

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ**

Факультет управління

Кафедра психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА

спеціальності 053 «Психологія»

**на тему: «Зв'язок самооцінки та задоволеності життям у медиків з
ризиком синдрому емоційного «вигорання»»**

Виконала:

студентка IV курсу, групи ПС21-2

Шинкаренко Мальвін Борисівна

Науковий керівник:

професор кафедри психології,

доктор психологічних наук

Саврасов Микола Володимирович

Дніпро 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАЛЕЖНОСТІ ЗАДОВОЛЕНOSTІ ЖИТТЯМ І САМООЦІНКИ У МЕДИКІВ З РИЗИКОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ.....	7
1.1. Сучасні підходи до проблеми емоційного вигоряння.....	7
1.2. Сутність поняття «задоволеність життям» у сучасній науковій літературі	15
1.3. Особливості прояву самооцінки у медиків	20
Висновки до першого розділу	27
РОЗДІЛ 2 ПРОЦЕДУРИ ТА МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ЗАДОВОЛЕНOSTІ ЖИТТЯМ І САМООЦІНКИ У МЕДИКІВ З РИЗИКОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ.....	28
2.1. Структура та процедура емпіричного дослідження	28
2.2. Методики дослідження залежності задоволеності життям і самооцінки у медиків з ризиком емоційного вигоряння	30
Висновки до другого розділу	36
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ НА РІВЕНЬ ЗАДОВОЛЕНOSTІ ЖИТТЯМ ТА САМООЦІНКУ МЕДИКІВ.....	37
3.1. Особливості емоційного вигоряння, рівня задоволеності життям та самооцінки медиків.....	37
3.2. Взаємозв'язок задоволеності життям і самооцінки у медиків з ризиком емоційного вигоряння.....	43
3.3. Рекомендації щодо профілактики синдрому «вигоряння» та підвищення рівня задоволеності життям і самооцінки медиків.....	48
Висновки до третього розділу	53
ВИСНОВКИ	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	57
ДОДАТКИ.....	63

ВСТУП

Сучасна система охорони здоров'я висуває високі вимоги до професійної та емоційної стійкості медичних працівників. Робота в умовах підвищеного фізичного та психоемоційного навантаження, відповідальність за життя і здоров'я пацієнтів, необхідність приймати швидкі та складні рішення створюють передумови для розвитку професійного вигорання. Унаслідок цього медичні працівники часто стикаються з хронічним стресом, зниженням мотивації, втратою інтересу до роботи, емоційним виснаженням та деперсоналізацією, що позначається на їхній самооцінці та рівні задоволеності життям.

Окремі аспекти професійного вигорання досліджували такі науковці: Л. Карамушка, Т. Зайчикова, О. Ковальчук, С. Максименко, О. Мірошніченко, Н. Перхайло, Г. Федосова, О. Філатова, О. Філь та ін., зокрема медичних працівників Л. Боярська, О. Москаленко, Н. Світницька, І. Когут, А. Каценко та ін.

Задоволеність життям є важливим показником суб'єктивного благополуччя людини, який формується під впливом різних психологічних і соціальних чинників. Воно визначає загальний рівень життєвого комфорту, відчуття гармонії, задоволення професійною діяльністю та міжособистісними відносинами. Самооцінка є важливим психологічним компонентом особистості, що впливає на мотивацію, адаптивність та стресостійкість людини. Взаємозв'язок між цими характеристиками та професійним вигоранням є предметом активних наукових дискусій, оскільки розуміння цих зв'язків дозволяє розробити ефективні заходи для профілактики негативних наслідків вигорання серед медичних працівників. У зв'язку з цим виникає необхідність детального вивчення того, як рівень емоційного вигорання медиків впливає на їхню самооцінку та задоволеність життям.

Актуальність дослідження обумовлена зростаючою кількістю випадків емоційного вигорання серед медичних працівників, що негативно впливає як на якість надання медичних послуг, так і на загальний стан здоров'я самих медиків.

В умовах інтенсивної професійної діяльності, особливо під час кризових ситуацій у сфері охорони здоров'я, важливим є розуміння механізмів формування професійного вигоряння та його наслідків для психологічного благополуччя. У сучасних наукових дослідженнях недостатньо вивчено, які саме компоненти вигоряння мають найбільший вплив на рівень життєвого благополуччя медиків. Актуальність зумовила вибір теми дослідження: «Залежність задоволеності життям і самооцінки у медиків з ризиком емоційного вигоряння».

Мета дослідження – визначити особливості взаємозв'язку між рівнем задоволеності життям, самооцінкою та ризиком емоційного вигоряння у медичних працівників, розробити рекомендації щодо профілактики синдрому «вигоряння» та підвищення рівня задоволеності життям і самооцінки медиків.

Об'єкт дослідження – задоволеність життям, самооцінка та ризик емоційного вигоряння у медичних працівників.

Предмет дослідження – взаємозв'язок задоволеності життям і самооцінки у медиків з ризиком емоційного вигоряння.

Гіпотеза дослідження: рівень професійного вигоряння медиків корелює з рівнем задоволеності життям та рівнем самооцінки. Чим вищий рівень вигоряння, тим нижчі показники самооцінки та задоволеності життям.

Згідно з метою та гіпотезою дослідження нами було поставлено такі **завдання:**

1. Проаналізувати сучасні підходи до проблеми емоційного вигоряння.
2. Визначити сутність поняття «задоволеність життям» у сучасній науковій літературі.
3. Виявити особливості прояву самооцінки медиків.
4. Емпірично дослідити особливості емоційного вигоряння, рівня задоволеності життям та самооцінки медиків.
5. Визначити взаємозв'язок задоволеності життям і самооцінки у медиків з ризиком емоційного вигоряння.
6. Розробити рекомендації щодо профілактики синдрому «вигоряння» та

підвищення рівня задоволеності життям і самооцінки медиків.

Для досягнення мети і перевірки гіпотези застосовано такі методи дослідження: теоретичні: аналіз наукової літератури з проблеми дослідження, синтез, систематизація, узагальнення; емпіричні: тестування; психодіагностичні: методика «Діагностика професійного «вигорання» (К. Маслач, С. Джексон); тест «Знаходження кількісного вираження рівня самооцінки» за методикою С. Будассі; шкала задоволеності життям (The satisfaction with life scale) Diener E., Emmons R. A., Larsen, R. J., Griffin S; обробка результатів дослідження проведена за допомогою математико-статистичних методів: якісного та кількісного аналізу, кореляційного аналізу К. Пірсона.

Емпірична база дослідження. Дослідження проводили на базі Комунального некомерційного підприємства «Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги №11» Дніпровської міської ради. Вибірка складалася з 35 осіб віком від 25 до 55 років.

Теоретико-методологічна основа дослідження. Дослідження залежності рівня задоволеності життям і самооцінки у медиків з ризиком емоційного вигорання базується на фундаментальних наукових підходах та сучасних дослідженнях у галузях психології, медицини та соціальних наук. Теоретичну основу дослідження становлять: концепція емоційного вигорання (Х. Фройденбергер, К. Маслач, С. Джексон, М. Лейтер та ін.); теорії самооцінки (М. Розенберг, К. Скулер, К. Шенбах, Ф. Розенберг); у контексті медичної діяльності самооцінка відіграє важливу роль у професійному розвитку та сприйнятті себе як компетентного фахівця (І. Височина, Л. Онуфрієва та ін.); модель задоволеності життям (Е. Дінер, Д. Канеман, Н. Шварц та ін.).

Теоретична значущість та наукова новизна. Теоретична значущість дослідження полягає у поглибленні наукових уявлень про взаємозв'язок між емоційним вигоранням, самооцінкою та задоволеністю життям. Наукова новизна дослідження полягає у визначенні взаємозв'язку між рівнем емоційного вигорання, самооцінкою та задоволеністю життям у медичних працівників.

