науці. Розглянуто основні теоретико-методологічні орієнтири дослідження якості життя та теоретично обґрунтовано особливості якості життя у представників різних професій. Було визначено міру досліджуваності особливостей якості життя, проаналізовано основні погляди науковців на окреслений феномен якості життя, визначено категорійно-понятійний апарат досліджуваної проблеми, окреслені перспективи її подальшого вивчення. Отримані при цьому результати стали підставою провести відповідні організаційні заходи щодо подальшого планування магістерської роботи (визначення завдань, розробки програми дослідження і збору матеріалу, визначення етапів дослідження, вибір методів, адекватних меті та завданням дослідження, кількісного та якісного аналізу отриманих даних тощо).	грудень 2023 - лютий 2024 року	
3.	Протягом <i>третього етапу</i> дослідження було проведено емпірико-діагностичне дослідження.	березень-квітень 2024 року	

	Цей етап включав у себе підготовку до проведення діагностичного дослідження, розробку та уточнення інструкції для респондентів, попередню її перевірку на простоту й зрозумілість та діагностику респондентів. Метою третього етапу дослідження стало вивчення особливостей якості життя у медичних працівників. Відомості, отримані відповідно до заповнених респондентами анкет, були використані для подальшого їх статистичного аналізу. При цьому статистична обробка даних здійснювалась за допомогою комп'ютерного забезпечення MicrosoftExcel для Windows (версія 13.0). Інтерпретація результатів та висновки за темою дослідження представлені у вигляді схем, таблиць, діаграм та рисунків.		
4.	<i>Четвертий етап</i> дослідження передбачав проведення формувального експерименту розробку та апробацію комплексної тренінгової програми, спрямованої на підвищення рівня якості життя медичних працівників.	вересень- жовтень 2024 року	
5.	На основі теоретичного опрацювання наукових джерел, проведеного емпіричного дослідження та аналізу результатів провести висновки та узагальнення	листопад – грудень 2024 року	
6.	Остаточне оформлення роботи	грудень 2024 року	

Студент

(підпис)

Куцик Я. С.
(прізвище та ініціали)

Керівник роботи (проекту)

(підпис)

Грицюк І. М.
(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Куцик Я. С. Психологічні особливості якості життя медичних працівників – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 «Психологія» – Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2024.

У вступі та першому розділі представлено актуальність та результати теоретико-методологічного аналізу психологічних особливостей якості життя медичних працівників. Зокрема, проаналізовано, зіставлено й узагальнено підходи у науковій літературі щодо феномену якості життя, його основних характеристик. Описано особливості професійного вигорання й професійної деформації серед медичних працівників з різним професійним досвідом й індивідуальними психологічними особливостями, їх вплив на якість життя медиків. Якість життя є комплексною категорією, що має суб'єктивно-об'єктивний характер і формується через різноманітні показники, які відображають умови життя та загальний стан населення.

У другому розділі обґрунтовано комплекс методик і процедури емпіричного дослідження особливостей якості життя медичних працівників; розкрито соціально-психологічну характеристику вибірки; наведено кількісний та якісний аналіз даних констатувального етапу дослідження. Описано організаційно-методичні засади діагностичного дослідження особливостей якості життя медичних працівників.

Корекційно-тренінгова програма описана у третьому розділі і є результатом проведеного теоретичного й емпіричного дослідження якості життя медичних працівників та спрямована на подолання професійного вигорання, зниження рівня тривожності та стресу. Програма фокусується на підвищенні задоволеності роботою, покращенні якості життя та збереженні психічного здоров'я медичного персоналу.

Висновки магістерської роботи містять чіткий виклад теоретичних і емпіричних результатів дослідження проблеми психологічних особливостей якості життя медичних працівників.

Ключові слова: якість життя, досвід, медичні працівники, стресостійкість, стрес, професійне вигорання.

SUMMARY

Kutsik Ya. S. Psychological features of the quality of life of medical workers - Qualifying research paper with manuscript rights.

Graduation qualification work for obtaining the Master's degree in specialty 053 «Psychology» - Volyn National University named after Lesya Ukrainka, Lutsk, 2024.

The introduction and the first chapter present the relevance and results of the theoretical and methodological analysis of the psychological features of the quality of life of medical workers. In particular, the approaches in the scientific literature regarding the quality of life phenomenon and its main characteristics are analyzed, compared and summarized. The features of professional burnout and professional deformation among medical workers with different professional experience and individual psychological characteristics are described, as well as their impact on the quality of life of doctors. Quality of life is a complex category that has a subjective-objective nature and is formed through various indicators that reflect living conditions and the general state of the population.

In the second chapter, a set of methods and procedures for empirical research on the quality of life of medical workers is substantiated; the socio-psychological characteristics of the sample are revealed; Quantitative and qualitative data analysis of the ascertainment stage of the research is given. The organizational and methodological principles of the diagnostic study of the characteristics of the quality of life of medical workers are described.

The corrective training program is described in the third chapter and is the result of a theoretical and empirical study of the quality of life of medical workers and is aimed at overcoming professional burnout, reducing the level of anxiety and stress. The program focuses on increasing job satisfaction, improving quality of life and maintaining the mental health of medical personnel.

The conclusions of the master's thesis contain a clear statement of the theoretical and empirical results of the study of the problem of psychological features of the quality of life of medical workers.

Key words: *quality of life, experience, medical workers, stress resistance, stress, professional burnout.*

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЯКОСТІ ЖИТТЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	
1.1. Теоретичний аналіз дослідження якості життя у зарубіжній та вітчизняній психології.....	12
1.2. Особливості професійного вигорання та якості життя медичних працівників.....	19
Висновки до першого розділу.....	26
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЯКОСТІ ЖИТТЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	
2.1. Характеристика вибірки та методів дослідження.....	27
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	31
Висновки до другого розділу.....	39
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСОБИ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЯКОСТІ ЖИТТЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	
3.1. Корекційно-тренінгова програма подолання професійного вигорання, рівня тривожності, стресу медичних працівників	41
3.2. Опис тренінгової програми.....	43
Висновки до третього розділу.....	48
ВИСНОВКИ.....	49
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	51
ДОДАТКИ.....	57

ВСТУП

Актуальність дослідження. В умовах сьогодення підвищення якості життя населення виступає одним із ключових завдань суспільства, оскільки це показник загального добробуту. Це питання набуває особливої значущості щодо медичних працівників, рівень життя яких безпосередньо залежить від багатьох соціально-економічних факторів. Разом із цим спостерігається тенденція до погіршення умов, що зумовлює необхідність детального аналізу й комплексного дослідження цієї проблеми. Зокрема, значна частина медичних фахівців після завершення навчання прагне працювати за кордоном, де умови та якість життя для медичного персоналу є значно вищими.

Якість життя є складною та багатогранною категорією, що має суб'єктивно-об'єктивний характер і формується через різноманітні показники, які відображають умови життя та загальний стан населення. Важливо зазначити, що зведення її до єдиного індексу не завжди є доцільним, оскільки якість життя може бути охарактеризована як сукупність властивостей, а не лише як ступінь благополуччя.

Психологічні аспекти, зокрема емоційний стан, стресостійкість та адаптивні механізми, відіграють критичну роль у формуванні якості життя осіб, які займаються різними видами діяльності. Вони впливають на рівень задоволеності, адаптації до професійних викликів і загальне психоемоційне благополуччя, що, в свою чергу, має суттєве значення для підтримки психічного здоров'я в умовах сучасного суспільства.

З точки зору трактування якості життя, вона розглядається як сутність існування індивідів, що є процесом, спрямованим на збереження і розвиток людства в умовах постійно змінюваного природного середовища. Цей процес передбачає активну творчу діяльність та здатність до подолання фізичних, особистісних і соціальних протиріч і труднощів. Якість життя відображає не лише індивідуальні досягнення, але й колективні зусилля, що ведуть до соціального прогресу та підвищення загального благополуччя.

Об'єктом дослідження є якість життя медичних працівників.

Предметом дослідження є психологічні особливості якості життя медичних працівників.

Метою дослідження є вплив професійного вигорання на якість життя медичних працівників.

Для досягнення мети дослідження сконкретизовано такі основні його **завдання:**

1. На основі теоретичного аналізу розкрити зміст поняття «якість життя», визначити особливості якості життя медичних працівників.
2. Встановити особистісні та соціально-психологічні чинники якості життя медичних працівників.
3. Визначити психологічні детермінанти якості життя медичних працівників.
4. Провести порівняльний аналіз результатів емпіричного дослідження медичних працівників.
5. Розробити корекційно-тренінгову програму подолання професійного вигорання, рівня тривожності, стресу медичних працівників, як методу активного впливу на особистість.

Теоретико-методологічну основу дослідження становить аналіз підходів у вивченні психологічних особливостей якості життя медичних працівників, а саме М. Жидко, С. Маслач, Н. Погосової, І. Фейгенберга, О. Белевський, М. Сенкевич.

Для досягнення мети й реалізації завдань дослідження використано такі **методи:**

- теоретико-методологічний аналіз та систематизація літературних наукових джерел, порівняння й узагальнення даних теоретичних та емпіричних досліджень;
- емпіричні: спостереження, опитування, психологічний експеримент, тестування за допомогою комплексу методик, який включає: комплекс психодіагностичних методик, зокрема, методику емоційного

вигорання (за В. Бойко), методика оцінки якості життя (за Г. Никифоровим), шкала оцінки задоволення життям (якості життя QLESQ), методика САН.

- методи математико-статистичної обробки емпіричних даних: для аналізу отриманих даних використано кількісний та якісний аналіз отриманих результатів із використанням комп'ютерної стандартизованої програми «Microsoft Office Excel 2010».

Експериментальна база дослідження. Для участі у емпіричному дослідженні було залучено 60 медичних працівників обласної клінічної лікарні м. Луцьк.

Наукова новизна отриманих результатів визначається тим, що: вперше зібрано та проаналізовано дані психологічних особливостей якості життя медичних працівників.

Практична значущість отриманих результатів визначається можливістю застосування розробленого та апробованого комплексу психодіагностичних методик для вивчення структурних компонентів якості життя. Результати експериментального дослідження цього психологічного феномену можуть бути використані у практиці викладачів і психологів професійних навчальних закладів, психологів медичних установ, соціальних центрів та інших організацій.

Основні положення та висновки дослідження можуть бути також корисними для діяльності працівників психологічних служб. Крім того, їх можна інтегрувати у самосвітню та просвітницьку діяльність з метою надання практичної допомоги медичним працівникам, що сприятиме покращенню їх психоемоційного благополуччя та загальної якості життя.

Результати наукового дослідження сприяють збагаченню змісту лекційних, практичних і семінарських занять з таких навчальних дисциплін, як «Медико-психологічне консультування», «Психологічне консультування», «Психологія мотивації», «Вікова психологія» та «Психологія особистості».

Отримані дані можуть бути використані в навчально-виховному процесі медичних навчальних закладів різного типу, а також у підготовці психологів у

вищих навчальних закладах. Крім того, результати дослідження можуть бути інтегровані в систему післядипломної освіти та підвищення кваліфікації фахівців під час розробки професійних програм у галузі практичної психології. Це забезпечить актуальність навчальних матеріалів та їх відповідність сучасним вимогам у сфері психологічної підтримки.

Апробація результатів. Результати нашого дослідження були обговорені під час проведення наступних науково-практичних семінарів: XVI міжнародного науково-практичного семінару «Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні» (20 жовтня – 4 листопада 2022 року, м. Луцьк); XVII міжнародного науково-практичного семінару «Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні» (26-27 жовтня 2023 року, м. Луцьк); Фестивалю науки ВНУ імені Лесі Українки (13-17 травня 2024 року, м. Луцьк); XVIII міжнародного науково-практичного семінару «Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні» (18 жовтня – 25 жовтня 2024 року, м. Луцьк).

Структура та обсяг роботи. Робота складається з вступу, трьох розділів та додатків. Містить 9 рисунків та 5 таблиць. Список рекомендованих джерел налічує 53 найменування.

Основні положення роботи викладені у таких публікаціях:

1. Сакуляк В., Куцик Я., Грицюк І. Психологічні особливості професійного вигорання вихователів спеціалізованих закладів. *Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні*. Луцьк: Вежа-Друк, 2023. С. 142-146.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЯКОСТІ ЖИТТЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1. Теоретичний аналіз дослідження якості життя у зарубіжній та вітчизняній психології

Аналізуючи дослідження якості життя, що представлені у сучасній науковій літературі, узагальнено можна припустити, що якість життя є соціальним феноменом. Дослідження якості життя ґрунтується й виникає з моменту становлення суспільства, відображаючи стійкість, визначеність та унікальність людського буття, що принципово відрізняє його від життєдіяльності інших живих істот. Перші спроби осмислення феномену якості життя простежуються ще в найдавніших роздумах людства, представлених у міфологічних, релігійних концепціях та філософських трактатах.

Загальний розвиток та удосконалення медичної науки посилюють роль і значущість медичного персоналу. В умовах реформування медичної галузі та змін вимог до фахівців спостерігається тенденція до підвищення рівня професійної деформації серед медичних працівників, що обумовлено зростаючою відповідальністю за життя та здоров'я пацієнтів. Якщо раніше основний акцент робився на догляді за хворими, то сьогодні ключовим завданням є підтримка здоров'я та профілактика захворювань. Специфіка та умови формування професійної деформації медичного персоналу залишаються недостатньо вивченими, що робить це питання актуальним у зв'язку з його значними соціально-психологічними наслідками. Професійна деформація є психоемоційним процесом, який може впливати на рівень ефективності праці, емоційне виснаження, а також на якість комунікаційної взаємодії з пацієнтами. Відсутність чіткої методологічної основи для роботи з

медичним персоналом знижує ефективність формування професійних компетенцій, навичок комунікації та психологічної стійкості, необхідних для первинної та вторинної профілактики професійної деформації. Таким чином, недостатня теоретична розробленість та практичне значення питання підкреслюють актуальність дослідження психологічних аспектів професійної деформації медичних працівників як факторів, що впливають на їх психічний стан і професійну ефективність [3, с. 63-68].

За весь період досліджень у руслі вивчення концепції суб'єктивної оцінки якості життя багато галузей науки, зокрема, соціологія, економіка, медицина та психологія, зверталися до цієї проблеми. У кожній галузі наукового знання домінувала своя специфіка: одні науковці (економічного профілю) при вивченні якості життя, як правило, виявляли взаємозв'язок «рівня життя» й «якості життя», соціологи цікавилися загальною оцінкою картиною суспільної якості життя різних категорій населення. У психології, наприклад, Е. Фромм, розглядав її крізь призму впливу матеріального добробуту особистості на індивідуальну якість життя. В уявленнях давніх філософів і до цього часу поняття якості життя асоціюється із поняттям людини-ідеалу [27].