Практична значущість дослідження полягає у розробці рекомендацій

щодо профілактики синдрому «вигоряння» та підвищення рівня задоволеності життям і самооцінки медиків. Результати дослідження можуть бути використані для розробки програм, спрямованих на профілактику емоційного вигоряння, підвищення самооцінки та задоволеності життям серед медичних працівників.

Апробація роботи. Робота пройшла апробацію шляхом участі в міжнародній мультидисциплінарній науковій інтернет-конференції на тему: «Світ наукових досліджень. Випуск35» від громадської організації «Наукова спільнота» та Вища школа управління та адміністрації в Ополе, Польща: тези доповідей, 20-21 листопада 2024 р. та в участі міжнародній науково-практичній конференції «ЦИФРОВЕ СУСПІЛЬСТВО: МІЖНАРОДНІ ЕКОНОМІЧНІ ВІДНОСИНИ, УПРАВЛІННЯ, ФІНАНСИ ТА СОЦІУМ» на базі Університету митної справи та фінансів: тези доповідей, Дніпро, 25 квітня 2025р.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів та висновків до них, загальних висновків, списку використаних джерел з 50 найменувань та 1 додатку. Зміст роботи висвітлено на 50 сторінках основного тексту, і містить 3 рисунка та 2 таблиці.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАЛЕЖНОСТІ ЗАДОВОЛЕНOSTІ ЖИТТЯМ І САМООЦІНКИ У МЕДИКІВ З РИЗИКОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ

1.1. Сучасні підходи до проблеми емоційного вигорання

Синдром професійного вигорання є однією з найважливіших проблем, що впливає на здоров'я та продуктивність працівників соціально орієнтованих професій, особливо медиків. Робота медичних працівників пов'язана з постійним емоційним напруженням, інтенсивною взаємодією з людськими емоціями, стресовими ситуаціями та вирішенням життєвих труднощів. Такий характер діяльності значно підвищує ризик розвитку емоційного виснаження. В умовах воєнного стану в Україні ці навантаження набувають ще більшої значущості, оскільки медики змушені працювати з пацієнтами, які зазнали травматичних подій, втрат, а також перебувають у стані підвищеної тривожності та невизначеності. Така ситуація створює додатковий тиск, змушуючи медичних фахівців стикатися з обмеженими ресурсами та підвищеною вразливістю до синдрому вигорання.

Проблема «емоційного вигорання» активно досліджується в науковій спільноті. Значний внесок у вивчення цього феномена зробили такі дослідники, як Г. Гнускіна, Ю. Жогно, Л. Карамушка, С. Максименко, О. Марія, С. Машак, Г. Фрейденберг, Д. Брайт та інші.

Термін «емоційне вигорання» (burnout) вперше ввів у 1974 році американський психіатр Г. Фрейденберг. Він використав його для опису психологічного стану здорових людей, які працюють в умовах постійного емоційного навантаження та інтенсивної взаємодії з клієнтами або пацієнтами. Спочатку вигорання трактувалося як стан крайнього виснаження, супроводжуваного відчуттям безпорадності. У подальших дослідженнях це явище було уточнено та систематизовано як синдром «емоційного вигорання» [38].

Розвиток поняття вигоряння пройшов кілька ключових етапів. У 1976 році К. Маслач вперше описала вигоряння як реакцію на робочий стрес, який провокує емоційне дистанціювання від клієнтів, негативне ставлення до них і зниження ефективності праці. Пізніше, у 1981 році, спільно з С. Джексоном, вона уточнила це поняття, визначивши вигоряння як синдром емоційного виснаження та цинізму, який найбільш характерний для працівників, що постійно взаємодіють із людьми, і супроводжується негативним ставленням до клієнтів. У 1986 році К. Маслач акцентувала, що такі прояви особливо властиві працівникам сфери послуг та освіти, які перебувають у постійній інтенсивній взаємодії з іншими людьми [43].

Альтернативний підхід до розуміння вигоряння запропонував А. Пайнс, який розглядав його як наслідок поступового розчарування у пошуках сенсу життя. Його екзистенційна модель трактує вигоряння як стан фізичного, емоційного та психологічного виснаження, який може виникати у представників будь-яких професій [46].

До 1982 року в англomовній науковій літературі було опубліковано понад тисячу статей, присвячених емоційному вигорянню. Ці дослідження здебільшого мали описовий характер, ґрунтуючись на конкретних випадках. Спочатку групами ризику вважалися медичні працівники та представники благодійних організацій. Проте у 1982 році Р. Шваб розширив цей перелік, включивши вчителів, поліцейських, юристів, тюремний персонал, політиків та менеджерів усіх рівнів [50]. К. Маслач, одна з провідних дослідниць у цій галузі, підкреслила, що, попри різноманітність професійної діяльності цих груп, їх об'єднує інтенсивний контакт із людьми, який часто стає емоційно виснажливим [44].

Дослідники Б. Пельман та Е. Хартман, проаналізувавши різні трактування терміну, виділили три ключові компоненти синдрому: емоційне та фізичне виснаження, деперсоналізацію і зниження ефективності професійної діяльності [45].

Емоційне виснаження проявляється у відчутті глибокої втоми та емоційного спустошення, яке є наслідком професійної діяльності. Редукція

особистих досягнень характеризується знеціненням власних успіхів і результатів. У цьому стані людина схильна негативно оцінювати себе, обмежувати свої можливості як свідомо, так і на підсвідомому рівні [44].

Деперсоналізація, своєю чергою, проявляється у цинічному ставленні до роботи та об'єктів, з якими пов'язана професійна діяльність. У сфері соціальної взаємодії це може проявлятися у байдужості та холодному ставленні до клієнтів, які звертаються за підтримкою чи консультацією. Взаємини з ними набувають формального й безособового характеру, а внутрішнє негативне ставлення, спочатку приховане, з часом може стати явним, провокуючи конфліктні ситуації.

Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, синдром емоційного вигоряння кодується як Z73.0 (перевтома) [18]. Його прояви можуть посилюватися через внутрішні конфлікти між реальними умовами праці та бажаними, наприклад, через розбіжності у розмірі заробітної плати, обсязі обов'язків чи незручний графік роботи.

Прихильники однофакторної моделі емоційного вигоряння, серед яких А. Пінес і Е. Аронсон, вбачали у цьому явищі наслідок тривалого перебування в емоційно напружених ситуаціях, що спричиняє фізичне, емоційне та когнітивне виснаження [47]. Їхній підхід акцентує на виснаженні як ключовій складовій вигоряння, тоді як інші прояви вважалися похідними. За цією концепцією, вигоряння може торкатися представників будь-якої професії.

Значний внесок у вивчення цього феномену зробив професор В. Шауфеллі, запропонувавши двофакторну модель, яка включає емоційне виснаження та деперсоналізацію. У його моделі емоційне виснаження проявляється у фізичному дискомфорті, погіршенні самопочуття та нервовій напрузі, тоді як деперсоналізація характеризується зміною ставлення до себе та інших [49].

У середині 1990-х років американські дослідники вивели вивчення емоційного вигоряння на якісно новий рівень, розширивши сферу аналізу. Зокрема:

– фокус досліджень поширився на соціальні професії, де вигоряння стало особливо помітним;

- вигоряння почало трактуватися як наслідок хронічного професійного стресу, що дозволило глибше розкрити його природу;
- відбулися зміни у психодіагностичних підходах: поряд із методами, такими як шкала стомлюваності (The Tedium Scale) від А. Пінеса, з'являлися нові інструменти. Проте методика вимірювання вигоряння за К. Масlach залишалася найпоширенішою.
- почали проводитися міжкультурні дослідження, які дозволили краще зрозуміти вплив культурного контексту на прояви вигоряння.

Вивчення чинників професійного вигоряння є важливим кроком для розуміння механізмів цього явища, його впливу на здоров'я та ефективність працівників, а також для розробки стратегій профілактики і підтримки.