Таким чином, науковці включають у це значення різні чинники як від проблем екології так і до труднощів внутрішнього стану особистості. Вирішення цих проблем перегукується із ідеалом відповідної епохи. Філософи робили спроби обґрунтувати той чи інший ідеал людини, якість життя якої точно відображав би людську природу чи відповідав би поняттю людини. У той же час робляться спроби державного регулювання способу та якості життя за суспільними групами. Приписи щодо одягу, житла, поведінки, видів діяльності пов'язуються зі загальним законом неба, який ніхто не може порушити безкарно. В давньогрецькій філософії існувало поняття «золотої середини» коли ідеальним було не велике багатство і не велика бідність, тоді якість життя людини була відповідною. За Сократом помірність була запорукою високої якості життя. Арістотель трактував це так: «Надлишок і

нестача притаманні порочності, а володіння серединою доброчесності. За сутністю і поняттям, що визначають її буття, доброчесність є дотриманням середини, а з точки зору вищого блага й досконалості – володіння вершиною» [2]. Аристотель вважав, що людина володіє свободою волі, тому що вона в однаковій мірі владна у виборі добра і зла, чесноти і пороку, а отже, сама визначає якість свого життя. Чеснота – не в знаннях самих себе, а у знанні свого вибору. Це вибір середини між надлишком і нестачею. Причому, в силу відмінності людей, «середнє» для одного не є таким для іншого [2].

У подальших філософських мисленнях якість життя визначали за поняттям щастя і нещастя. Досягнення щастя вважалося за умови задоволення потреб в їжі, любові, дружбі, у творчості. Під щастям розуміється гармонійне існування та існування, яке задовольняє [3]. Отож, дослідження якості життя суб'єкта здійснювалося в таких напрямках: медичному, антропологічному, психолого-екологічному, духовно-релігійному, психодіагностичному та онтогенетичному. Кожен з них вирішував власні вузькі завдання, розглядав різні аспекти феномена якості життя, але концептуальна загальнопсихологічна теорія якості життя сформована в науці не була. На наш погляд, суб'єктивна оцінка якості життя є достатньо об'єктивним показником салютогенетичної спрямованості особистості з подальшим вибором принципових позицій у ситуаціях, що створилися в процесі життєдіяльності та самоактуалізації особистості [17].

Аналіз багатьох концепцій дозволяє визначення феномену «якість життя» описувати як рівень задоволення матеріальних, культурних та духовних потреб людини [19], що визначається через співвідношення фактичного задоволення цих потреб із базовим рівнем. Якість життя розглядається крізь призму двох напрямків [20]:

- на основі об'єктивної та суб'єктивної самооцінки;
- на основі зовнішньої об'єктивної оцінки [20].

У матеріалах Всесвітньої організації охорони здоров'я, якість життя відображає суб'єктивне сприйняття людиною свого положення, зумовленого

культурними особливостями, ціннісними орієнтирами, особистими цілями, очікуваннями, стандартами та турботами. Всесвітня організація охорони здоров'я оцінює рівень якості життя за такими основними параметрами [8]:

- фізичний стан: рівень енергійності, втоми, фізичного дискомфорту, а також якості сну і відпочинку;
- психологічний аспект: самооцінка, рівень концентрації, позитивні та негативні емоції, мислення;
- ступінь незалежності: щоденна активність, працездатність, залежність від ліків та медичних процедур;
- соціальні взаємини: повсякденна активність, соціальні та дружні зв'язки, суспільна значущість, професійна діяльність;
- навколишнє середовище: умови проживання, безпека, можливості для відпочинку, доступність інформації, а також екологічні фактори (клімат, рівень забруднення, густина населення);
- духовні та особисті переконання [8].

Також, у сучасних дослідженнях якості життя, цей феномен розглядається як міра задоволення різноманітних потреб людини, що формується під впливом її цінностей та соціокультурних стандартів [8, 20].

Представники напряму соціальної психології визначають якість життя як ступінь комфортності особистості самим з собою та в межах суспільства у якому вона перебуває (О. Белевський, М. Сенкевич та ін.). У працях J. Welsh, D. Buchsbaum, С. Kaplan якість життя розглянуто в пацієнтів міських госпіталів, що мають проблеми, викликані вживанням алкоголю. Дослідниками було встановлено, що в осіб, які зловживають алкоголем, показник якості життя нижчий. Аналогічні дослідження проводив у Польщі К. Polak серед військовослужбовців, метою яких було визначення впливу зловживання алкоголем на показники якості життя. Ним підтверджено гіпотезу, що чим більший ступінь алкогольної залежності, тим менший рівень якості життя [44].

Із поглядів представників вікової психології, низький рівень якості життя зрілої особистості є наслідком чинників, котрі виникають у дитинстві, а саме [18]:

- коли діти є молодшими або ж єдиними в родині;
- коли безумовне лідерство в сім'ї належить матері, поведінка та емоційна сфера якої є більшою мірою такою, яку описують як «вольову» або «владну»;
- коли чоловік-батько у сім'ї займає позицію меншовартісну у порівнянні з жінкою-дружиною; чоловіки цих сімей керовані, підпорядковуються дружинам, а для зняття напруження вдаються до вживання алкоголю. При цьому у професійному житті обіймають відповідальні, лідерські й керівні посади;
- коли вимоги батьків до дітей характеризуються суперечливістю, наприклад, з одного боку, вони вважають, що дитина «нездатна самотійно впоратися», але водночас очікують високих досягнень, як-от відмінних оцінок, що породжує внутрішній конфлікт між необхідністю і неможливістю досягнень;
- коли для дітей з самого раннього дитинства велике значення має зовнішня краса, наприклад, батьки наполягали на тому, що хлопчики й дівчатка повинні бути гарними, охайними, відповідати певним стандартам краси;
- коли у колі однолітків такі діти зазвичай не обіймали лідерських позицій, а підпорядковувалися загальним правилам і, зазвичай, вони мають багато знайомих, але не мають близьких друзів [18].

У ході досліджень напрямку вікової психології та сімейної взаємодії, встановлено, що особи з низьким рівнем якості життя виховувалися в умовах емоційної депривації з боку матері, яка традиційно вважається джерелом емоційного тепла і підтримки в родині. Крім того, у таких сім'ях емоційна відкритість, можливість демонстрації власних емоцій не заохочувалися, а

часом навіть каралися, що призводило до розвитку алекситимії, тобто обмеженої здатності розпізнавати власні емоції, адекватно їх вербалізувати й виражати [11].

Дослідження, котрі реалізовувалися у медико-антропологічному напрямі визначають якість життя як сприйняття людиною свого становища в житті, включаючи фізичне, психічне й соціальне благополуччя, ступінь незалежності, якість середовища життєдіяльності, рівень задоволеності умовами життя, їх комфортність. Зазначені характеристики є показниками задоволеності суб'єкта різними сферами життя, що визначають його загальний «комфорт» умовах життєдіяльності [1].

У порівнянні, психолого-екологічний напрям дослідження якості життя не розкритий достатньо у сучасних дослідженнях. Проте, із представлених даних, які виявлено у цьому напрямі проблема якості життя стосується вивчення особливостей особистості в реальному житті. Середовище розглядають як комплекс умов, зовнішніх сил і стимулів, котрі мають безпосередній вплив на особистість та її життєдіяльність. Таким чином, феномен якості життя у психолого-екологічному підході розглядається через необхідність дослідження природоцентричної (екоцентричної) свідомості. У сучасних дослідженнях проблематика екоцентричної свідомості вже достатньо серйозно розроблена для його «зовнішньо-природного» аспекту (щодо зовнішніх об'єктів живої та неживої природи), але майже не розроблена стосовно «внутрішньо-природного» аспекту, наприклад, у плані ставлення людини до інших людей і до самої себе як природного явища (С. Дерябо, В. Панів, В. Левін) [46].

У науковій психологічній літературі виділяють стадії розвитку у вивченні феномену якості життя[4]:

- ембріональна (кінець 50-х – середина 60-х років), виникнення поняття «якість життя», перші дослідження;
- квантифікаційна (60-70-ті роки), формування діагностичної й оцінної системи у дослідженні феномену;

- концептуальна (з 70-х років), розвитк концепцій феномену «якість життя» у різних напрямках психологічної науки [4].

Напрямок дослідження психічних емоційно-вольових процесів, представлений Н. Литвиною, розглядає розвиток навичок емоційної саморегуляції у процесі формування нових умовно-рефлекторних позитивних зв'язків, які дозволяють створювати індивідуальний стиль поведінки. Він оптимально поєднує комфортність, адаптивність та ефективність. Це досягається методами позитивного самонавчання, аутогенного тренування, що, своєю чергою, сприяє підвищенню рівня якості життя [10].

На думку З. Бочкарьової, об'єктивна та суб'єктивна оцінка здоров'я конструює у свідомості суб'єкта певний образ свого стану, багатомірну внутрішню картину актуального стану, а для системної оцінки стану здоров'я індивіда авторка оперує поняттям психологічного благополуччя. Благополуччя, як вважає З. Бочкарьова є багатофакторним конструктом, котрий ґрунтується на складній взаємодії культурних, соціальних та психологічних факторів, що відображають як генетичну схильність, так і вплив середовища та особливості індивідуального розвитку. Загальний рівень благополуччя пов'язаний з якістю життя, цей зв'язок є причинно-наслідковим й взаємозалежним [13].

Варто зазначити, що ключовою особливістю сучасних підходів до дослідження якості життя є уявлення про її двовимірну структуру [51]:

- об'єктивну, що визначається через нормативні та статистичні показники;
- суб'єктивну, пов'язану з унікальними потребами й інтересами кожної людини, які знаходять відображення в її особистих відчуттях і оцінці власного життя [51].

Як демонструють сучасні дослідження, глобальні соціальні, політичні та економічні зміни суттєво впливають на умови життя особистості, змінюючи соціокультурний контекст і, відповідно, впливаючи на її особистісний

розвиток. Поняття якості життя включає не тільки оптимальну реалізацію психофізіологічних та соціальних можливостей індивіда, але й процес самоактуалізації його особистісного потенціалу. Враховуючи це, державні стратегії мають передбачати новий підхід до аналізу соціально-психологічних наслідків, пов'язаних із якістю життя громадян [11].

Таким чином, сучасна концепція якості життя є складною і містить як об'єктивні, так і суб'єктивні критерії, котрі характеризують фізичний, психічний і соціальний добробут особистості. Ці елементи взаємодіють, формуючи загальне уявлення про здоров'я, яке є інтегральним показником стану індивіда. Здоров'я охоплює функціональні аспекти, симптоми, пов'язані з конкретними захворюваннями, а також психоемоційний стан, який може проявлятися у вигляді депресії, збудження або тривоги. Рівень здоров'я в цілому свідчить про благополуччя й рівень якості життя особистості. Отож, якість життя є ключовою й невід'ємною структурою сутності особистості та її поведінки, емоцій тощо. Людина і її поведінка в цьому плані є суб'єктивною, різноманітною та неоднозначною. Якість життя забезпечує його сутність особистості, ґрунтується на змісті життєдіяльності.

1.2. Особливості професійного вигорання та якості життя медичних працівників

Здійснюючи теоретичний аналіз особливостей професійного вигорання серед медиків і взаємозв'язку його з якістю життя, варто зазначити зміни, котрі передбачає сучасна стратегія медичної реформи. Зокрема, відбувається автономізація медичних закладів, а стан української медицини та образ лікаря в сучасному суспільстві суттєво впливають на рівень життя медичних працівників. У зв'язку з цим важливо всебічно дослідити всі аспекти цієї проблеми, щоб запобігти відтоку медиків за кордон, що є актуальною проблемою сучасності в умовах війни. Належні умови праці,

конкурентоспроможний рівень заробітної плати, позитивне ставлення суспільства до медичних працівників та можливість проходження стажування за кордоном за державний рахунок є необхідними для розвитку системи охорони здоров'я та закріплення лікарів і братів/сестер медичних у країні.

Умови сучасної медичної практики реалізуються у недостатності елементарного фізичного захисту для медичних працівників, які ризикують своїм здоров'ям і життям при взаємодії з потенційно небезпечними пацієнтами. Права медиків, як фахівців та громадян, залишаються недостатньо захищеними. Лікар має право відмовити у наданні допомоги пацієнту, якщо існує загроза для його безпеки. Тому критично важливо забезпечити дотримання як фізичних, так і юридичних прав медичних працівників в Україні, що сприятиме їх ефективності професійної діяльності та збереженню психічного здоров'я [15].

Актуальним у дослідженні якості життя медичних працівників та ризиках вигорання є аналіз феномену соціально-психологічного клімату медичного колективу. Соціально-психологічний клімат є ключовим чинником котрий впливає на ефективність професійної діяльності медиків. Для середнього медичного працівника культура комунікації та співпраці з колегами є важливою умовою для досягнення високих результатів і задоволення від роботи. Ефективність лікувального процесу та якість догляду за пацієнтами значною мірою залежать від характеру ділових взаємин між медичними працівниками, лікарями, санітарками та адміністрацією закладу. Дослідження демонструють, що фельдшери, акушерки, медичні сестри та санітари демонструють вищі показники продуктивності у середовищі, де панує позитивний соціально-психологічний клімат, висока трудова дисципліна та спільне прагнення до виконання професійних обов'язків з максимальною віддачею. Це підтверджують дослідження наявності прямої залежності між моральним кліматом у колективі, продуктивністю праці та рівнем плинності кадрів.

Значущість колективу важлива у продуктивності діяльності його членів і ґрунтується на прагненні кожного члена підтримувати один одного, проявляти увагу до колег і ділитися як радісними, так і важкими моментами життя. Натомість, якщо в колективі постійно виникають конфлікти, викликані непорозуміннями, інтригами та відсутністю взаємоповаги, це призводить до зниження загальної ефективності праці та якості виконання завдань окремими співробітниками. Неприємна атмосфера в колективі часто обумовлена хворобливим самолюбством деяких членів, небажанням приймати конструктивну критику та грубими помилками в роботі, що порушує трудову дисципліну. В таких умовах працівникам стає важко працювати, що може викликати бажання залишити свою посаду [13].

Аналізуючи особливості колективів медичних працівників, варто зауважити, що спільна робота в колективі, незалежно від його розміру, допомагає медичним працівникам розвивати суспільну свідомість. Це навчає їх бути принциповими та вимогливими до недоліків у своїй діяльності, а також створює умови для колективного, а отже, найбільш обґрунтованого вирішення складних питань, пов'язаних із профілактикою, діагностикою та лікуванням пацієнтів. У колективі кожен має можливість усвідомити важливість своєї щоденної роботи та зрозуміти її роль у загальному контексті суспільства. Ключовими умовами для позитивного психологічного клімату в медичному колективі є згуртованість і взаєморозуміння між усіма співробітниками, незалежно від їхніх посад [5; 18].