Закордонні дослідження, зокрема праці М. Вальтера, Левлора та інших, одноставно вказують на професійні стреси як на головну причину розвитку емоційного вигоряння. У складних робочих умовах професійний стрес виникає як природна реакція організму, що проявляється на фізіологічному та психологічному рівнях. Цей стрес є наслідком конфлікту між вимогами зовнішнього середовища та обмеженістю внутрішніх ресурсів людини [11].

Т. Зайчикова, Т. Грубі, Л. Карамушка визначають професійне вигоряння як результат неконтрольованого стресу, який виникає у відповідь на надмірні або часткові зусилля, спрямовані на виконання професійних завдань. Цей стан розглядається як психофізіологічна реакція, що супроводжується психологічним, емоційним, а подекуди й фізичним відстороненням від діяльності, обумовленим інтенсивним стресовим навантаженням [9].

Сучасні закордонні та українські дослідження одноставно свідчать, що професійний стрес є ключовим чинником розвитку емоційного вигоряння. Різноманітність проявів цього стресу зумовлена індивідуальними особливостями особистості та її життєвим досвідом. Емоційне вигоряння виступає однією з форм стресу, проте воно відрізняється від фізіологічного стресу, який ґрунтовно вивчав Г. Сельє. Вигоряння провокують чинники загрози та перешкод у професійній діяльності. Воно супроводжується значним когнітивним, емоційним

і комунікативним навантаженням, необхідністю швидкого прийняття рішень та підвищеною відповідальністю за результати роботи [17].

Українська дослідниця Т. Титаренко виділяє три основні групи чинників, що впливають на розвиток емоційного вигорання: особистісні, статусно-рольові та корпоративні (професійно-організаційні). На думку вченої, синдром вигорання найчастіше вражає так званих «трудоголиків» – людей, які надмірно відповідально ставляться до своїх обов'язків, проводять більшість часу на роботі, і для яких кар'єрні досягнення є пріоритетом. Вразливими до вигорання також є ті, хто прагне досягти визнання у всьому, надмірно емоційно реагує на стреси та негативно сприймає перешкоди на шляху до цілей. Серед соціальних чинників, що сприяють вигоранню, дослідниця виділяє: масштабні соціальні зміни, значущі життєві труднощі (наприклад, розлучення, втрату близьких), тривалу емоційну напругу, інтелектуальне перевантаження, постійний брак часу та хронічну втому, яка супроводжується дратівливістю та поспішністю під час роботи. Додаткові ризики пов'язані з порушенням балансу праці та відпочинку, зниженням інтересу до роботи, відсутністю творчого компонента в діяльності, надмірним трудовим навантаженням та впливом екстремальних обставин [32].

Г. Гнускіна виділяє низку чинників, що сприяють розвитку емоційного вигорання, які можна поділити на зовнішні та внутрішні:

1) зовнішні чинники:

– психоемоційна напруженість у роботі. Постійна взаємодія з людьми вимагає від фахівця прояву емоцій, впливу на співрозмовників та інтенсивного спілкування, що створює хронічну напругу;

– неефективна організація праці. Нечітке планування, технічні несправності, відсутність конкретної інформації чи особливості контингенту, з яким працює фахівець, стають джерелами стресу. Дестабілізація зачіпає як самого працівника, так і його співрозмовників, впливаючи на обидві сторони;

– підвищена відповідальність. У соціальній сфері працівники функціонують під постійним зовнішнім і внутрішнім контролем. Їм доводиться

приймати емоційні реакції партнерів, співчувати, вислуховувати, а також брати участь у спільній діяльності;

- несприятливий психологічний клімат. Конфлікти між працівниками, керівництвом або колегами створюють нервову атмосферу, яка змушує одних економити психічні ресурси, а інших – виснажувати свої емоції;

- контакт із важким психологічно контингентом. Постійна робота з людьми, які потребують особливої уваги, ускладнює професійну діяльність;

2) внутрішні чинники:

- схильність до емоційної ригідності. Емоційне вигорання частіше проявляється у людей із низькою реактивністю, стриманістю та повільністю нервових процесів. Водночас чутливість і вразливість гальмують механізми психологічного захисту;

- підвищена відповідальність і трудоголізм. Надмірна залученість у роботу без належного відпочинку прискорює розвиток синдрому;

- слабка мотивація до емоційної віддачі. Може проявлятися у двох варіантах: відсутність співпереживання через небажання або неспроможність мотивувати себе за емоційну участь;

- дезорієнтація особистості та моральні вади. Відсутність чітких цілей чи моральних орієнтирів у професійній діяльності посилює ризики вигорання [11].

На думку дослідників, таких як І. Булах, Г. Гнускіна, Г. Ожубко та інших, ключову роль у формуванні емоційного вигорання відіграють особистісні та індивідуально-психологічні характеристики працівників [3; 11; 23].

Сучасні українські дослідники визначають, що завершальним результатом процесу емоційного вигорання є комплекс переживань, який включає: емоційне виснаження (відчуття спустошеності та безсилля), деперсоналізацію (прояв байдужості, цинізму, черствості) та редукцію особистісних досягнень (знецінення власних професійних успіхів). Цей процес, який поступово розвивається з часом, позначається як синдром емоційного вигорання [25].

Дж. Грінберг запропонував концепцію, що описує емоційне вигорання як п'ятиступеневий процес:

– перша стадія – «медовий місяць». На початку роботи людина відчуває задоволення, ентузіазм і енергію. Вона натхненно виконує завдання, отримуючи від цього задоволення. Проте з часом виникають робочі стреси, що поступово знижують ентузіазм і енергійність, породжуючи незадоволеність;

– друга стадія – «нестача палива». З'являються ознаки втоми, апатії, порушення сну. Людина втрачає інтерес до роботи та своєї організації, її продуктивність помітно знижується. Професійна діяльність вже не викликає емоційного піднесення, і ситуація потребує додаткового стимулювання;

– третя стадія – хронічні симптоми. Постійне навантаження без належного відпочинку призводить до фізичного виснаження, зниження імунітету і появи захворювань. Людина стає дратівливою, відчуває необґрунтовану злість та пригніченість, що супроводжується відчуттям дефіциту часу;

– четверта стадія – криза. Характеризується частковою або повною втратою працездатності. Хронічні захворювання поглиблюють стан, людина стає незадоволеною своєю професійною діяльністю, якістю життя та ефективністю;

– п'ята стадія – «пробивання стіни». Проблеми фізичного та психологічного характеру досягають критичної форми, створюючи серйозну загрозу життю. Накопичення професійних труднощів може призвести до повного краху кар'єри [39].

Синдром професійного вигорання серед медиків набуває особливої актуальності в умовах воєнного стану, коли зростає кількість звернень за медичною допомогою, а самі фахівці змушені працювати в умовах підвищеного емоційного і фізичного навантаження. До основних чинників, що сприяють виникненню синдрому вигорання у медиків в умовах воєнного стану, належать:

1) емоційне навантаження. Медики змушені постійно стикатися з людськими стражданнями, болем і тривогами, що сприяє виснаженню їхніх емоційних ресурсів;

2) травматичний стрес. Робота в умовах воєнного стану піддає медиків ризику «вторинної травматизації», коли вони, співпереживаючи пацієнтам, самі стають уразливими до наслідків стресу. Це може призвести до емоційного

вигоряння та втрати професійної мотивації;

3) фізичне та психічне виснаження та обмежені можливості для відпочинку. В умовах підвищеного попиту на медичну допомогу – медики часто змушені працювати понаднормово, що призводить до хронічного виснаження. Відсутність можливості відновлення ресурсів значно підвищує ризик вигоряння;

4) відсутність підтримки та супервізії. Для медиків, які працюють у кризових умовах, дуже важлива професійна підтримка. Проте в умовах воєнного стану часто відсутні ресурси для організації супервізії, що ускладнює можливість отримати необхідну допомогу в процесі роботи.