Професійна діяльність тих, хто обирає медицину як свою професію, розуміє, що ця діяльність вимагає постійної готовності допомагати пацієнтам у будь-який час і в різних ситуаціях. Медичний працівник повинен бути чуйним і готовим ставити потреби хворих на перше місце. Той, хто працює безпосередньо з пацієнтами та їхніми родичами, має підтримувати їхній душевний стан. Він повинен делікатно і професійно взаємодіяти, використовуючи свої слова, вказівки та власний приклад. Це допомагає навчитись хворим і їх близьким боротися з хворобами, дотримуватись режиму

та впроваджувати принципи реабілітації і профілактики у своєму житті [16, с. 131-136].

Дослідження демонструють, що професійна діяльність медичних працівників часто призводить до розвитку емоційного вигорання, яке негативно впливає на якість їхнього життя як особистостей. Оскільки, медичні працівники є представниками професій, що пов'язані з безпосередньою взаємодією з людьми, вони не рідко стають жертвами цього синдрому. Серед основних чинників, що сприяють виникненню тривалого стресу, можна виділити високий рівень емоційного насичення під час взаємодії з пацієнтами. Такі медичні спеціальності, як психіатрія та наркологія, мають вищий ризик розвитку вигорання через постійні контакти з агресивними пацієнтами або особами, залежними від психоактивних речовин. Робота з людьми похилого віку, хронічно та смертельно хворими, які потребують інтенсивного догляду, а також з новонародженими, пов'язана з підвищеним ризиком вигорання [5].

Таким чином, з огляду на значне навантаження, зокрема за кількістю пацієнтів, з якими працюють медсестри та лікарі, синдром вигорання може проявлятися у вигляді неадекватних реакцій на пацієнтів і колег, відсутності емоційної залученості, втрати здатності до співпереживання, перевтоми, що, в свою чергу, призводить до зниження професійної ефективності та негативного впливу роботи на особисте життя [5; 42].

Тривале виконання обов'язків медичним працівником без відчуття особистого зв'язку з роботою та усвідомлення її цінності може призвести до емоційного виснаження. Це стан може проявлятися у вигляді депресивних симптомів, які негативно впливають на психологічний добробут і якість життя фахівця. Дослідження цих питань є важливими для розробки заходів підтримки та профілактики емоційного вигорання у медичній сфері [7]. Тому у своїй діяльності фахівець зазвичай дотримується принципу економії власних енергетичних витрат – фізичних, емоційних і інтелектуальних, щоб уникнути емоційного та фізичного виснаження. У цьому контексті він, як правило,

спирається на вже напрацьовані алгоритми вирішення професійних завдань, що може призвести до порушення адаптивних процесів [6].

Деякі дослідження створюють гіпотези, що професійне вигорання часто виникає на початкових етапах кар'єри. Натомість професійна деформація значною мірою залежить від тривалості роботи та сили деформуючого впливу, проявляючись на більш пізніх стадіях професійного розвитку. Кожна професія має потенціал для розвитку особистісних якостей і вдосконалення навичок на благо суспільства. Проте вона також може негативно впливати на душевні якості людини [15; 17]. Професійна деформація, як правило, розвивається поступово в процесі адаптації до професійної діяльності. У лікарів, медичних сестер та допоміжного персоналу, які на початкових етапах своєї кар'єри зазнають впливу важких подій, таких як страждання пацієнтів, смерть, оперативні втручання, кровотечі та прояви психічних розладів, формуються певні емоційні механізми опору [5].

У процесі емоційного вигорання медичних працівників ключовими індивідуально-психологічними характеристиками є емоційна спрямованість особистості та наявність сенсу в професійній діяльності та особистому житті. Відповідно до моделі М. Буріш, розвиток синдрому емоційного вигорання відбувається через кілька етапів або фаз [3; 34]:

- попереджувальна фаза характеризується підвищеною активністю, ігноруванням потреб, що не стосуються роботи, витісненням зі свідомості переживань невдач і розчарувань, а також обмеженням соціальних контактів. Весь цей процес відбувається на фоні емоційного виснаження, що проявляється в постійному відчутті втоми та проблемах із сном. Зниження рівня власної участі у стосунках зі співробітниками та пацієнтами супроводжується згасанням інтересу до професійної діяльності. У цей період спостерігається втрата позитивного сприйняття колег, перехід від активної допомоги до нагляду та контролю, а також перекладання вини за власні невдачі на інших. Виникає домінування стереотипів у ставленні до колег і

пацієнтів, що призводить до втрати гуманності. У поведінці переважає байдужість та цинічні оцінки оточуючих.

- стадія емоційних реакцій характеризується появою постійних відчуттів депресії та агресії. Медичного працівника переслідують безпідставні страхи та постійне почуття провини, що призводить до зниження самооцінки та апатії. Ситуація загострюється через звинувачення інших та ігнорування власної участі у невдачах, що супроводжується підозрілістю й конфліктами з оточенням.

- фаза деструктивної поведінки в усіх сферах життя. У фахівця знижується концентрація уваги, він втрачає здатність виконувати складні завдання та проявляти ініціативу. Нормою стає байдужість, уникнення неформальних контактів і відстороненість від життя інших, або ж, навпаки, надмірна прив'язаність до конкретної особи. За цим спостерігаються психосоматичні реакції та зниження імунітету, оскільки людина не здатна до релаксації у вільний час. Як наслідок, виникають безсоння, сексуальні розлади, підвищення тиску, тахікардія, болі в спині, головні болі, розлади травлення, а також залежність від нікотину, кофеїну та алкоголю [3; 34].

Переживання вище описаних фаз (етапів) вигорання призводять до глибокого розчарування, негативної життєвої установки та загострення відчуття безпорадності і безглуздості життя, що врешті-решт веде до повного розпачу [15].

Як з'ясовано, серед найбільш важливих індивідуально-психологічних чинників, що впливають на якість життя, можна виділити особистісні та емоційно-комунікативні характеристики. До них належать емоційна нестійкість, чутливість, тривожність, нейротизм, конформність, сором'язливість, підозрілість у стосунках з оточенням, схильність до почуття провини, консерватизм, імпульсивність, інтроверсія, дезадаптивні копінг-стратегії та низький рівень суб'єктивного контролю. Формування зниження рівня життя також пов'язують із дисоціацією між надмірно високими

очікуваннями людей від роботи та реальністю, з якою їм доводиться мати справу щоденно [6].

До основних організаційно-психологічних чинників, що впливають на роботу медичних працівників, є: значне робоче навантаження, висока відповідальність за прийняття рішень, стресовий характер професійної діяльності, а також підвищена емоційна насиченість міжособистісних взаємодій. Крім того, директивний стиль спілкування і суворі ієрархія у взаєминах між співробітниками можуть суттєво впливати на їхній психологічний стан. Відсутність або втрата позитивної підтримки з боку колег, відчуття несправедливості щодо себе та інших членів колективу, а також невідповідність між морально-етичними принципами працівника і вимогами його професії також негативно позначаються на якості життя. Додатковими чинниками є брак стимулів для особистісного та професійного розвитку, недостатня матеріальна винагорода за виконану роботу, а також одноманітність і монотонність виконуваних завдань [20].

У ході професійної реалізації медичних працівників з досвідом чи молодих спеціалістів можуть з'являтися підвищене невдоволення та нервозність щодо пацієнтів і колег, що викликає неприязнь з боку оточуючих. Це, в свою чергу, зменшує їхнє відчуття задоволення власним становищем у суспільстві та негативно позначається на житті інших людей [16].

У сьогоденних реаліях війни та інших соціальних явищ, медичні працівники стикаються з необхідністю адаптації до нових і складних умов, які можуть бути важкими для більшості людей. Це включає в себе летальні випадки, вид крові, тяжкі травми, травматичні операції, а також спостереження за стражданнями і смертю пацієнтів. У цьому контексті критично важливо зберігати душевні якості та емоційну стійкість. Професійна деформація, як правило, розвивається поступово і непомітно, особливо в процесі адаптації до професійних вимог, що може призвести до зниження якості надання медичної допомоги та негативно вплинути на психічне здоров'я самих медичних працівників [9].

Молоді спеціалісти на початкових етапах професійної діяльності переживають значний емоційний стрес у зв'язку з викликами, які є невід'ємною частиною медичної освіти. З часом, адаптуючись до цих умов, у них може розвиватися емоційна гіпестезія та байдужість, що у майбутньому впливає на рівень їх психічного здоров'я, професійної ефективності та якість життя [6; 14].

Таким чином, якість життя та професійна ефективність медичних працівників напряму залежить від багатьох факторів: відношення з керівником, відносини з колегами, професійний ріст, задоволення своєю роботою, стан здоров'я, статус в суспільстві, захоплення, соціальна підтримка тощо. Вище зазначені фактори, а також медична реформа, стан медицини в умовах сьогодення та інші чинники впливають на рівень життя медичного працівника, його ефективність та бажання професійної реалізації у сфері охорони здоров'я у майбутньому.

Висновок до першого розділу

У розділі представлено результати теоретико-методологічного аналізу психологічних особливостей якості життя медичних працівників. Зокрема, проаналізовано, зіставлено й узагальнено підходи у науковій літературі щодо феномену якості життя, його основних характеристик. Описано особливості професійного вигорання й професійної деформації серед медичних працівників з різним професійним досвідом й індивідуальними психологічними особливостями, їх вплив на якість життя медиків.

Таким чином, якість життя є комплексною категорією, що має суб'єктивно-об'єктивний характер і формується через різноманітні показники, які відображають умови життя та загальний стан населення. З іншого боку, трактування якості життя, охоплює сутність існування людей як процес, спрямований на збереження і розвиток людства в умовах, що постійно змінюються. Це відбувається через творчу діяльність і боротьбу з фізичними, особистісними та соціальними протиріччями і труднощами. Отож, феномен

якості життя є динамічним явищем, що відображає багатогранність людського існування.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЯКОСТІ ЖИТТЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

2.1. Загальна характеристика емпіричного дослідження

У даному розділі описано організацію й результати емпіричного дослідження психологічних особливостей якості життя медичних працівників. Варто зауважити, що реалізація завдань емпіричного дослідження відбувалася у три етапи:

- на першому етапі здійснили теоретичний аналіз проблеми психологічних особливостей якості життя медичних працівників. Основною метою було вивчення стану досліджуваного питання, збір та систематизація основних наукових гіпотез щодо феномену якості життя;
- другий етап передбачав проведення емпіричного дослідження особливостей якості життя медичних_ працівників. Для реалізації завдань передбачених даним етапом було використано такий методичний інструментарій: методика емоційного вигорання (за В. Бойко); методика оцінки якості життя (за Г. Никифоровим); шкала оцінки задоволення життям (якості життя QLESQ); методика САН;
- завданням третього етапу було здійснення кількісного та якісного аналізу отриманих результатів. Організація даного етапу складалася з підготовки до проведення дослідження, а саме розробки бланків методик та інструкції щодо їх проходження респондентами, безпосереднє проведення дослідження.

Базою проведення емпіричного дослідження була Волинська обласна клінічна лікарня. Загальний обсяг вибірки респондентів включав 40 медичних працівників віком 20-60 років (28 медсестер та 12 лікарів, серед яких 20 жінок та 20 чоловіків). У ході реалізації емпіричного дослідження респондентів роботи було розділено на 2 групи: 1 група (20-40 років) та 2 група (41-60 років).

Таким чином, основною стратегією формування вибірки було детальне дослідження описаної проблеми, тому для забезпечення валідності результатів дослідження враховувалися критерії підбору респондентів: працівники сфери охорони здоров'я, врахування гендеру, а саме представники серед медиків чоловічої й жіночої статі.

Методика діагностики емоційного вигорання (за В. Бойко) надає можливість виявити рівень розвитку цього синдрому та його окремих складових. Незважаючи на різноманітність термінологічних значень, що використовуються дослідниками, таких як «професійне вигорання», «емоційне вигорання», «психічне вигорання» та інші, ці поняття є синонімами, які розкривають різні аспекти феномену «вигорання» у професійній діяльності та інших сферах життєдіяльності. Тому дана методика є однією з найбільш комплексних, оскільки дозволяє системно і детально аналізувати ступінь вираженості дванадцяти симптомів синдрому «вигорання», враховуючи їх компоненти. Зокрема, до цих компонентів та симптомів належать:

- «напруження»: переживання психотравмуючих обставин; незадоволеність собою; «загнаність у кут»; тривога і депресія;
- «резистенція»: неадекватне вибіркоче емоційне реагування; емоційно-моральна дезорієнтація; розширення сфери економії емоцій; редукція професійних обов'язків;
- «виснаження»: емоційний дефіцит; емоційне відчуження; особистісне відчуження (деперсоналізація); психосоматичні та психовегетативні порушення.

На думку автора, можна здійснити детальний аналіз проявів цього синдрому в особистості враховуючи якісні та кількісні показники, розраховані за відповідною методикою для різних компонентів синдрому «вигорання». Це також дозволяє визначити ефективні індивідуальні та групові заходи для профілактики та психокорекції. Для якісної інтерпретації отриманих даних, згідно з думкою В. Бойка, доцільно використовувати питання, до прикладу:

- які симптоми домінують, а також які сформовані й домінуючі симптоми супроводжують «виснаження»;
- чи обумовлене «виснаження» (коли таке виявлене) факторами професійної діяльності, що ввійшли в симптоматику «вигорання», або суб'єктивними факторами;
- який симптом (симптоми) найбільше обтяжують емоційний стан особистості, а також у яких напрямках треба впливати на виробничу обстановку, щоб знизити нервову напругу;
- які ознаки й аспекти поведінки самої особистості підлягають корекції, щоб «емоційне вигорання» не завдавало шкоди їй, професійній діяльності і партнерам.

Методика оцінки якості життя, розроблена в науково-дослідному центрі профілактичної медицини (ВНИЦ ПМ) в рамках програми ЕСКІЗ (експертна система корекції індивідуального здоров'я), надає можливість вивчити самооцінку якості життя. Ця методика складається з 15 запитань, які охоплюють різні аспекти якості життя. Оцінка якості здоров'я проводиться з урахуванням поєднання фізичних, психічних і соціальних компонентів, що реалізується через метод трьох шкал: фізичної, психічної та соціальної задоволеності. У ході проведення дослідження з використанням даної методики оцінюються наступні параметри якості життя: матеріальна забезпеченість, житлові умови, сімейні взаємини, рівень задоволення потреб за пірамідою Маслоу, професійна реалізація, рівень здоров'я, якість життя в цілому.

«Шкалала оцінки задоволеністю життям» (якості життя QLESQ) демонструє рівень життя особи. Досліджуваним пропонується виміряти показники різних сфер. Для різнопланового визначення якості використали також «шкалу оцінки задоволеності життям». Методика дозволяє оцінити те, наскільки людина відчуває задоволення від різних сфер особистого життя. Шкала складається з 14 позицій:

- фізичне здоров'я;

- настрій;
- робота;
- домашня зайнятість;
- відношення з оточуючими;
- сімейні стосунки;
- зайнятість (активність) у вільний час;
- здатність справлятися зі щоденними обов'язками;
- сексуальне життя;
- економічне становище;
- житлові умови;
- здатність підніматися без голово кружіння;
- відношення до хобі, роботи;
- загальне відчуття власного благополуччя.