Отже, різноманітність підходів і поглядів на феномен «емоційного вигоряння» у науковому середовищі свідчить про відсутність єдиного уявлення щодо патогенетичного механізму його розвитку. Сучасні дослідження розглядають емоційне вигоряння як комплексну кризу, що стосується всієї професійної діяльності, а не лише міжособистісних стосунків на роботі. Таке нове розуміння змінює акценти в основних компонентах вигоряння, серед яких емоційне виснаження, цинізм і професійна ефективність. Поняття деперсоналізації набуло ширшого значення, охоплюючи не лише негативне ставлення до клієнтів, але й до самої роботи та її сутності загалом.

Основні чинники, які сприяють розвитку емоційного вигоряння, умовно поділяються на дві групи: індивідуальні особливості особистості та специфіку професійної діяльності. Ці чинники мають дві ключові характеристики: зовнішні (організаційні) та внутрішні (особистісні). Такий підхід дозволяє комплексно оцінити природу вигоряння, враховуючи як внутрішній стан людини, так і вплив зовнішнього професійного середовища. В умовах воєнного стану в Україні виникають додаткові чинники, що сприяють розвитку синдрому вигоряння медиків: емоційне навантаження, травматичний стрес, фізичне та психічне виснаження, обмежені можливості для відпочинку та відновлення, відсутність підтримки та супервізії.

1.2. Сутність поняття «задоволеність життям» у сучасній науковій літературі

Поняття «задоволеність життям» є одним із ключових аспектів вивчення психологічного благополуччя людини. Воно активно досліджується в сучасній науковій літературі, оскільки є інтегральним показником суб'єктивного сприймання якості життя, впливаючи на емоційний стан, соціальну адаптацію та загальний рівень життєвої активності. У наукових підходах поняття «задоволеність життям» розглядається як багатовимірна категорія, що включає когнітивні, емоційні та мотиваційні компоненти.

Розуміння сутності цього явища варіюється залежно від теоретичного підходу: когнітивні теорії акцентують увагу на раціональному осмисленні життєвих обставин, тоді як емоційні моделі підкреслюють значення переживань та відчуттів. У контексті гуманістичної психології задоволеність життям пов'язується з особистісним зростанням та реалізацією потенціалу, а в позитивній психології – з балансом позитивних і негативних емоцій.

Найчастіше поняття «задоволеність життям» пов'язують із суб'єктивним благополуччям особистості. Суб'єктивне благополуччя трактується як когнітивно-афективна оцінка життєвої ситуації, що визначається як сприятлива або несприятлива [30]. У цьому контексті когнітивний компонент представлений задоволеністю життям – оцінкою відповідності реального стану справ ідеальним уявленням. Афективний компонент відображає баланс позитивних і негативних емоцій, які виникають у процесі оцінки життєвих обставин.

Історичний розвиток досліджень проблеми задоволеності життям демонструє її філософські витoki та дві ключові концептуальні перспективи: гедоністичний і еудемонічний підходи. Гедоністичний підхід зосереджується на принципах отримання задоволення, прагнучи відповісти на питання: «Що робить переживання та життя приємними чи неприємними?». У протизагу цьому, еудемонічний підхід розглядає людину не лише як механізм, що задовольняє свої потреби відповідно до умов існування та індивідуальних особливостей, а

насамперед як особистість, орієнтовану на реалізацію свого внутрішнього «даймону». Це поняття охоплює чесноти, прагнення і потенціали, закладені у людській природі, які ведуть до особистісного розвитку, усвідомлення змістовності та значущості життя. Індикаторами благополуччя в межах еудемонічного підходу вважаються наявність у людини високих цілей, трансцендентних перспектив, екзистенційних навичок, а також прагнення до самоактуалізації та самореалізації [8]. Таким чином, ці два напрями пропонують різні, але взаємодоповнювальні погляди на природу задоволеності життям і її взаємозв'язок із глибокими аспектами людського існування.

О. Віговська зазначає, що задоволеність життям формується як результат участі особистості в різноманітних соціальних процесах. Вона залежить від таких аспектів, як групова ідентичність, позитивне сприймання власної соціалізованості та адаптованості, а також відповідність ролевим очікуванням. У своїх працях дослідниця підкреслює важливість ефективної самореалізації, конструктивних міжособистісних відносин та соціального визнання. Саме ці чинники сприяють формуванню позитивного ставлення до життя, забезпечуючи гармонійне поєднання індивідуальних прагнень із соціальними очікуваннями [4, с. 164].

Р. Лукас і Р. Дінер визначають задоволеність життям як когнітивний аспект відчуття благополуччя, що відображає здатність людини до рефлексивного оцінювання власного життя та обставин. Згідно з їхнім підходом, це судження базується на переконанні, що життя складається позитивно і відповідає очікуванням [40].

Задоволеність життям – це складне, багатогранне та динамічне явище, яке виступає узагальненою оцінкою якості життя особистості. М. Мукашевич визначає якість життя як поняття, що охоплює сукупність умов і обставин, необхідних для повноцінного функціонування людини, а також оцінку їх фактичного існування [22, с. 128].

Показник якості життя має дві складові: об'єктивну, яка відображає досягнення особистості, та суб'єктивну, що пов'язана з оцінкою людиною

власного стану та обставин через призму самосвідомості [22, с. 129]. У цьому контексті задоволеність життям розглядається як процес і результат суб'єктивного оцінювання умов, змісту та якості своєї життєдіяльності, стосунків із іншими і самого себе у загальному онтологічному просторі. Ця оцінка відображає ефективність функціонування особистості, враховуючи досягнення і реалізовані цілі, та включає як емоційні, так і когнітивні аспекти. Когнітивна складова задоволеності життям полягає у свідомому аналізі власного життєвого досвіду, оцінці здійсненого та досягнутого, а також у формуванні цілісного і несуперечливого уявлення про світ, своє життя і себе у цій екзистенційній системі.

Якість життя має соціально-психологічну природу, яка проявляється у сприйманні людиною рівня задоволеності різними аспектами свого існування, включаючи облаштування життя та відповідність його умов особистим потребам. Оцінювання якості життя здійснюється за такими ключовими параметрами, як зазначає О. Віговська:

- фізичні аспекти: самопочуття, енергійність, рівень втоми, працездатність, якість сну та відпочинку;
- психологічні аспекти: самооцінка, когнітивні процеси, здатність до концентрації, наявність позитивних емоцій, подолання негативних переживань, мислення та саморегуляція;
- ступінь незалежності: здатність до щоденної активності, працездатність, ступінь залежності від медикаментів чи лікування;
- соціальне життя: активність у суспільстві, підтримка соціальних і дружніх зв'язків, професійна діяльність та її значущість для суспільства;
- оточуюче середовище: умови житла і побуту, рівень безпеки, можливості для дозвілля, доступ до інформації, екологічні показники (клімат, ступінь забрудненості, густонаселеність);
- духовність і переконання: особисті цінності, життєві орієнтири та духовна складова. Цей комплексний підхід дозволяє розглядати якість життя як багатовимірне явище, що охоплює як об'єктивні умови існування, так і

суб'єктивне сприймання особистістю свого благополуччя [4].

Таким чином, задоволеність життям є не лише ціннісно-оцінним ставленням до досягнутих результатів, але й усвідомленою позицією щодо свого життєвого шляху, ролі себе як суб'єкта життєтворення і здатності формувати гармонійне бачення свого існування.

Поняття «щастя», яке активно досліджував М. Аргайл, є тісно пов'язаним із категорією «задоволеність життям». М. Аргайл представив ґрунтовну працю, що узагальнює значний обсяг матеріалів західноєвропейських та американських досліджень, присвячених феномену щастя. Він розглядає фактори щастя не лише як джерела чи умови задоволеності життям, а й як характеристики самого суб'єкта, які включають сукупність особистісних рис, здатних до вимірювання та демонстрації статистично значущого зв'язку із задоволеністю життям. На думку Аргайла, щастя – це стан загальної задоволеності життям, який включає рефлексивну оцінку людиною свого минулого та теперішнього, а також частоту й інтенсивність позитивних емоцій [35].

Особливу увагу він приділяє соціальним зв'язкам, які є важливим джерелом психологічної підтримки. Значущими соціальними контактами є шлюбні відносини, внутрішньосімейні взаємини та близькі дружні зв'язки. Ще одним важливим чинником задоволеності життям є наявність роботи. Проте М. Аргайл наголошує, що вирішальну роль відіграють не матеріальні аспекти чи сам факт зайнятості, а психологічні характеристики праці: її різноманітність, самостійність, усвідомленість, суспільна цінність, емоційна атмосфера, а також стосунки з колегами та керівництвом.

Окрім роботи, важливим фактором є дозвілля та вільний час, які включають такі види активності, як рукоділля, перегляд медіа, заняття спортом, відвідування культурних чи історичних місць, кафе, ресторанів, танців тощо. За Аргайлом, дозвілля має навіть більшу значущість, ніж робота, оскільки пов'язане з внутрішньою мотивацією, задоволенням від спілкування, укріпленням почуття ідентичності та можливостями для відпочинку й релаксації [35].

Ще одним важливим фактором є стан здоров'я. Крім того, М. Аргайл

виділяє групу особистісних чинників, таких як самоповага, самооцінка, екстраверсія та усвідомленість життя. Таким чином, основними складовими задоволеності життям, на думку М. Аргайла, є: наявність близьких соціальних зв'язків, задоволеність роботою, здоров'я, дозвілля, позитивні емоції та особистісні якості. При цьому менше значення має матеріальний добробут, а такі фактори, як вік і стать, за його дослідженнями, не впливають на рівень задоволеності життям [36].

О. Даценко наголошує на факторній природі позитивної оцінки життя, виділяючи такі суб'єктивні чинники: позитивне ставлення до себе та свого життєвого шляху (самоприйняття і аутосимпатія), наявність цілей, занять і інтересів, які надають життю змістовність і наповненість, здатність ефективно виконувати щоденні обов'язки та контролювати життєві обставини, почуття постійного особистісного розвитку й самореалізації, а також автономність, самодетермінацію й самостійність у діях і прийнятті рішень [8].

Досліджуючи задоволеність життям, ключовим аспектом є здатність особистості задовольняти власні потреби. Рівень задоволеності життям формується на основі співвідношення між тим, наскільки успішно людина реалізує свої потреби, і тим, які ресурси вона витрачає для їх досягнення. Для гармонійного існування особистість має зберігати баланс між задоволенням своїх індивідуальних потреб та потреб суспільства, а також забезпечувати рівновагу між внутрішніми механізмами саморегуляції й зовнішніми умовами соціального середовища та психологічного простору [12].

Отже, аналіз сутності поняття «задоволеність життям» у сучасній науковій літературі дозволяє стверджувати, що це багатогранне та динамічне явище є інтегральним показником психологічного благополуччя особистості. Воно охоплює як когнітивні, так і емоційні аспекти, які визначають суб'єктивне сприймання якості життя, задоволення різними його сферами та умовами.

1.3. Особливості прояву самооцінки у медиків

Самооцінка є одним із ключових аспектів психологічного благополуччя, що визначає сприймання особистістю власної значущості, професійної компетентності та ефективності. У професіях, пов'язаних із високою емоційною напругою, таких як медична, самооцінка відіграє особливу роль, впливаючи на здатність приймати рішення, рівень відповідальності, взаємодію з пацієнтами та колегами, а також стійкість до професійного стресу.

Медики стикаються з унікальними викликами, такими як відповідальність за життя та здоров'я пацієнтів, необхідність швидко приймати рішення в умовах невизначеності та робота в стресових ситуаціях. Це зумовлює специфічні прояви самооцінки, які можуть коливатися від впевненості у своїй компетентності до сумнівів у власних можливостях. Особливе значення має вплив професійного середовища, взаємодії з пацієнтами та рівень підтримки з боку колективу на формування та стабільність самооцінки медиків.

Насамперед необхідно визначити сутність поняття «самооцінка». На певному етапі розвитку психології феномен самооцінки став об'єктом пильної уваги науковців, оскільки висока самооцінка почала вважатися ключовим чинником досягнення внутрішньої гармонії та благополуччя. Це зумовило значне зростання кількості досліджень, спрямованих на вивчення різних аспектів самооцінки та її впливу на різні сфери людського життя. Водночас сам феномен залишався недостатньо теоретично осмисленим і переважно аналізувався через призму рівнів самооцінки. Як наслідок, з'явилася низка наукових праць, у яких низька самооцінка асоціювалася з виникненням негативних емоційних станів і поведінкових проблем.

Деякі дослідники пов'язували низьку самооцінку з соціальними та особистими труднощами, тоді як висока самооцінка отримала статус універсального джерела щастя, життєвого успіху та задоволення. У західній культурі самооцінка почала сприйматися, як базовий психологічний ресурс, і навіть як одна з ключових особистісних характеристик. Це породило масову

зацікавленість у її підвищенні, що дало поштовх формуванню широкого соціального руху за самоповагу. Почали розроблятися різноманітні програми для підвищення самооцінки, створюватися організації й асоціації, а сама проблема набула значення загальнонаціонального масштабу [1].

Проте згодом, із накопиченням емпіричних даних, виникло розчарування у популярних уявленнях про самооцінку. З'ясувалося, що висока самооцінка не є універсальним «рецептом» для досягнення особистого та соціального благополуччя. Навпаки, у певних ситуаціях вона може спричиняти негативні наслідки, зокрема надмірну впевненість, ігнорування ризиків чи соціальну ізоляцію. Ці висновки поставили під сумнів однозначну цінність високої самооцінки, що дало змогу більш глибоко переосмислити її роль у психологічному розвитку та житті людини.

Самооцінка охоплює здатність людини оцінювати власні можливості та ресурси, що дозволяє їй адекватно планувати дії, брати на себе реалістичні зобов'язання й визначати завдання, які відповідають її цілям і вимогам соціального середовища. Уперше поняття «самооцінка» та «образ себе» ввів у науковий обіг Вільям Джеймс, включивши ці терміни до структури особистості [42]. Згодом низка видатних психологів також досліджували феномен самооцінки, підкреслюючи його значущість для розуміння людської природи.

Карл Роджерс зазначав, що більшість людей недооцінюють себе, часто вважаючи себе негідними любові чи неспроможними досягти успіху. На думку Джона Пауелла, комплекси неповноцінності притаманні всім, і навіть ті, хто демонструє впевненість у собі, часто просто приховують свої внутрішні сумніви [27].

Самооцінка є відношенням людини до самої себе, яке включає її уявлення про власну особистість, переконання, почуття та емоції, спрямовані на сприймання себе та власної долі [24]. Як інтегральний результат процесів самопізнання та самоствавлення, самооцінка відіграє ключову роль у психічному житті особистості. Вона є центральним елементом структури особистості, визначаючи її поведінку, діяльність і здатність до соціальної адаптації.

Функціонуючи, як внутрішній регулятор, самооцінка впливає на прийняття рішень, ставлення до викликів і здатність долати труднощі. Цей механізм саморегуляції є важливим інструментом, який формує ядро особистості, впливаючи на її психологічне благополуччя, соціальні відносини та професійну самореалізацію. У цьому сенсі самооцінка не лише визначає, як людина сприймає себе, але й формує її перспективи розвитку та взаємодії зі світом.

Самооцінка є об'єктом численних досліджень як у вітчизняній, так і в зарубіжній психології. Учені зосереджують увагу на різних аспектах цього складного феномена, зокрема на особливостях його розвитку, структурі та функціях. Вагомий внесок у вивчення самооцінки зробили вітчизняні психологи, серед яких Л. Березовська, О. Бойко, Г. Горун, Т. Прокопенко, а також відомі зарубіжні фахівці, такі як Е. Еріксон і К. Роджерс.