Інтерпретація інтегрального показника ґрунтується на числових значеннях, виражених у відсотках з нульовою точкою відліку. Умовні критерії автоматичної інтерпретації:

- 0% - 20% низький тестовий показник;
- 21% - 40% знижений тестовий показник;
- 41% - 60% середній тестовий показник;
- 61% - 80% підвищений тестовий показник;
- 81% - 100% високий тестовий показник.

Методика САН (самопочуття-активність-настрій) призначена для оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою. Учасників дослідження просять оцінити свій стан за багатоступеневою шкалою. Шкала складається з індексів (3, 2, 1, 0, -1, -2, -3) і містить тридцять пар слів протилежного значення, які відображають такі параметри, як рухливість, швидкість і темп функціонування (активність), а також силу, здоров'я і втомлюваність (самопочуття) та характеристики емоційного стану (настрій).

Респондент у ході проходження тестування має вибрати і відзначити цифру, яка найточніше відображає його стан на момент дослідження.

Етап обробки й інтерпретації отриманих результатів ґрунтується на використанні кількісних та якісних методів дослідження. Серед кількісних методів було застосовано визначення середніх показників, побудова гістограм та таблиць, а також відсотковий аналіз. Якісний аналіз передбачає собою аналіз і синтез отриманих даних, їх систематизацію та порівняння з іншими результатами дослідження

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження

У ході проведення емпіричного дослідження, нами було отримано кількісні показники, на основі яких проведено якісну інтерпретацію результатів дослідження. Отож, результати дослідження за опитувальником якості життя (за Никифоровим) характеризуються такими параметрами: матеріальний достаток більшість результатів у кожній групі має занижений рівень задоволення даними характеристиками, що означає погіршений стан якості життя з точки зору фізичного критерію та благополуччя, незалежно від вікового критерію. Відповідно, за критеріями умов й особливостей проживання, задоволення потреб різних рівні, отримано такі результати: більша частина діагностованих 1 групи виявляють достатній рівень. Натомість у 2 групі – найбільше осіб досягають заниженого рівня якості цих факторів. Така ситуація пояснюється незадоволення психологічним (суб'єктивно) компонентом життєдіяльності представників пізньої дорослості.

Відповідно до розподілу за показником духовних потреб визначено, що більшість в старшій віковій групі 2 обрали високі бали як свідчення духовно багатой діяльності на відміну від молодшої групи 1. Тобто, якість життя за критерієм надбання культурного та літературного спадку, є задовільна на даному віковому періоді досліджуваних.

Результати кількісного та якісного аналізу результатів дослідження за методикою опитувальника якості життя (за Никифоровим) представлено на рисунку 2.1.

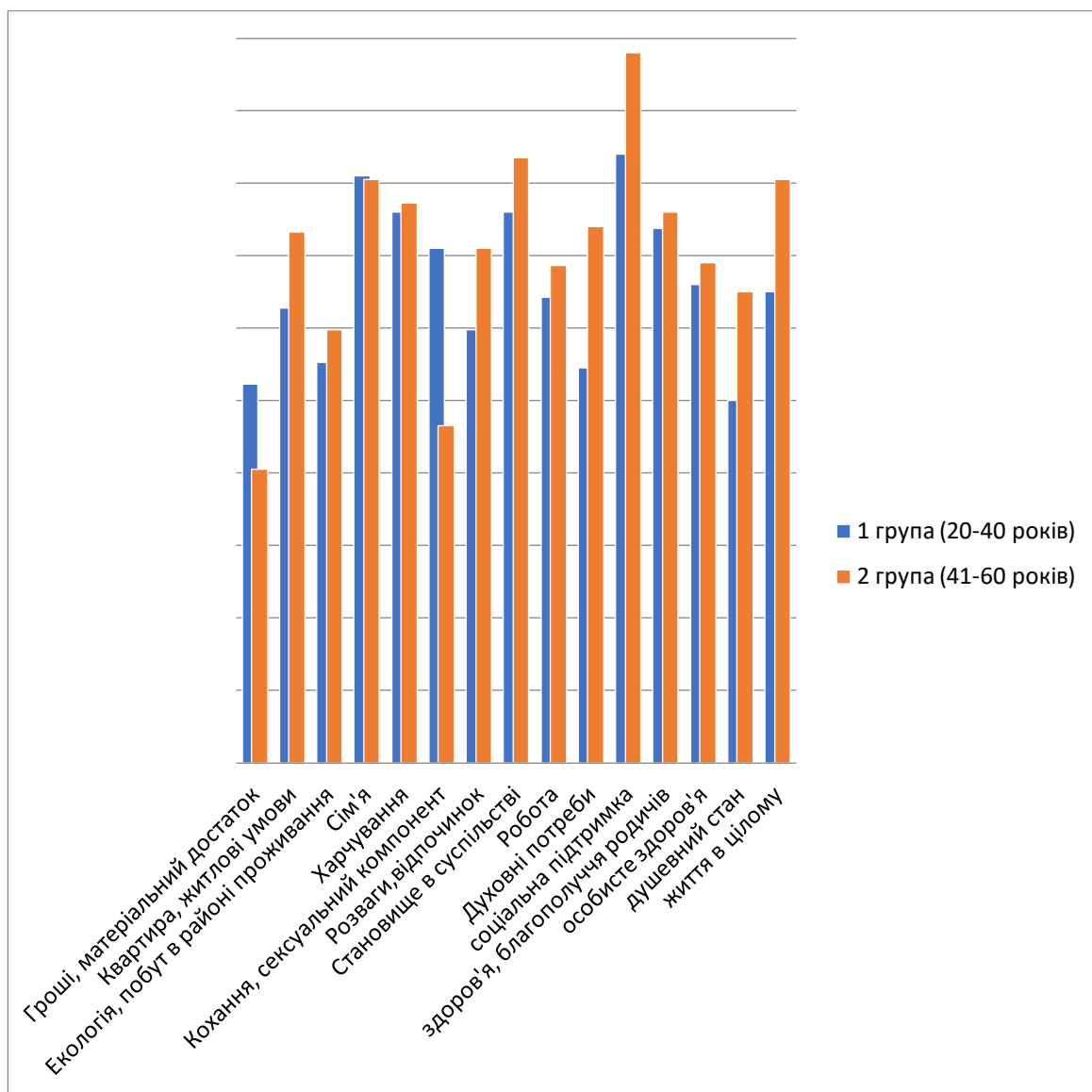


Рис. 2.1. Результати дослідження за опитувальником якості життя (за Никифоровим)

Таким чином, за результатами методики опитувальника якості життя (за Никифоровим) чинниками, які негативно впливають на якість життя 1 групи (20-40 років) є: екологія та побут в районі проживання (55,3 %), низький матеріальний достаток (52,25 %), духовні потреби та (54,5 %) душевний стан (50 %). На якість життя 2 групи здебільшого впливає кохання, сексуальний компонент (46,5 %) та матеріальний достаток (40,5 %), (див. рис. 2.1).

Для визначення середньо групового показника за трьома шкалами нами використано математичну модель обрахунку: суму усіх балів розділено на кількість респондентів. Тобто, за результатами методики сформовано загальну шкалу досліджуваних (див. рис. 2.2).

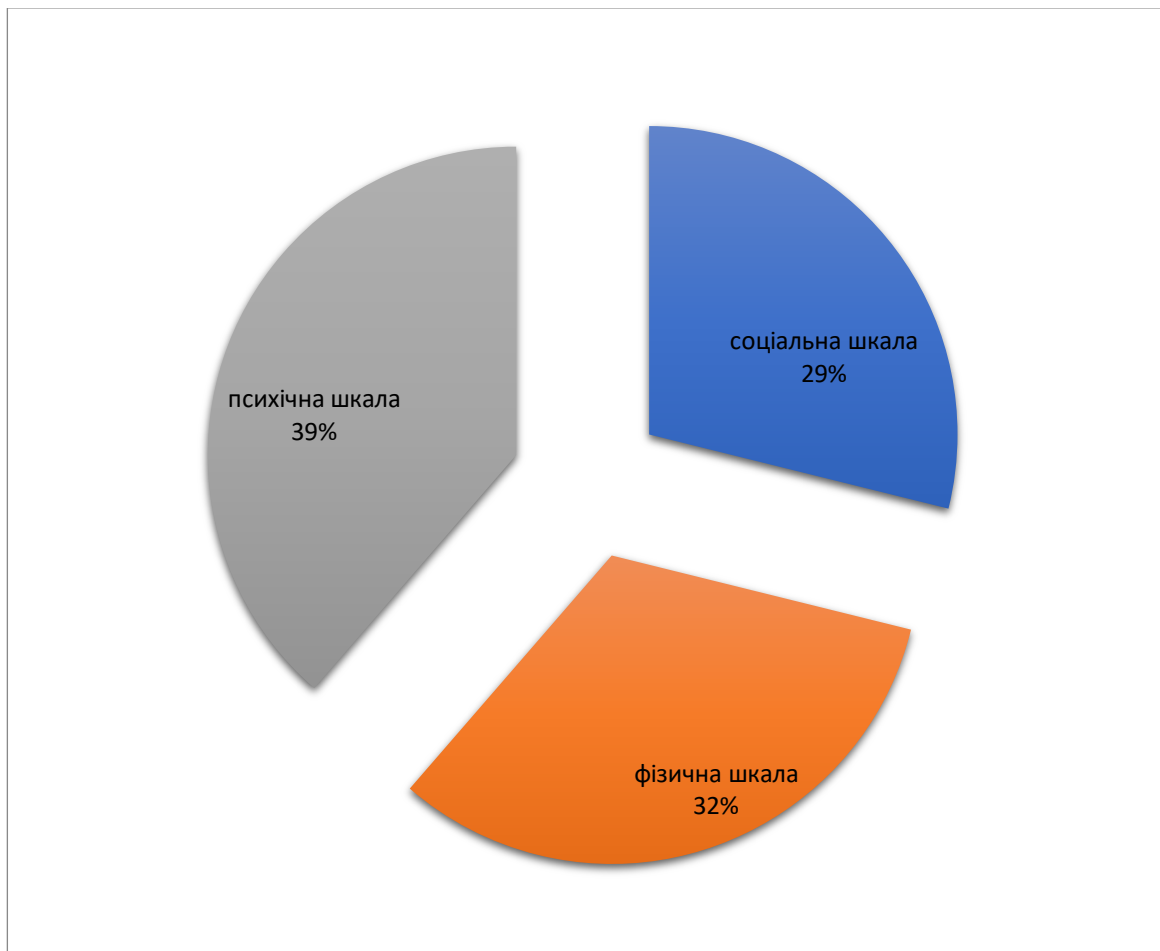


Рис 2.2. Загальні результати дослідження за методикою опитувальника якості життя (за Никифоровим)

Як можемо спостерігати на представленій діаграмі рисунку 2.2 – виявлено негативні наслідки, які виникають у житті медиків: недостатність соціальної та фізичної сфери. До яких входять недостатня заробітна плата, неналежні умови проживання, незадоволеність своєю роботою та душевний стан. Наявні фактори можуть носити різноманітну виразність впливу на повсякденне життя медиків, а саме знижувати, ускладнювати, погіршувати життя, або ж вносити певні незначні проблеми у емоційному спілкуванні з оточуючими та позначатися на психологічному стані.

За обробкою результатів по трьох шкалах – фізична, психічна та соціальна відповідно до кожної з груп маємо отримано такі кількісно-якісні результати (див. рис. 2.3)

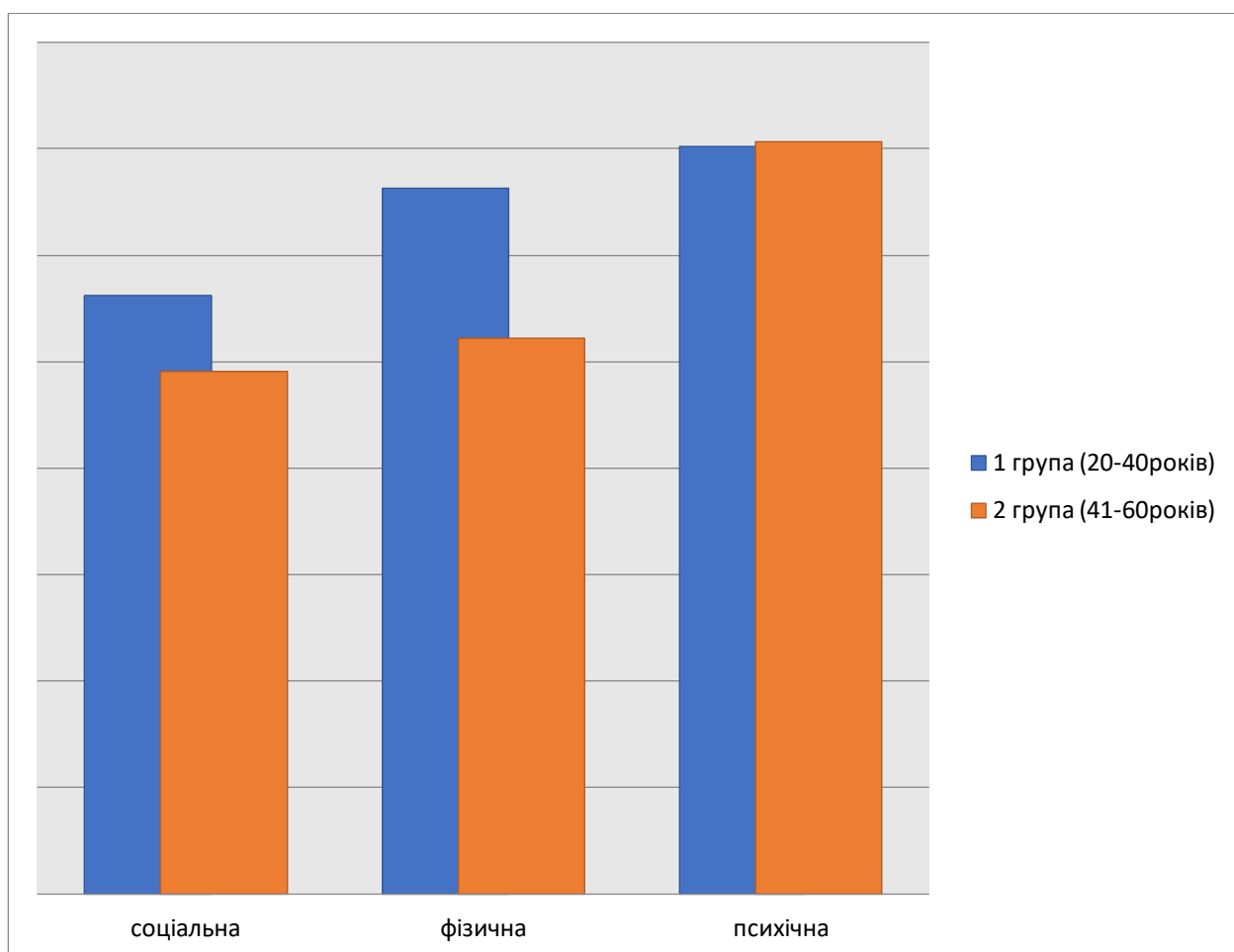


Рис. 2.3. Результати дослідження за трьома шкалами відповідно до опитувальника якості життя (за Никифоровим)

Описуючи якісні результати відповідно до шкал, можна стверджувати, що результати «Шкала 1 – соціальна» (52,65 %) свідчать про низьку якість життя, котра полягає у низькій матеріальній забезпеченості (загальний благоустрій сім'ї; особистий заробіток), житлові умови (розміри житлової площі; благоустрій квартири), район проживання (кліматичні, екологічні, побутові умови). Результати «Шкала 2 – фізична» (59,75 %) які складаються з відпочинку (сон, фізична активність), рівня власного стану здоров'я та здоров'я близьких (дітей, чоловіка/дружини), особливостей харчової поведінки (різноманітність та кількість продукції харчування). Представлена

«Шкала 3 – психічна» у порівнянні з іншими шкалами має вищий показник (70,47%). Основою цієї шкали є душевний стан останнім часом (настрій, характер, переживання, задоволеність собою та духовні потреби особистості).