У їхніх працях розглядаються механізми формування самооцінки, її вплив на здатність до самореалізації, соціальну адаптацію та вибір поведінкових стратегій. Особлива увага приділяється її ролі у забезпеченні психологічного благополуччя особистості. Науковці підкреслюють, що самооцінка тісно пов'язана з мотивацією, емоційною стійкістю та здатністю ефективно взаємодіяти з соціальним середовищем.

У працях Р. Мейлі особливу увагу приділено питанню задоволеності або незадоволеності людини собою. У цьому контексті автор аналізує такі ключові поняття, як «самооцінка», «образ себе» та «рівень домагань». Використовуючи термін «задоволеність собою» як синонім самооцінки, Мейлі акцентує її центральну роль у формуванні поведінки та розвитку особистості [16].

Самооцінка є важливим психологічним компонентом, який визначає, як людина сприймає власну цінність і значущість. Вона впливає на формування впевненості у власних силах, рівень мотивації та здатність досягати поставлених завдань. Люди з високою самооцінкою зазвичай демонструють більшу готовність ризикувати, досліджувати нові можливості та досягати успіху.

Дослідження феномена самооцінки є складним завданням для психологів через її багатовимірний характер. Самооцінка поєднує два взаємопов'язані

аспекти: процесуальний і структурно-підсумковий, що відображає її подвійну природу, як динамічного процесу та особистісного утворення. Такий підхід знаходить своє відображення у визначеннях, які пропонуються в психологічній літературі [16]. Процесуальний аспект самооцінки зосереджений на постійному оцінюванні людиною своїх здібностей, рис, досягнень і недоліків у контексті різноманітних життєвих ситуацій і соціальних взаємодій. Це безперервний і змінний процес, який адаптується під впливом нових досвідів, успіхів чи невдач. Структурно-підсумковий аспект стосується стабільної складової особистості, яка формується на основі накопиченого життєвого досвіду. Він включає відносно постійне сприймання людиною своїх можливостей, якостей і цінностей, що впливає на її поведінку, ухвалення рішень і ставлення до себе та оточення. Структурно-підсумковий аспект є результатом довготривалого процесу оцінювання і проявляється у вигляді самоусвідомлення та самоприймання.

Закордонні дослідники, такі як Р. Бернс, С. Куперсміт і М. Розенберг, вивчають самооцінку у зв'язку з поняттям «Я-концепція» – сукупністю уявлень індивіда про себе, доповненою їхньою оцінкою. «Я-концепція» не лише описує, ким є людина, але й те, як вона сприймає і оцінює себе. У структурі «Я-концепції» виділяють два основні компоненти:

- описова складова – це «образ Я» або «картина Я», що включає уявлення індивіда про себе;
- оціночна складова – це самооцінка, яка виражає ставлення людини до власної особистості чи окремих її якостей.

Розмежування між цими частинами дозволяє розглядати «Я-концепцію» як систему установок, спрямованих на себе. Самооцінка, будучи її центральним елементом, є ключовим регулятором поведінки, впливає на життєві стратегії, адаптацію та емоційне благополуччя людини [27]. Самооцінка є фундаментальним компонентом «Я-концепції» особистості, який відображає значущість і цінність, що людина приписує різним аспектам свого «Я», своїй поведінці, діяльності та власній особистості загалом. У психологічному сенсі самооцінка трактується як суб'єктивне оцінювання людиною власних

можливостей, серед яких фізичні, інтелектуальні, емоційно-вольові, комунікативні здібності, а також моральні якості. Вона також включає ставлення до себе, до інших людей і до свого місця в суспільстві.

На думку Т. Прокопенко, розвиток «Я-концепції» пов'язаний із поступовим наповненням її новим змістом, що виникає завдяки усвідомленню оцінок, які індивід отримує від інших людей. У подальшому ці зовнішні оцінки зіставляються із власними уявленнями про себе. Цей процес відіграє вирішальну роль у формуванні самооцінки, дозволяючи людині усвідомлювати свої сильні сторони, визначати недоліки та вибудовувати більш реалістичний образ себе [27]. Таким чином, самооцінка постає як інтеграція внутрішніх рефлексій та соціального досвіду, який значною мірою формує сприймання людиною своєї особистості та ролі у суспільстві.

Розвиток «Я-концепції» є динамічним процесом, що залежить від змін у ставленні особистості до себе та до оточуючого середовища. Ця концепція є внутрішнім ядром особистісної структури, яке формується на основі відображення системи взаємин людини із собою та зовнішнім світом. Вона виступає, як ключовий регулятор поведінки, почуттів, емоцій, психологічного благополуччя та життєвого успіху. «Я-концепція» виконує функцію механізму, що санкціонує ставлення людини до себе і до інших, інтегруючи минулий досвід, теперішнє сприйняття та уявлення про майбутнє.

С. Куперсміт приділяв значну увагу питанням формування, підвищення та оптимізації самооцінки, досліджуючи чинники, які сприяють її зміцненню або, навпаки, знижують її рівень. Як і М. Розенберг, він розглядав самооцінку як прояв установки на прийняття або неприйняття себе, а також як показник того, наскільки людина оцінює себе як здатну, значущу, успішну та цінну особистість [24]. Таким чином, самооцінка є суб'єктивною думкою людини про власну цінність, що відображає її загальне ставлення до себе.

Проте підхід Куперсміта відрізняється від підходу Розенберга акцентом на особистому досвіді індивіда як ключовому чиннику формування самооцінки, тоді як Розенберг більше зосереджувався на когнітивних та соціальних аспектах

[42]. Куперсміт виділяв важливі умови, необхідні для розвитку здорової самооцінки: батьківську теплоту, наявність чітких кордонів і шанобливе ставлення до особистості дитини [24]. Його дослідження також охоплювали взаємозв'язок між самооцінкою, можливими загрозами для неї та стратегіями психологічного захисту, які людина використовує в таких ситуаціях. Куперсміт аналізував, як ці захисні механізми впливають на поведінку та адаптацію особистості, формуючи різні типи самооцінки. Цей підхід дозволяє глибше зрозуміти, як самооцінка взаємодіє з довкіллям, впливаючи на розвиток, навчання та способи реагування на життєві виклики. Завдяки цьому праці Куперсміта стали важливим внеском у розуміння самооцінки як багатогранного феномена, що визначає поведінку та життєві стратегії людини.

Професійна самооцінка, яка розглядається у динаміці розвитку, поділяється на два типи: диференційно-особистісну самооцінку (ДОС) та інтегрально-особистісну самооцінку (ІОС). Диференційно-особистісна самооцінка формується шляхом рефлексії та порівняння окремих професійних умінь, дій і якостей із зовнішніми критеріями оцінки. Вона виражається переважно через когнітивні аспекти, такі як аналіз та оцінка ефективності виконаних завдань. Інтегрально-особистісна самооцінка є результатом узагальнення і осмислення етапів професійного становлення на основі внутрішніх ціннісних критеріїв. Вона відображає ставлення людини до себе як до професіонала та ґрунтується на особистісно значущих цінностях.

Процес становлення і розвитку професійної самооцінки базується на механізмі інтеграції професійно важливих якостей у структуру особистості через аксіогенез. Цей механізм передбачає поступовий перехід від орієнтації на зовнішні критерії оцінки (наприклад, педагогічні чи соціальні стандарти) до внутрішніх цінностей, зокрема діяльнісних і моральних.

Згідно з дослідженнями І. Височиної, В. Крамарчука, Н. Башкірової та О. Гайдук, лікарі-інтерни спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина» демонструють завищений рівень амбіцій і самооцінки у виконанні базових практичних навичок за своїм фахом. Крім того, у кожного другого інтерна

першого року навчання спостерігається внутрішній конфлікт між уявленням про ідеальний образ себе (Я-ідеальне) та реалістичним сприйманням своїх професійних можливостей (Я-реалістичне), що впливає на їхню оцінку власних професійних здібностей [6].