Отже, аналізуючи та узагальнюючи усі параметри, котрі виявлено за допомогою даної методики, визначено основні фактори, які знижують якість життя респондентів. У майбутніх дослідженнях отримані результати корисні при дослідженні чинників та їх впливу на якість життя.

Опрацювавши загальні результати досліджень за методикою САН спостерігаємо низькі показники за шкалою самопочуття, що свідчить про погане самопочуття досліджуваних у двох групах респондентів. Самопочуття в комплексі суб'єктивних відчуттів, відображаючих ступінь фізіологічної і психологічної комфортності стану людини, направленість її думок та почуттів. Самопочуття представлено в вигляді узагальненої характеристики (погане самопочуття, в'ялість), а також локалізовано відповідно до співвідношення окремих форм відчуттів, до прикладу, у тілі.

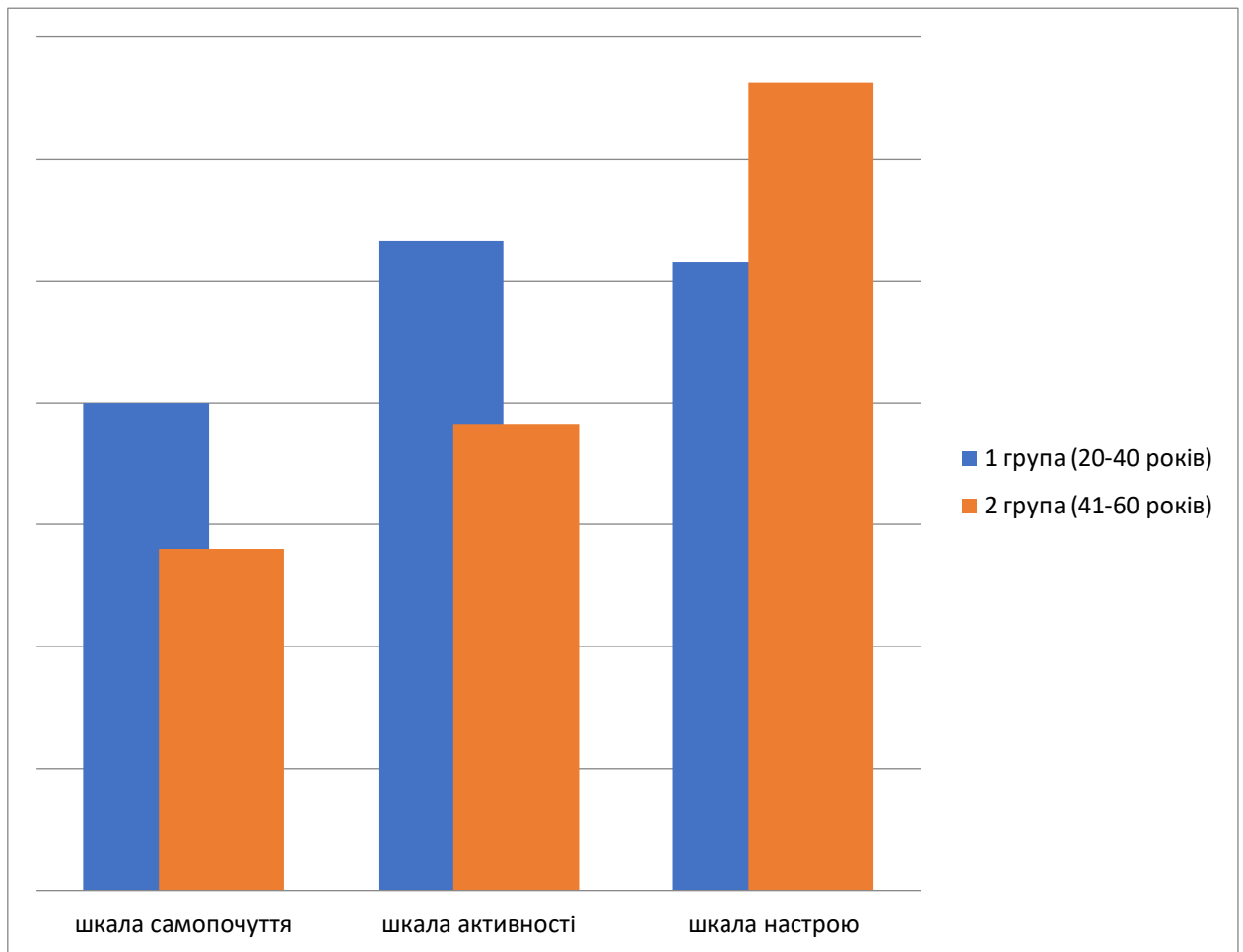


Рис. 2.5. Отримані у співвідношенні груп результати дослідження за методикою САН

Отож, на рисунку 2.5. спостерігаємо, що найбільший вплив на рівень життя респондентів залежить від самопочуття. Чим нижчий рівень самопочуття, то тим нижчою є якість життя. За даною методикою шкала самопочуття має у першій групі 44% та 41,6% у другій групі.

Результат емпіричного дослідження шкали самопочуття має у першій групі 44% та 41,6% у другій групі, що свідчить про низький рівень самопочуття. Також досить низькі показники шкали активності, котрі в більшій мірі проявляється у 2 групі (40-60 років). Припускаємо, це пов'язано зі зниженням вікової динаміки, як джерела підтримки життєво важливих зв'язків з навколишнім середовищем, яке має свою ієрархію: хімічну, фізичну, нервову, психічну активність, активність свідомості, особистості, групи, суспільства. Активність будується в співвідношенні з ймовірним прогнозуванням розвитку подій в середовищі і інтенсивністю і об'ємом в ній

організму; одна із сфер виявлення темпераменту яка виявляється інтенсивністю і об'ємом взаємодії людини з фізичним і соціальним середовищем. Тому опираючись на показники цього параметру, людина може інертною, пасивною, спокійною та неактивною, що безпосередньо має негативний вплив на рівень якості й задоволення життям. Узагальнюючи результати отримані за цією методикою, припускаємо, що на життя медичних працівників впливають низька активність у більш зрілому віці (41-60 років) та самопочуття удвох вікових категоріях (20-40 років та 41-60 років).

Результати кількісного та якісного аналізу тесту шкали оцінки задоволеності життя (якості життя QLESQ) представлені на рис 2.4.

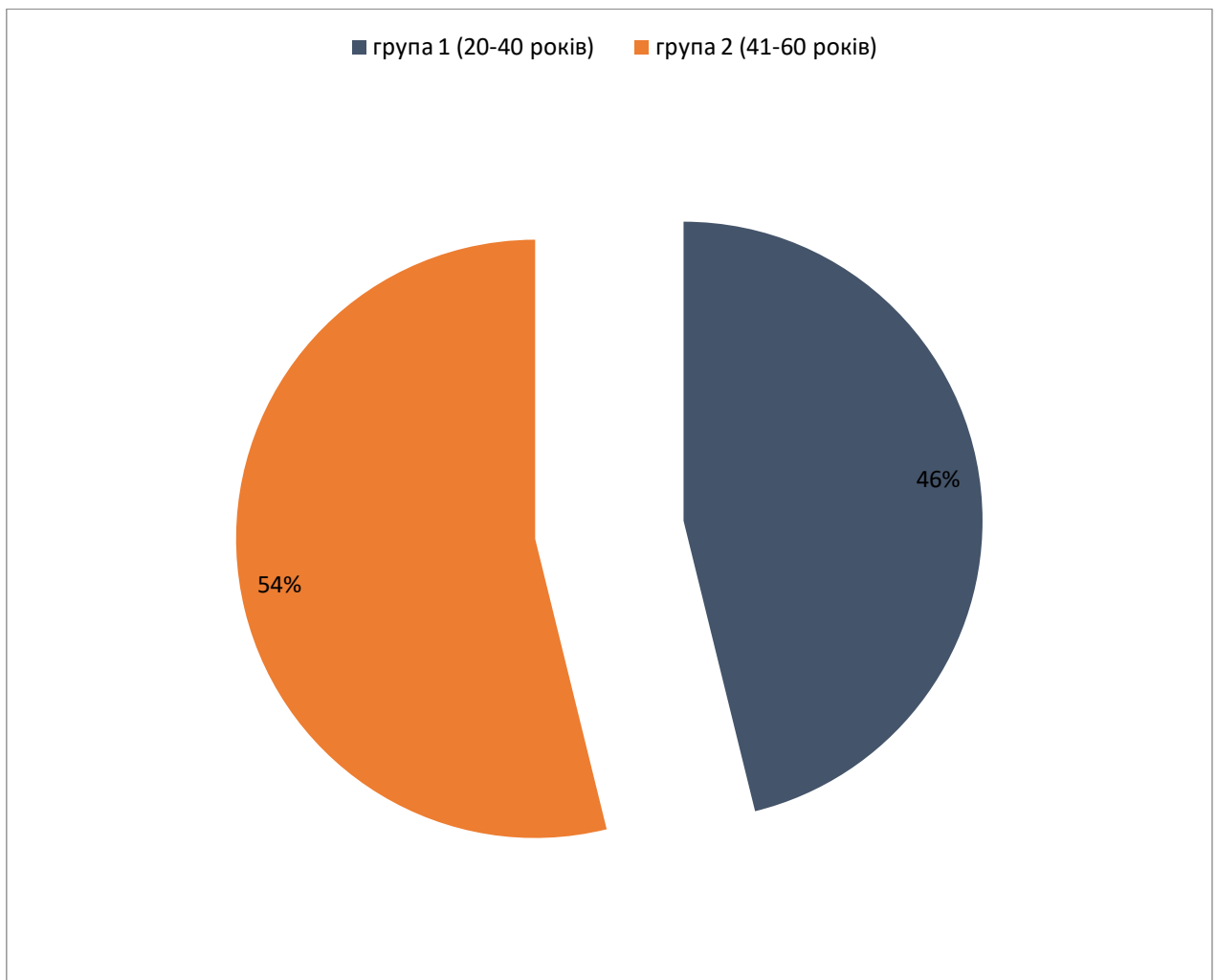


Рис. 2.6. Загальні результати дослідження шкали оцінки задоволеністю життям (якості життя QLESQ)

Інтерпретуючи результати, спостерігаємо, що група 1 (20-40 років) має 42% задоволеності власним життям і якщо порівнювати даний відсоток з 2 групою (41-60 років) то їхній показник є вищим та становить 49%. Співвідношення виявлених показників демонструє не значну різницю і загалом свідчать про нормальний та високий рівень життя. Таким чином, отримані кількісні результати та їх інтерпретація дозволяють стверджувати, що в обох групах ми спостерігаємо низький відсоток задоволеності власним життям.

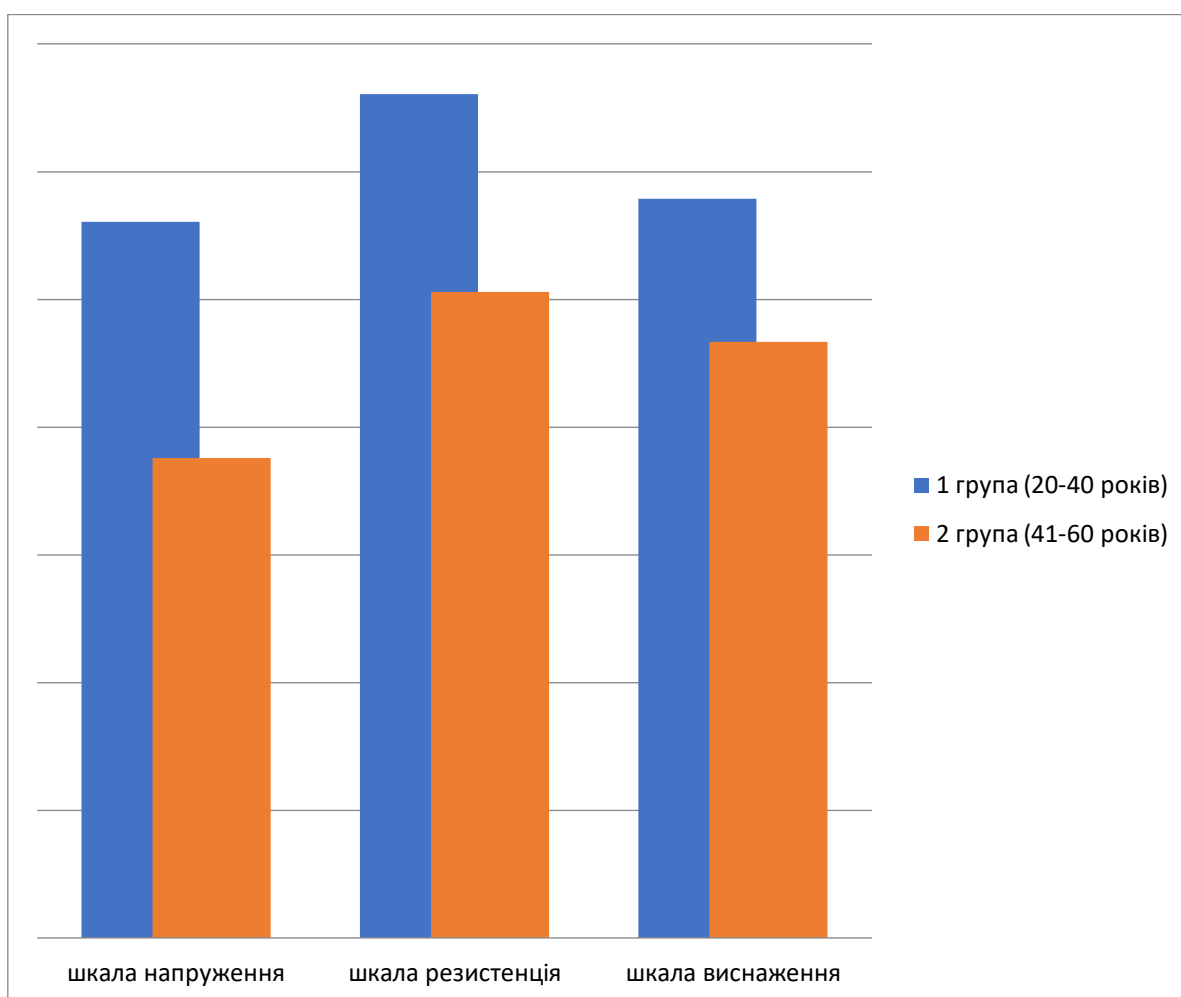


Рис 2.7. Результати дослідження методики «Діагностика рівня емоційного вигорання (за В. Бойко)» за двома групами

Вивчаючи рівень емоційного вигорання, що продемонстровано на рисунку 2.7. виявлено, що шкала «Виснаження» має високий показник (57,9 % 1 група та 46,7 % 2 група). Отримані дані за цією шкалою дозволяють

припускати, що респонденти переживають емоційне відчуження та деперсоналізацію. Також, з результатів дослідження спостерігається вираженість шкали «Напруження», перша група дослідження має 56,1 % та друга група 37,6 %, що свідчить про переживання психотравмуючих обставин, незадоволеність собою, тривогу і депресію, що у майбутньому можуть провокувати виникнення феномену «втоми», що на сьогоднішній день є актуальною проблемою психічного здоров'я серед працівників охорони здоров'я та інших суміжних професійних напрямків.