Згідно з дослідженням М. Чекрижової, середні показники самооцінки студентів-медиків розподіляються наступним чином: у першокурсників – 7,13; у третьокурсників – 6,41; у студентів 5-6 курсів – 7,35. Ймовірно, висока самооцінка новачків пов'язана з їхньою психологічною готовністю до майбутньої професії, що формує оптимістичне уявлення про власні здібності. Згодом, із набуттям професійного досвіду, самооцінка стає більш реалістичною, а при фрустраціях – навіть заниженою, що проявляється у студентів третього курсу. На старших курсах (5-6) навчальний процес сприяє зростанню самооцінки, яка стає більш критично реалістичною. Високі показники самооцінки на цьому етапі свідчать про впевненість у своїх професійних можливостях та готовність до практичної діяльності лікаря [34].

Отже, самооцінка у медиків є багатограним феноменом, що визначається специфікою їхньої професійної діяльності, яка вимагає високого рівня відповідальності, емпатії та психологічної стійкості. На різних етапах професійного становлення самооцінка зазнає динамічних змін: від оптимістичної на початку навчання, через реалістичну та критичну під час набуття досвіду, до стабільної й інтегрованої на завершальних етапах кар'єрного зростання. Фактори, що впливають на самооцінку медиків, включають професійні успіхи та невдачі, міжособистісні взаємини, рівень стресу, а також ризики професійного вигорання. Адекватна самооцінка, яка базується на рефлексії та усвідомленні власних професійних здібностей, є ключовою для підтримки ефективності роботи та психоемоційного здоров'я.

Висновки до першого розділу

Синдром професійного вигорання є складним і багатоаспектним явищем, що вимагає комплексного підходу до його вивчення та вирішення. Особливо це стосується працівників соціально орієнтованих професій, зокрема медиків, діяльність яких супроводжується постійним емоційним напруженням, інтенсивною взаємодією з людьми та високою відповідальністю за життя і здоров'я пацієнтів. В умовах воєнного стану ці чинники посилюються, що значно підвищує ризик емоційного виснаження та професійного вигорання. Дослідження показують, що емоційне вигорання розвивається поступово, проходячи через кілька стадій: від ентузіазму й захоплення до критичного етапу повного виснаження. Основними компонентами синдрому є емоційне виснаження, деперсоналізація та зниження почуття професійної компетентності.

У наукових підходах поняття «задоволеність життям» розглядається через призму різних теоретичних перспектив: від гедоністичного підходу, який акцентує увагу на отриманні задоволення, до еудемонічного, що зосереджується на особистісному розвитку, реалізації потенціалу та усвідомленні змістовності життя. Історичний розвиток досліджень демонструє зростання інтересу до цього феномена та його зв'язок із широким спектром соціально-психологічних і особистісних чинників. Задоволеність життям формується під впливом низки чинників, таких як позитивні соціальні зв'язки, робота, дозвілля, стан здоров'я, особистісні характеристики, а також здатність до саморегуляції та реалізації власних потреб. Значущими є також суб'єктивні чинники: самоприймання, наявність цілей, інтересів і здатність до самостійності в прийнятті рішень.

Самооцінка є важливим психологічним компонентом, що впливає на всі аспекти особистісного та професійного життя людини, особливо у сферах із високим рівнем емоційного напруження, таких як медицина. У медиків самооцінка відіграє ключову роль у забезпеченні ефективності професійної діяльності, впливаючи на прийняття рішень, взаємодію з пацієнтами та стійкість до стресу.

РОЗДІЛ 2

ПРОЦЕДУРИ ТА МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ЗАДОВОЛЕНOSTІ ЖИТТЯМ І САМООЦІНКИ У МЕДИКІВ З РИЗИКОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ

2.1. Структура та процедура емпіричного дослідження

Дослідження залежності задоволеності життям і самооцінки у медиків із ризиком емоційного вигорання зумовлена специфікою їхньої професійної діяльності. Робота медичних працівників характеризується високим рівнем емоційного напруження, значною відповідальністю та постійним контактом із людськими стражданнями. Це створює передумови для розвитку синдрому професійного вигорання, який негативно впливає на психічне здоров'я, професійну ефективність та загальну якість життя медиків.

Одним із важливих аспектів психологічного благополуччя є самооцінка, яка визначає ставлення людини до себе, своїх здібностей і досягнень. У медиків самооцінка виконує роль внутрішнього ресурсу, що допомагає долати стресові ситуації, зберігати професійну мотивацію та стійкість до вигорання. Водночас задоволеність життям є інтегральним показником суб'єктивного благополуччя, який відображає гармонійність між очікуваннями особистості та її реальними умовами життя.

Мета емпіричного дослідження – визначити залежність задоволеності життям і самооцінки у медиків з ризиком емоційного вигорання.

Емпіричне дослідження проходило в три етапи:

1) на першому етапі дослідження було розроблено програму дослідження, дібрано діагностичні методики для визначення рівня самооцінки, задоволеності життям та емоційного вигорання. Також цей етап передбачав формування вибірки досліджуваних;

2) на другому етапі дослідження було проведено діагностику з визначення рівня самооцінки, задоволеності життям та емоційного вигорання;

3) на третьому етапі було проаналізовано результати дослідження, визначено взаємозв'язок задоволеності життям і самооцінки у медиків з ризиком емоційного вигоряння та розроблено рекомендації щодо профілактики синдрому «вигоряння» та підвищення рівня задоволеності життям і самооцінки медиків.

Було визначено критерії формування вибірки досліджуваних. До неї увійшли медичні працівники різних спеціальностей і стажу роботи, які працюють у середовищах із високим рівнем емоційного навантаження. Вибірка складалася з 35 осіб віком від 25 до 55 років, що дозволило забезпечити репрезентативність отриманих даних. Дослідження здійснювалося в умовах, які забезпечували комфорт респондентів та об'єктивність отриманих даних. Було забезпечено конфіденційність і добровільність участі.

2.2. Методики дослідження залежності задоволеності життям і самооцінки у медиків з ризиком емоційного вигорання

Самооцінка виступає важливим регулятором поведінки та діяльності, впливаючи на здатність медиків справлятися зі стресовими ситуаціями, приймати рішення та взаємодіяти з пацієнтами. Водночас задоволеність життям є інтегральним показником, який відображає суб'єктивне ставлення до власних досягнень і умов життя. Порушення цих аспектів може призводити до розвитку емоційного вигорання, що негативно впливає на якість роботи та психоемоційний стан медичних працівників.

Для дослідження зазначених чинників важливо використовувати комплексний підхід, що дозволяє оцінити рівні емоційного вигорання, самооцінки та задоволеності життям. У межах нашого дослідження застосовано такі діагностичні методики:

- 1) методика «Діагностика професійного «вигорання» (К. Маслач, С. Джексон);
- 2) тест «Знаходження кількісного вираження рівня самооцінки» за методикою С. Будассі;
- 3) «Шкала задоволеності життям» (The satisfaction with life scale) Е. Дінера.

Методика «Діагностика професійного «вигорання» (К. Маслач, С. Джексон). Методика була розроблена К. Маслач і С. Джексоном у 1986 році і є одним із найпоширеніших і найефективніших інструментів для діагностики професійного вигорання. Цей інструмент застосовується у сферах, які потребують інтенсивної взаємодії з людьми, і дозволяє оцінити рівень емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції професійних досягнень. Методика забезпечує розуміння не лише рівня вигорання, а й його ключових складових, що дає змогу розробляти цілеспрямовані програми психологічної підтримки та профілактики.

Опитувальник складається з 22 тверджень, кожне з яких спрямоване на

оцінку певних аспектів емоційного вигоряння. Респонденти оцінюють ці твердження за семибальною шкалою, де «0» означає «ніколи», а «6» – «завжди». Отримані дані дозволяють визначити рівень емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції професійних досягнень, які є ключовими компонентами синдрому вигоряння.