Варто зазначити, що найбільш виражені результати шкали «Резистенції», а саме 66,05 % для першої групи та 50,6 % для другої груп. Опис та інтерпретація отриманих кількісних даних свідчить про емоційно-моральну дезорієнтацію, розширення сфери економії емоцій, редукцію професійних обов'язків й досягнень, зниження рівня емпатії у професійній діяльності. Вцілому, отримані результати за цією методикою свідчать про те, що емоційний дефіцит, напруження, втома, знецінення власних досягнень – основні із причин виникнення емоційного вигорання.

Висновок до другого розділу

У розділі, основною метою якого є підбір та проведення емпіричного дослідження психологічних особливостей якості життя медичних працівників реалізовано завдання й мету дослідження. Обґрунтовано комплекс методик і процедури емпіричного дослідження особливостей якості життя медичних працівників; розкрито соціально-психологічну характеристику вибірки; наведено кількісний та якісний аналіз даних констатувального етапу дослідження. Описано організаційно-методичні засади діагностичного дослідження особливостей якості життя медичних працівників.

Встановлено у результаті емпіричного дослідження детермінанти оцінки якості життя медичних працівників. Зокрема, визначено високий рівень емоційного вигорання серед вибірки медичних працівників. Ця проблема актуальна, оскільки у своїй професійній діяльності вони керуються

прагненням до економії власних енергетичних витрат по при емоційне і фізичне виснаження. Це призводить до порушення адаптивних процесів, що було виявлено також. З'ясовано, що за результатами шкал загальної задоволеності якістю життя характерним для медичних працівників є низький рівень емоційного та фізичного стану організму, що прямо впливає на задоволення й благополуччя.

Отримані дані актуальні у роботі практичних психологів, що спрямована на зменшення ризиків, проявів та подолання професійного вигорання, зменшення рівня тривожності й стресу медичних працівників. Оскільки їх негативний вплив відображається не лише на загальному рівні психічного здоров'я медиків, але й на задоволені, благополуччі та якості життя.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСОБИ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЯКОСТІ ЖИТТЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

3.1. Корекційно-тренінгова програма подолання професійного вигорання, рівня тривожності, стресу медичних працівників

Зіставляючи отримані результати теоретичного й емпіричного дослідження якості життя серед медичних працівників, нами запропоновано корекційно-тренінгову програму подолання професійного вигорання, рівня тривожності та стресу. Спрямованість корекційно-тренінгової програми ґрунтується на сприянні отримання медиками задоволення від виконання їх роботи, підвищенні рівня якості їх життя, а також збереження їх психічного здоров'я.

Теоретико-методологічною основою для формування програми є результати не лише емпіричного дослідження, але й проведені теоретичні розвідки. Їх результатом є наступні гіпотези, що вдалося виявити, що професійне становлення медичного працівника є складним і тривалим процесом, що охоплює різноманітні змістовні та структурні компоненти. Цей процес визначається зовнішніми умовами, оскільки змінюються вимоги суспільства, структура професії та її співвідношення з іншими спеціальностями. Внаслідок цього трансформуються мотиваційна сфера, менталітет і духовні цінності, які формують професійну ідентичність.

Разом із вище описаним, варто додати, що внутрішні чинники також мають важливе значення: змінюються уявлення особи про професію, критерії оцінки професіоналізму та самооцінка. Питання особистісного розвитку стають ключовими у формуванні професійної компетентності та адаптації до вимог середовища. Таким чином, професійне становлення медичного працівника є багатограним процесом, що вимагає інтеграції зовнішніх і внутрішніх психологічних аспектів.

Наявність у більшості медичних працівників виражених рис співчуття та співпереживання вказує на наявність у них базової адаптації до стресогенних чинників. Проте, для підтримання емоційної рівноваги критично важливим є розвиток навичок «поповнення банку позитивних емоцій». Результати теоретичного дослідження та психотерапевтичний досвід свідчать про те, що, незважаючи на очевидність і простоту адаптації до цих стресогенних факторів, багато фахівців вважають цей процес найскладнішим. Основними психологічними перешкодами є інертність, «ургентна» аддикція, яка характеризується неусвідомлюваним прагненням взяти на себе надмірну кількість зобов'язань, що призводить до постійного поспіху та емоційного перенапруження. Крім того, трудоголізм супроводжується звуженням вибору способів самовідновлення та отримання здорових задовольень у повсякденному житті поза професійною діяльністю. Ці фактори негативно впливають на загальний психоемоційний стан медичних працівників.

Таким чином, для успішної професійної діяльності медичних працівників важливі заходи, котрі спрямовані на корекцію їх стану, подолання тривожності, стресу, підвищення активності та відповідальності.

Як демонструють результати багатьох досліджень та впровадження тренінгових програм, то тренінг сьогодні є незамінним елементом системи навчання й розвитку. Він визначається як форма навчання, яка базується на досвіді учасників і передбачає, що, окрім здобуття нової інформації, учасники мають можливість відразу застосовувати її на практиці для формування нових навичок. Цей підхід сприяє інтеграції теоретичних знань і практичного досвіду, що підвищує ефективність навчального процесу [25].

Якщо ж аналізувати використання тренінгу як методу для роботи з колективами медичних працівників, то основною метою тренінгу є навчання конкретних навичок і вмінь, він стає складовою частиною процесу навчання або професійної адаптації. Участь респондентів у тренінгу надає їм можливість не лише отримувати інформацію від тренера або ознайомлюватися з таблицями та схемами, а й практично застосовувати отримані знання,

перетворюючи їх на навички. Цей практичний підхід сприяє більш глибокому засвоєнню матеріалу та розвитку професійної компетентності.

Під час тренінгу формується неформальне, невимушене спілкування, що відкриває перед учасниками численні можливості для розвитку та розв'язання поставлених завдань. Така атмосфера сприяє активній взаємодії, обміну думками та ідеями, що, в свою чергу, стимулює колективне мислення та креативність групи. Це забезпечує глибше занурення у проблематику і дозволяє учасникам знайти ефективні рішення в умовах співпраці.

Сучасні техніки й методи, котрі використовуються у тренінгу сприяють активній взаємодії між учасниками. Ці методи, відомі як «інтерактивні техніки», забезпечують залучення учасників у процес, сприяючи їхній активності та співпраці. Інтерактивні техніки створюють динамічну навчальну атмосферу, в якій учасники мають можливість не лише обмінюватися ідеями, але й розвивати комунікативні навички, критичне мислення та спільно знаходити ефективні рішення або ж працювати над іншими актуальними запитамі. На відміну від інших групових форм роботи, тренінг характеризується не лише «начитуванням» матеріалу, а й його активним опрацюванням, що сприяє закріпленню знань у свідомості учасників.

3.2. Опис тренінгової програми

Корекційно-тренінгова програма подолання професійного вигорання, рівня тривожності, стресу медичних працівників сприяє отриманні індивідуальних навичок, котрі вони зможуть використовувати у професійній діяльності, так і у побутовому житті.

На меті запропонованої корекційно-тренінгової програми є зменшення проявів тривожності, підвищення сресостійкості, а також засвоєння практичних навичок самодопомоги, збереження психічного здоров'я. Це дозволит навчитися керувати власними емоціями, поведінкою у різних

професійних ситуаціях. А також в основі запропонованої програми є сприяння формування навичок релаксації, відновлення власного ресурсу й потенціалу, що впливає на рівень благополуччя та якість життя.

Структура корекційно-тренінгової програми передбачає 2 тренінгові дні по 6 годин. Враховуються можливості учасників, їх стан й готовність. Створено умови конфіденційності, прийняття один одного усіма учасниками. Використовуються активні та інтерактивні методи роботи, відповідно, кожен з них передбачає логічне цільове призначення й використання.

Перша частина тренінгу направлена на ознайомлення та обговорення понять «тривожність», «тривога»; визначення складових тривожності; зовнішні та внутрішні прояви тривожності; наслідки тривожності. Під час другої частини учасники навчаються управляти своїм станом за допомогою фізичних вправ та вміти рефлексувати свій стан тривоги. Навчатися управляти собою в стані тривожності за допомогою позитивного мислення, дихання (табл. 3.2.).

Таблиця 3.2

Структура корекційно-тренінгової програми

Завдання	Тренінгові дії	Час	Критерії ефективності
День I			
Знайомство	Інформація про себе	3-5 хв.	Знайомство з тренером
	Знайомство з групою гра «Снігова куля»	15 хв.	знайомство з групою
	Правила роботи	5 хв.	обговорення правил роботи
	Вправа «Очікування»	5 хв.	очікування від тренінгу
Визначення поняття «тривожність», «тривога».	Вправа «Асоціації»	20 хв.	висловлювання власної думки
	Інформаційне повідомлення «Тривожність, тривога»	20 хв.	надання інформації

	Робота в малих групах «Мислене тренування».	20 хв.	як зрозуміли інформацію
	Вправа «Віночок»	5 хв.	набуті знання
Перерва			
Складові тривожності «паніка», «страх»	Вправа «Репетиція»	15 хв.	Обговорення певної ситуації
	Робота в малих групах «Симптоми тривожності»	20 хв.	отримання інформації з власного досвіду
	Презентація відповідей	15 хв.	обговорення
	Бесіда «Наші страхи»	10 хв.	надання інформації
	Малювання на тему: «Мій страх»	10 хв.	висловлювання власної думки
	Бесіда «Паніка»	10 хв.	надання інформації
	Вправа «Асоціація»	10 хв.	висловлювання власної думки
	Вправа «Остання гра»	5 хв.	отримання знання
Обід			
Визначення про зовнішні та внутрішні прояви тривожності	Вправа «Говоримо про те, що турбує»	10 хв.	Висловлювання власної думки
	Інформаційне повідомлення «Зовнішні та внутрішні прояви тривожності»	10 хв.	отримання інформації
	Робота в групах «Причини індивідуальних відмінностей у проявах тривожності»	15 хв.	набуття знань
	Презентація відповідей	10 хв.	обговорення
	Вправа «Слухаємо себе»	10 хв.	сприятливий настрій
	Вправа «Інверсія тривоги»	15 хв.	висловлювання загальної думки
	Вправа «Переінпретація»	15 хв.	набуті знання
	Вправа «Піраміда позитивних почуттів»	5 хв.	набуті знання
	Перерва		
Знання наслідків тривожності	Дискусія «Чи потрібно вчитися володіти своїми емоціями?»	20 хв.	висловлювання власної думки
	Гра «Контроль голосу та жестів»	15 хв.	набуття практичних вмінь

	Вправа «Позитивне мислення»	15 хв.	набуття практичних вмінь
	Вправа «Потік вітру»	15 хв.	набуття практичних вмінь
	Вправа «Водоспад»	15 хв.	набуття практичних вмінь
	Вправа «Крок – раз!»	5 хв.	набуті знання
Підсумок дня			
<u>День II</u>			
Знати елементи тривожності	Вправа – привітання «Блукаючи вогники»	10 хв.	набуття практичних вмінь
	Інформаційне повідомлення «Елементи тривожності»	15 хв.	надання інформації
	Мозговий штурм «Чим це пояснюється?»	10 хв.	висловлювання власної думки
	Презентація виступів	15 хв.	обговорення
	Вправа «Уявне тренування»	15 хв.	набуття практичних вмінь
	Вправа «Слухаємо себе»	15 хв.	набуття практичних вмінь
	Вправа – розминка «Я сам»	15 хв.	набуття практичних вмінь
	Вправа «Я сьогодні зрозумів...»	10 хв.	набуті знання
Перерва			
Навчитися управляти своїм станом за допомогою фізичних вправ, а також вміти рефлексувати свій стан тривоги	Робота в парах «Інтерв'ю»	10 хв.	висловлювання
	Вправа «Релаксація»	15 хв.	набуття практичних вмінь
	Обговорення «Як впливають фізичні вправи на стан людини»	15 хв.	висловлювання власної думки
	Вправи «Контраст»	30 хв.	набуття практичних вмінь
	Вправа «Їстівне – неїстівне»	15 хв.	набуття практичних вмінь
	Вправа «Посмішка»	5 хв.	набуті знання
Обід			
Навчитися управляти собою в стані тривожності за	Вправа «Мій настрій сьогодні»	15 хв.	висловлювання
	Вправа «Хвилі»	10 хв.	набуття практичних вмінь

допомоги позитивного мислення, дихання.	Інформаційне повідомлення «Швидка допомога при тривожності»	15 хв.	надання інформації
	Вправа «Скафандр»	20 хв.	набуття практичних вмінь
	Вправа «Непотрібне продишайте»	15 хв.	набуття практичних вмінь
	Вправа «Промінь сонця»	10 хв.	набуття практичних вмінь
	Вправа «Приємні спогади»	10 хв.	набутті знання
	Вправа «Компліменти»	5 хв.	набутті знання
Перерва			
Навчитися бажати долати тривожність	Вправа «Незакінчене речення»	10 хв.	висловлювання
	Вправа «Налаштування на емоційний стан»	10 хв.	набуття знань
	Вправа «Витівник»	15 хв.	поділитися порадами
	Вправа «Скринька»	10 хв.	набуття практичних вмінь
Підсумки тренінгу	Вправа «Квітка в горщику»	10 хв.	чи збулися очікування
	Підсумок роботи тренінга	5 хв.	отримання навичок самоконтролю

Запропонована структура корекційно-тренінгової програми, на нашу думку, виступає ефективним методом зниження тривожності завдяки своїм специфічним характеристикам. Вона орієнтована на надання психологічної підтримки учасникам у формуванні позитивної світоглядної позиції, при цьому така допомога виникає не лише з боку тренера, але й від самих учасників. Також, корекційно-тренінгова програма активно впроваджує методи групової роботи, що сприяють глибшій залученості учасників у процес. Крім того, це сприяє формуванню практичних навичок саморегуляції в різноманітних ситуаціях і забезпечує оволодіння елементарними техніками релаксації, що є важливими для зниження рівня тривожності та покращення

загального психоемоційного стану, збереженню здоров'я й профілактиці професійних ризиків. Це сприятиме задоволенню та покращенні якості життя медичних працівників.

Висновки до третього розділу

У даному розділі описано та визначено мету, завдання та форми реалізації корекційно-тренінгової програми подолання професійного вигорання, рівня тривожності, стресу медичних працівників. Корекційно-тренінгова програма є результатом проведеного теоретичного й емпіричного дослідження якості життя медичних працівників та спрямована на подолання професійного вигорання, зниження рівня тривожності та стресу. Програма фокусується на підвищенні задоволеності роботою, покращенні якості життя та збереженні психічного здоров'я медичного персоналу.

Ефективність корекційної роботи з медичними працівниками підвищується завдяки тренінгам, які забезпечують інтеграцію теоретичних знань та практичних навичок. Вони дозволяють не лише засвоїти нову інформацію, але й одразу застосувати її на практиці, що сприяє зміцненню професійної компетентності. Інтерактивні техніки, які використовуються у тренінгах, створюють умови для активної участі, розвитку комунікативних навичок та формування колективного мислення, що сприяє пошуку ефективних рішень і зміцнює загальну професійну адаптацію.

Таким чином, корекційно-тренінгова програма може стати важливим інструментом для зниження рівня тривожності та покращення загального психоемоційного стану медичних працівників, що, в свою чергу, позитивно вплине на їхню якість життя.

ВИСНОВКИ

Результатом комплексного теоретико-методологічного дослідження психологічних особливостей якості життя серед медичних працівників є вичерпні результати, котрі вдалося отримати.

1. Теоретичний аналіз якості життя медичних працівників дозволив визначити сукупність психологічних станів і особистісних рис, які суттєво впливають на її рівень. Професія медичного працівника вимагає постійної готовності, надання допомоги пацієнтам незалежно від обставин, високого рівня емпатії та частотої переоцінки власних пріоритетів на користь пацієнтів. Ці фактори значною мірою сприяють розвитку синдрому емоційного вигорання.

2. Виявлено особистісні та соціально-психологічні фактори, що впливають на якість життя медичних працівників. Виділяються дві основні групи чинників, які сприяють формуванню синдрому емоційного вигорання: індивідуально-психологічні та організаційні.

3. До найбільш значущих індивідуально-психологічних факторів, що впливають на якість життя, належать особистісні та емоційно-комунікативні риси, такі як емоційна нестабільність, сензитивність, підвищена тривожність, нейротизм, конформність, сором'язливість, підозрілість у взаєминах з оточенням, схильність до почуття провини, консерватизм, імпульсивність, інтроверсія, дезадаптивні копінг-стратегії та низький рівень суб'єктивного контролю. Зниження якості життя також пов'язується з розбіжністю між високими очікуваннями щодо професії та реальністю, з якою медичні працівники стикаються щодня.

4. Результати емпіричного дослідження з використанням психологічних методик дозволили встановити детермінанти, що впливають на оцінку якості життя медичних працівників. Згідно з методикою «Діагностика емоційного вигорання» В. Бойка, серед медичних працівників виявлено високий рівень емоційного вигорання (52,4 %). У професійній діяльності фахівці часто керуються принципом економії власних енергетичних ресурсів (фізичних,

емоційних, інтелектуальних) через високе емоційне та фізичне навантаження, що призводить до переважного використання стандартних алгоритмів у вирішенні професійних завдань. Це, у свою чергу, викликає порушення адаптивних процесів, а також сприяє високому рівню резистентності (58,3 %), що був виявлений у медичних працівників. Згідно з результатами вивчення особливостей життя особистості визначено компоненти оцінки якості життя: матеріальний достаток, житлові умови, сімейні відносини, харчування, інтимне життя, активність, суспільні відносини, задоволеність своєю роботою, духовні потреби, соціальна підтримка, здоров'я близьких, самопочуття, настрої тощо. За результатами методики опитувальника якості життя (за Никифоровим) найважливішими факторами, що впливають на якість життя є душевний стан, матеріальний достаток та духовні потреби. За результатами 1 групи (20-40 років) є низький матеріальний достаток (52,25 %) душевний стан (50%), духовні потреби (54,5 %) та екологія та побут в районі проживання (55,3 %). На якість життя 2 групи здебільшого впливає так як і в 1 групі матеріальний достаток (40,5 %) та кохання, сексуальний компонент (46,5 %).

Порівнюючи показники двох груп досліджуваних за визначеним методичним інструментарієм параметрів якості життя медичних працівників, можна підвести підсумок щодо зниження показників у представників 2 групи (вік 41-60). Також варто відзначити погіршені оцінки 2 групи самопочуття, активності та настрою на відміну від вищих показників першої. Згідно з результатами шкал загальної задоволеності якістю життя характерним для медичних працівників є низький рівень: за емоційною сферою та фізіологічним станом організму.

5. На основі результатів емпіричного аналізу було розроблено тренінг «Вчимося керувати собою», спрямований на зниження рівня тривожності, формування позитивної світоглядної позиції та розвиток практичних навичок саморегуляції в різних ситуаціях, а також на освоєння базових технік релаксації.

Перспективи подальших наукових досліджень передбачають розробку профілактичної програми, орієнтованої на корекцію емоційної сфери медичних працівників.

Отримані результати дослідження можуть стати основою для подальшої роботи практичних психологів у сфері підтримки медичних працівників, спрямованої на покращення їхньої якості життя та психологічного благополуччя.

Список використаних джерел

1. Абрамюк О. О., Липецька А. С. Концептуальна структура феномену «суб'єктивне благополуччя» та особливості його вимірювання. Збірник наукових праць РДГУ. Психологія: реальність і перспективи. Вип. 11, 2018. С. 10-17.
2. Боснюк В. Ф. Суб'єктивне благополуччя як ключовий показник позитивного функціонування особистості. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Психологія»*. 2023. № 2. С. 5–9.
3. Вербицька, Л., & Овдiєнко, І. (2024). Професійна деформація працівників медичних закладів: психологічний аспект. *Молодий вчений*, (1 (125)), 74-78.
4. Горбаль І. С. Соціально-психологічні чинники суб'єктивного благополуччя пенсіонерів : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05. Київ, 2016. 271 с.
5. Дучимінська Т. І., Хлівна Л. М., Магдисюк Л. І. Реалізація психопрофілактичного та психодіагностичного аспекту клінічної психології у сфері вищої освіти. *Психологічні перспективи*. Вип. 31. Луцьк: Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2018. С. 83 – 95.
6. Жидко М. Особливості психологічної диференціації професійної дезадаптації, професійної деформації та емоційного вигорання. *Психологія: реальність і перспективи*. 2015 Вип. С. 99 – 103.
7. Замелюк М. І., Магдисюк Л. І., Ольхова Н. В. Арт-терапія як засіб творчої самореалізація особистості. *Психологія: реальність і перспективи*. Рівне: РДГУ, 2018. С. 50–57.
8. Засекіна Л. В., Магдисюк Л. І. Психологічна готовність особистості до виходу на пенсію: моногр. Луцьк: ПП Іванюк В. П., 2018. 290 с.

9. Зливков В. Л., Лукомська С.О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.
10. Ковальчук Л. І., Магдисюк Л. І. Психодіагностика та психокорекція якості життя осіб з ургентною адикцією. *Zbiór artykułów naukowych z Konferencji Międzynarodowej NaukowoPraktycznej*. Warszawa, 2017. S. 66-68.
11. Ковтун Н. В. Міжнародний досвід оцінювання якості життя населення і можливості його використання в Україні. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка: Економіка*. 2013. № 134. С. 32 – 37.
12. Коробка І. М. Суб'єктивне благополуччя: теоретичні інтерпретації, чинники й ресурси підтримання. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки*. Вип. 2, 2022. С. 85-93.
13. Лукова С. В. Валідизація української версії методики диспозиційного оптимізму (Life orientation test-revised – LOT-R). *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2023. № 1. С. 47–54.
14. Людський розвиток регіонів України: аналіз та прогноз (колективна монографія) / За ред. Е.М. Лібанової. Київ: Інст демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. 367 с.
15. Магдисюк Л. І. Діагностика та корекція якості життя особистості методами арттерапії (колаж). *Herald pedagogiki. Nauka i Praktyka* # 61 (11/2020): Wydawca : Sp. z o.o. «Diamond trading tour». 2020. S. 54-56.
16. Магдисюк Л. І. Психологічні особливості якості життя осіб з серцево-судинними захворюваннями. *Психологія: реальність і перспективи*. Рівне: РДГУ, 2017. С. 180–184.
17. Магдисюк Л. І. Якість життя особистості в період виходу на пенсію. *Психологія : реальність і перспективи*. Рівне : РДГУ, 2016. С. 131 – 136.

18. Магдисюк Л. І., Казмірук О. Ю. Психологічні особливості стресостійкості медичних працівників. *Zbiór artykułów naukowych z Konferencji Międzynarodowej*. Warszawa, 2018. sts.46-49.
19. Магдисюк Л. І., Карпук Ю. Я. Психологічні особливості якості життя медичних працівників *Zbiór artykułów naukowych z Konferencji Międzynarodowej NaukowoPraktycznej*. Warszawa, 2018. sts.21-26.
20. Магдисюк Л. І., Павлова Б. В., Гнатойко І. В. Медико-психологічне консультування осіб з серцево-судинними захворюваннями. *Психологія: реальність і перспективи*. Рівне: РДГУ, 2020. С. 144–149.
21. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Медико-психологічне консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 332 с.
22. Мельник А. П., Магдисюк Л. І., Дучимінська Т. І. Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 152 с.
23. Мілютіна К.Л. Теорія та практика психологічного тренінгу: Навчальний посібник. Київ: МАУП, 2004. 192с.
24. Олефір В.О., Боснюк В.Ф., Малофейкіна К.О.Валідизація і вимірювальна інваріантність української версії шкали позитивних і негативних переживань (SPANE). *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія «Психологія»*. 2021. № 71. С. 34–42.
25. Психологічна допомога в клініці: навч.-метод. посіб. / Р. П. Федоренко та ін. Луцьк : Вежа-Друк, 2018. 224 с.
26. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів: навч.-метод. посіб. / Л. І. Магдисюк та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2021. 236 с.
27. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів: на допомогу практичному психологу : навч.-метод. посіб. / Л. І. Магдисюк та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 276 с.

28. Федоренко Р. П., Мушкевич М. І., Дучимінська Т. І., Магдисюк Л. І. Психологія молодшої сім'ї: монографія. Вид. 2-ге, доповн. та змін. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 392 с.
29. Хлівна О., Магдисюк Л., Дучимінська Т. Арттерапевтичний підхід в роботі практичного психолога зі страхом майбутнього в осіб похилого віку. *Психолого-педагогічна допомога особистості засобами арттерапії: міжнародна колективна моногр.* Переяслав: Домбровська Я.М., 2020. С.160-173.
30. Чиханцова, О. А. (2020). Якість життя особистості та особливості її вимірювання. Інсайт: психологічні виміри суспільства, (4), 11-28.
31. Якість життя населення регіону: аналіз, прогнозування, соціальна політика: Монографія / Під ред. В. Никифоренка. Одеса: Одеський нац. Економічний університет, 2012. 316 с.
32. Diener E., Inglehart R., Tay L. Theory and Validity of Life Satisfaction Scales. *Social Indicators Research*. 2012. Vol. 112, no. 3. P. 497–527.
33. Diener E.D., Emmons R.A., Larsen R.J., Griffin S. The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985. Vol. 49, no. 1. P. 71–75.
34. Emerson S.D., Guhn M., Gadermann A.M. Measurement invariance of the Satisfaction with Life Scale: reviewing three decades of research. *Quality of Life Research*. 2017. Vol. 26, no. 9. P. 2251–2264.
35. Hrytsiuk, I., Magdysyuk, L., Zamelyuk, M., Podoliak, I. Peculiarities of professional culture development in modern youth in Ukraine. *Youth Voice Journal*. Great Britain: 2021. Vol. 11. P. 1-19.
36. Hu L., Bentler P.M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 1999. Vol. 6, no. 1. P. 1–55.
37. Jayawickreme E., Tsukayama E., Kashdan T.B. Examining the effect of affect on life satisfaction judgments: A within-person perspective. *Journal of Research in Personality*. 2017. Vol. 68. P. 32–37

38. Jebb A.T., Morrison M., Tay L., & Diener E. Subjective Well-Being Around the World: Trends and Predictors Across the Life Span. *Psychological Science*. 2020. Vol. 31, no.3. P. 293–305
39. Joshanloo M., Jovanović V. The relationship between gender and life satisfaction: analysis across demographic groups and global regions. *Archives of Women's Mental Health*. 2019. Vol. 23, no. 3. P. 331–338.
40. Kim E.S., Delaney S.W., Tay L., Chen Y., Diener E., Vanderweele T.J. Life Satisfaction and Subsequent Physical, Behavioral, and Psychosocial Health in Older Adults. *The Milbank Quarterly*. 2021. Vol. 99, no. 1. P. 209–239.
41. Kjell O.N.E., Diener E. Abbreviated Three-Item Versions of the Satisfaction with Life Scale and the Harmony in Life Scale Yield as Strong Psychometric Properties as the Original Scales. *Journal of Personality Assessment*. 2021. Vol. 103, no. 2. P. 183–194.
42. Mahdysiuk L., Hrytsiuk I. The psychological health of the personality and society: the challenges of today. Monograph. Opole: The Academy of Management and Administration in Opole, 2020. 242 c.
43. Mahdysiuk, L., Tryhub, H., Duchiminska, T., Kulchytska, A., & Zasiiekina, L. (2020). Verbal Expression of Preparedness in Retirement Planning Interviews. *East European Journal of Psycholinguistics*, 7(2). <https://doi.org/10.29038/eejpl.2020.7.2.mah>
44. Maslach C., Leiter M. P. The truth about burnout: How organization cause personal stress and what to do about in / C. Maslach, M. P. Leiter. – San Francisco, CA : Jossey – Bass, 1997. – 287 p.
45. Maslach C. Jobburnout: newdirectionsinresearchandintervention. *Current Directions in Psychological Science*. Vol. 12. 2003. P. 189-192.
46. Mushkevych M., Hrytsiuk I., Koshyrets V., Hvorost Kh., Duchiminska T., Mahdysiuk L., Fenyna O. [The influence of moderate physical activities on the psychophysical state of children with minimal brain dysfunctions](#). *Journal of Physical Education and Sport*. Romania : University of Pitesti, 2018. Vol.18. P. 1912-1918.

47. Redinbaugh E. M. Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: cross-sectional study of hospital doctors. *BMJ*. 2003. Vol. 327. P. 185.
48. Rosseel Y. lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*. 2012. Vol. 48, no. 2. P. 1–36.
49. Røysamb E., Moffitt T.E., Caspi A., Ystrøm E., & Nes R.B. Worldwide Well-Being: Simulated Twins Reveal Genetic and (Hidden) Environmental Influences. *Perspectives on Psychological Science*. 2023. Vol. 18, no. 6. P. 1562–1574.
50. Schraub S., Marx E. Burnout syndrome in oncology. *Bulletin du cancer*. 2004. Vol. 91 (9). P. 673-676.
51. Schweizer K. Some Guidelines Concerning the Modeling of Traits and Abilities in Test Construction. *European Journal of Psychological Assessment*. 2010. Vol. 26, no. 1. P. 1–2.
52. Whippen D. A., Canellos G. P. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1000 oncologists. 1991. Vol. 9 (10). P. 1916-1920.
53. Zamelyuk M., Mahdysiuk L. The Mastery of Art Therapy in Working with Preschool Children. *Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series «Pedagogy and Psychology»*. 2021. Vol. 7, No 2. P. 79-85.

ДОДАТКИ

Додаток А

Тест САН (Самопочуття. Активність. Настрій)

Ця методика призначена для самоконтролю і самооцінки самопочуття, активності і настрою.

Шкала САН складається з індексів (3 2 1 0 1 2 3) і розташована між тридцятьма парами слів протилежного значення, що відображують рухливість, швидкість і темп протікання функцій (активність), силу, здоров'я, стомлення (самопочуття), а також характеристики емоційного стану (настрій). Перевагами тесту є його стислість і можливість кількаразового використання впродовж певного часу.

Інструкція. Слід співвіднести свій стан з ознаками за багатоступінчастою шкалою. Ви маєте вибрати і позначити цифру що найбільш точно відбиває ваш стан на даний момент.

Типова карта методики САН

Прізвище, ім'я

Стать _____, Вік

Дата _____, Час

Самопочуття добре	3 2 1 0 1 2 3	Самопочуття погане
Почуваюся сильним	3 2 1 0 1 2 3	Почуваюся слабким
Пасивний	3 2 1 0 1 2 3	Активний
Малорухливий	3 2 1 0 1 2 3	Рухливий
Веселий	3 2 1 0 1 2 3	Сумний
Добрий настрій	3 2 1 0 1 2 3	Поганий настрій
Працездатний	3 2 1 0 1 2 3	Розбитий
Сповнений сил	3 2 1 0 1 2 3	Знесилений
Повільний	3 2 1 0 1 2 3	Швидкий
Бездіяльний	3 2 1 0 1 2 3	Діяльний
Щасливий	3 2 1 0 1 2 3	Нещасливий
Життєрадісний	3 2 1 0 1 2 3	Похмурий
Напружений	3 2 1 0 1 2 3	Розслаблений
Здоровий	3 2 1 0 1 2 3	Хворий
Байдужий	3 2 1 0 1 2 3	Захоплений
Спокійний	3 2 1 0 1 2 3	Схвильований
Захоплений	3 2 1 0 1 2 3	Сумовитий
Радісний	3 2 1 0 1 2 3	Печальний
Відпочивший	3 2 1 0 1 2 3	Стомлений
Свіжий	3 2 1 0 1 2 3	Виснажений
Сонливий	3 2 1 0 1 2 3	Збуджений

Бажання відпочити	3 2 1 0 1 2 3	Бажання працювати
Спокійний	3 2 1 0 1 2 3	Стурбований
Оптимістичний	3 2 1 0 1 2 3	Песимістичний
Витривалий	3 2 1 0 1 2 3	Втомлений
Бадьорий	3 2 1 0 1 2 3	Млявий
Думати важко	3 2 1 0 1 2 3	Думати легко
Розсіяний	3 2 1 0 1 2 3	Уважний
Сповнений сподівань	3 2 1 0 1 2 3	Розчарований
Задоволений	3 2 1 0 1 2 3	Незадоволений

Обробка та інтерпретація. При обробці ці цифри перекоднуються в такий спосіб. Негативні стани за шкалою САН приймаються за 1 бал, наступний за ним за 2 бали і так далі. Слід ураховувати те, - що полюси шкали постійно змінюються. Позитивні стани завжди одержують високі бали, а негативні низькі. За цими балами розраховується середнє арифметичне як загалом, так і окремо за активністю, самопочуттям і настроєм.

При оцінці функціонального стану важливі значення окремих показників та їхнє співвідношення. Наприклад, у відпочилої людини оцінки активності, настрою і самопочуття приблизно однакові. У міру наростання втоми співвідношення між ними змінюється за рахунок відносного зниження самопочуття й активності в порівнянні з настроєм.

Ключ

Питання на самопочуття» 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Питання на активність-3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Питання на настрій-5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

**Шкала оцінки задоволеності життям
(якості життя- QLESQ)**

1. Багато в чому моє життя близьке до мого ідеалу.

- Цілком не згоден
- Не згоден
- Швидше не згоден
- Важко відповісти
- Швидше згоден
- Згоден
- Цілком згоден

2. Умови мого життя чудові.

- Цілком не згоден
- Не згоден
- Швидше не згоден
- Важко відповісти
- Швидше згоден
- Згоден
- Цілком згоден

3. Я задоволений життям.

- Цілком не згоден
- Не згоден
- Швидше не згоден
- Важко відповісти
- Швидше згоден
- Згоден
- Цілком згоден

4. Наразі я отримав те важливе, чого хотів у житті.

- Цілком не згоден
- Не згоден
- Швидше не згоден
- Важко відповісти
- Швидше згоден

- Згоден
- Цілком згоден
- 5. Якби я міг прожити своє життя заново, я б майже нічого не змінив.
- Цілком не згоден
- Не згоден
- Швидше не згоден
- Важко відповісти
- Швидше згоден
- Згоден
- Цілком згоден

Методика В. Бойко «емоційне вигорання»

1. Організаційні недоліки на роботі постійно примушують нервувати, переживати, напружуватися.
2. Сьогодні я задоволений своєю професією не менше, ніж на початку кар'єри.
3. Я помилився(лася) у виборі професії або профілю діяльності.
4. Мене непокоїть те, що я став(ла) гірше працювати (менш продуктивно, менш якісно, повільніше).
5. Тепло́та взаємодії з партнерами залежить від мого настрою.
6. Від мене як від професіонала мало залежить добробут партнерів.
7. Коли я приходжу з роботи додому, то деякий час (2 – 3 години) мені хочеться побути на самоті, щоб зі мною ніхто не спілкувався.
8. Коли я відчуваю втому чи напруження, то намагаюся якомога швидше вирішити проблеми партнера (згорнути взаємодію).
9. Мені здається, що емоційно я не можу надати партнеру те, чого вимагає професійний обов'язок.
10. Моя робота не дає виражатися моїм емоціям.
11. Я відверто втомився(лася) від людських проблем, із якими доводиться мати справу на роботі.
12. Буває, я погано засинаю (сплю) через хвилювання, пов'язані з роботою.
13. Взаємодія з партнерами потребує від мене великого напруження.
14. Робота з людьми приносить все менше задоволення.
15. Я б змінив(ла) місце роботи, якби була така можливість.
16. Мене часто засмучує те, що я не можу належними чином надати партнерові професійну підтримку, допомогу.
17. Мені завжди вдається запобігти впливові поганого настрою на ділові контакти.

18. Мене дуже засмучує, якщо щось негаразд у стосунках із діловими партнерами.
19. Я настільки втомлююся на роботі, що дома намагаюся спілкуватися якомога менше.
20. Через брак часу, втомленість або напруження, часто приділяю партнерові менше уваги, ніж належить.
21. Інколи звичайні ситуації спілкування на роботі викликають у мене роздратування.
22. Я спокійно приймаю обґрунтовані претензії партнерів.
23. Спілкування з партнерами спонукає мене триматися осторонь від людей.
24. Коли згадую деяких колег по роботі чи партнерів, у мене псується настрій.
25. Конфлікти чи розбіжність поглядів із колегами забирають багато сил і емоцій.
26. Мені все складніше встановлювати або підтримувати контакти з діловими партнерами.
27. Обставини на роботі здаються мені дуже складними.
28. У мене часто виникають тривожні очікування, пов'язані з роботою: щось повинно статися, як би не припуститися помилки, чи зможу зробити все, як належить, чи не скоротять мене тощо.
29. Якщо партнер мені неприємний, я намагаюся обмежити час спілкування з ним або менше приділяти йому уваги.
30. На роботі під час спілкування я дотримуюся принципу: «Не роби людям добра, не отримаєш лиха».
31. Я охоче вдома розповідаю про свою роботу.
32. Бувають дні, коли мій емоційний стан негативно впливає на результати роботи (менше виконую, знижується якість, трапляються конфлікти).

33. Інколи я відчуваю, що треба виявити до партнера емоційну чуйність, але не можу.
34. Я дуже переживаю за свою роботу.
35. Партнерам по роботі віддаєш уваги та турботи більше, ніж отримуєш.
36. Коли думаю про роботу, мені стає не по собі: починає колоти в ділянці серця, підвищується тиск, з'являється головний біль.
37. У мене добрі стосунки з керівником.
38. Я часто радію, коли бачу, що моя робота йде на користь людям.
39. Останнім часом, мене переслідують невдачі в роботі.
40. Деякі сторони моєї роботи викликають глибоке розчарування.
41. Бувають дні, коли контакти з партнерами складаються гірше, ніж звичайно.
42. Я враховую особливості ділових партнерів гірше ніж раніше.
43. Стомленість від роботи призводить до того, що я прагну скоротити спілкування з друзями та знайомими.
44. Я зазвичай виявляю інтерес до особистості партнера, окрім того, що стосується справи.
45. Зазвичай я приходжу на роботу відпочивши, зі свіжими силами, у гарному настрої.
46. Я інколи ловлю себе на тому, що працюю з партнерами автоматично, без натхнення, запалу, ентузіазму.
47. Пороботі зустрічаються настільки неприємні люди, що мимоволі бажаєш їм чогось поганого.
48. Після спілкування з неприємними партнерами, у мене буває погіршення фізичного або психічного самопочуття.
49. Нароботі я маю постійні фізичні або психологічні перевантаження.
50. Успіхи в роботі наповнюють мене натхненням.
51. Ситуація на роботі, у якій я опинився(лася), здається безвихідною.
52. Я втратив(ла) спокій через роботу.

53. Упродовж останнього року була скарга (скарги) на мою роботу з боку партнера (партнерів).
54. Мені вдається берегти нерви завдяки тому, що я не сприймаю близько до серця те, що відбувається з партнером.
55. Я часто приношу з роботи додому негативні емоції.
56. Я часто працюю понад силу.
57. Раніше я був(ла) більш чуйним(ною) і уважним(ною) до партнерів, ніж зараз.
58. У роботі з людьми керуюся принципом: не втрачай нерви, бережи здоров'я.
59. Інколи я йду на роботу з важким відчуттям: як усе набридло, нікого б не бачити і не чути.
60. Після напруженого робочого дня я почуваюся трохи недобре.
61. Контингент партнерів, із якими я працюю, дуже важкий.
62. Інколи мені здається, що результати моєї роботи не варті тих зусиль, які я втрачаю.
63. Якби мені поталанило з роботою, я був(ла) би(б) щасливішим(ою).
64. Я у відчаї через те, що на роботі у мене серйозні проблеми.
65. Інколи я поведжуся зі своїми партнерами так, як не хотів(ла) би(б) щоб поводитися зі мною.
66. Я засуджую партнерів, які розраховують на пільги, поблажливість, увагу.
67. Найчастіше після робочого дня у мене немає сил робити хатні справи.
68. Я постійно підганяю час: скоріше б робочий день закінчився.
69. Стан, прохання, потреби партнерів мене щиро турбують.
70. Працюючи з людьми, я ніби ставлю екран, який захищає мене від чужих страждань та негативних емоцій.
71. Робота з людьми (партнерами) дуже розчарувала мене.
72. Щоб відновити сили, часто вживаю ліки.

73. Як правило, мій робочий день проходить спокійно і легко.
74. Мої вимоги до виконуваної роботи вищі, ніж те, чого я досягаю в силу обставин.
75. Моя кар'єра склалася вдало.
76. Я дуже нервуюю через все, що пов'язано з роботою.
77. Деяких із своїх постійних партнерів я не хотів(ла) би(б) бачити і чути.
78. Я схвалюю колег, які присвячують себе людям (партнерам), забуваючи про власні інтереси.
79. Моя втомленість на роботі мало впливає або зовсім не впливає на спілкування з домашніми та друзями.
80. Якщо випадає нагода, я приділяю партнерові менше уваги, але так, щоб він цього не помітив.
81. Мене часто підводять нерви у спілкуванні з людьми на роботі.
82. До всього, що відбувається на роботі, я втратив(ла) цікавість.
83. Робота з людьми спричинила поганий вплив на мене, як на професіонала, зробила злим(лою), нервовим(ою), беземоційним(ою).
84. Робота з людьми підриває моє здоров'я.

Таблиця Д. 1

Інтерпретація результатів

«Напруження»	
1. Переживання психотравмуючих обставин	+1(2), +13(3), +25(2), -37(3), +49(10), +61(5), -73(5)
2. Незадоволеність собою	-2(3), +14(2), +26(2), -38(10), -50(5), +62(5), +74(5)
3. «Загнаність у клітку»	+3(10), +15(5), +27(2), +39(2), +51(5), +63(1), -75(5)
4. Тривога і депресія	+4(2), +16(3), +28(5), +40(5), +52(10), +64(2), +76(3)
Разом по фазі «Напруження»	
«Резистенція»	

1. Неадекватне вибіркоче емоційне реагування	+5(5), -17(3), +29(10), +41(2), +53(2), +65(3), +77(5)
2. Емоційно-моральна дезорієнтація	+6(10), -18(3), +30(3), +42(5), +54(2), +66(2), -78(5)
3. Розширення галузі економії емоцій	+7(2), +19(10), -31(2), +43(5), +55(3), +67(3), -79(5)
4. Редукція професійних обов'язків	+8(5), +20(5), +32(2), -44(2), +56(3), +68(3), +80(10)
Разом по фазі «Резистенція»	
«Виснаження»	
1. Емоційний дефіцит	+9(3), +21(2), +33(3), -45(5), +57(3), -69(10), +81(2)
2. Емоційна відчуженість	+10(2), +22(3), -34(2), +46(3), +58(5), +70(5), +82(10)
3. Деперсоналізація	+11(5), +23(3), +35(3), +47(5), +59(5), +71(2), +83(10)
4. Психосоматичні та психоемоційні порушення	+12(3), +24(2), +36(5), +48(3), +60(2), +72(10), +84(5)
Разом по фазі «Виснаження»	
Підсумковий показник	