Шкала «Емоційне виснаження» включає 9 тверджень і відображає ступінь зниження емоційного тону, відчуття психічної втоми та втрати інтересу до роботи. Це емоційне виснаження часто супроводжується втратою здатності до емоційного реагування на потреби інших. Результати за цією шкалою оцінюються за такими критеріями: 0–7 балів – низький рівень, 8–17 балів – середній рівень, 18 і більше балів – високий рівень емоційного виснаження. Високі показники за цією шкалою є основною ознакою розвитку професійного вигоряння.

Шкала «Деперсоналізація» складається з 5 тверджень і характеризує рівень емоційної відстороненості та байдужості до людей, із якими респондент взаємодіє в межах своєї професійної діяльності. Це може проявлятися у формалізації відносин, утраті емпатії, а також у байдужому чи навіть цинічному ставленні до клієнтів або пацієнтів. Показники за цією шкалою оцінюються наступним чином: 0–4 бали – низький рівень, 5–10 балів – середній рівень, 11 і більше балів – високий рівень деперсоналізації. Високі результати за цією шкалою свідчать про серйозні проблеми у професійній взаємодії.

Шкала «Редукція професійних досягнень» включає 8 тверджень, які оцінюють рівень задоволеності працівника своїми професійними успіхами. На відміну від інших шкал, ця шкала має зворотну залежність: високі показники вказують на низький рівень редукції професійних досягнень, а низькі – на їх значну редукцію. Показники інтерпретуються так: 0–22 бали – високий рівень редукції, 23–30 балів – середній рівень, 31 і більше – низький рівень редукції професійних досягнень. Низький рівень за цією шкалою вказує на те, що працівник може втратити відчуття професійної значущості й успішності.

Для визначення інтегрального індексу вигоряння сума балів усіх трьох

шкал підсумовується, причому значення за шкалою «Редукція професійних досягнень» використовуються у зворотному форматі. Високий загальний бал свідчить про значний рівень професійного вигоряння, що потребує термінового втручання для запобігання подальшому погіршенню стану респондента.

Методика «Знаходження кількісного вираження рівня самооцінки» за методикою С. Будассі. Методика спрямована на детальне вивчення самооцінки особистості та базується на методі ранжування. Головною метою цієї методики є визначення рівня самооцінки у кількісному вираженні.

Процедура проведення тесту починається з ознайомлення досліджуваного зі списком слів, які характеризують різні якості особистості. На основі цього списку респондент у другій колонці таблиці зазначає 20 характеристик, які він вважає значущими. З них 10 мають представляти його «ідеальне Я» (позитивні якості, якими він прагне володіти), а решта 10 – це негативні риси, які, на його думку, не повинні бути притаманні ідеальній людині.

Далі досліджуваний переходить до заповнення колонки X1, у якій він описує власні риси. Тут важливо розташувати якості за ступенем їхньої виразності: на перше місце виносяться ті, які найсильніше характеризують особистість, а на останнє – найменш виражені. Розташування позитивних і негативних якостей у цій колонці не має принципового значення, головне, щоб респондент був щирим у своїх відповідях.

Наступним кроком є заповнення колонки X2, де досліджуваний описує свій ідеал людини. Якості з другої колонки таблиці також ранжуються за важливістю: на перше місце ставиться найбільш бажана якість, на останнє – та, яка в ідеалі повинна бути відсутня. Під час заповнення цієї частини респонденту рекомендується закрити колонку X1, щоб уникнути впливу попереднього вибору на формування уявлення про «ідеальне Я».

Методика «Шкала задоволеності життям» (The satisfaction with life scale) Е. Дінера. Шкала задоволеності життям була створена в 1985 році групою дослідників на чолі з Едвардом Дінером. Це простий і ефективний інструмент, який дозволяє оцінити рівень суб'єктивного благополуччя

особистості. SWLS складається з п'яти питань, на які респонденти відповідають за 7-бальною шкалою Лікерта, оцінюючи ступінь своєї згоди з кожним твердженням.

Шкала знаходиться у відкритому доступі, зокрема на офіційному вебсайті Е. Дінера, що забезпечує її широке використання в наукових і прикладних дослідженнях. Вона відзначається своєю універсальністю: питання формулюються загально, а не конкретно, що дозволяє респондентам оцінювати різні аспекти свого життя, виходячи з власних цінностей і уявлень про щастя. Такий підхід забезпечує отримання інтегрального показника глобальної задоволеності життям.

Перші три запитання шкали акцентують увагу на оцінці теперішнього життя, наприклад: «Переважно моє життя близьке до мого ідеалу», «Обставини мого життя винятково сприятливі», «Я задоволений(-на) своїм життям». Два останніх запитання фокусуються на минулому досвіді респондента: «У мене в житті є те, що мені дійсно необхідне» і «Якби я міг прожити своє життя заново, я б залишив(-ла) все без змін».

Однією з ключових переваг SWLS є її лаконічність. Завдяки короткій формі опитувальник зручний для експрес-діагностики та тривалих досліджень, де важливо мінімізувати навантаження на респондентів. Іншою важливою перевагою є нейтральність запитань: вони не залежать від конкретного психосоціального чи культурного контексту. Наприклад, фрази на кшталт «Я задоволений(-на) своїм життям» чи «Переважно моє життя близьке до мого ідеалу» є абстрактними та універсальними, що дозволяє оцінити загальний рівень задоволеності без прив'язки до конкретних обставин чи чинників. Ця абстрактність робить SWLS унікальним інструментом, який забезпечує об'єктивність і незалежність від культурних, соціальних чи релігійних упереджень. Шкала відображає суб'єктивний рівень глобальної задоволеності життям і виступає нейтральним показником психологічного благополуччя особистості, що дозволяє використовувати її у різних країнах і дослідницьких контекстах.

Для аналізу результатів опитування підсумовуються бали, набрані респондентом за всіма п'ятьма пунктами шкали. Підсумковий бал інтерпретується відповідно до встановлених категорій, які відображають рівень задоволеності життям:

- 31-35 балів – повністю задоволений життям. Цей діапазон вказує на високий рівень суб'єктивного благополуччя. Респондент сприймає своє життя як ідеальне, повністю задовольняє свої потреби й цілі;

- 26-30 балів – задоволений життям. У цьому діапазоні респондент переважно оцінює своє життя позитивно. Хоча можуть бути певні незначні аспекти для покращення, загальне сприймання є позитивним;

- 21-25 балів – майже задоволений життям. Результат свідчить про помірний рівень задоволеності. Респондент загалом позитивно ставиться до свого життя, але може відчувати, що деякі аспекти потребують удосконалення;

- 20 балів – нейтральний (не визначився). Цей бал свідчить про відсутність чіткої позиції щодо задоволеності життям. Респондент може відчувати як позитивні, так і негативні аспекти, не схилившись до однієї із сторін;

- 15-19 балів – майже незадоволений життям. Респондент демонструє тенденцію до незадоволеності життям. Можливо, він стикається з труднощами або невдоволенням у ключових сферах свого існування;

- 10-14 балів – незадоволений життям. Цей діапазон вказує на низький рівень суб'єктивного благополуччя. Респондент відчуває значне невдоволення своїм життям і, ймовірно, вважає, що багато аспектів потребують змін;

- 5-9 балів – вкрай незадоволений життям. Найнижчий рівень задоволеності. Респондент сприймає своє життя переважно негативно, відчуває серйозне невдоволення й потребує суттєвих змін або підтримки для покращення свого психологічного стану.

Для визначення взаємозв'язку між задоволеністю життям і самооцінкою у медиків із ризиком емоційного вигорання було використано коефіцієнт кореляції Пірсона, який дозволяє оцінити силу та напрям лінійного зв'язку між двома

кількісними змінними. Спочатку було зібрано дані за допомогою шкали задоволеності життям (SWLS) та методики оцінки рівня самооцінки С. Будассі. Отримані результати перевірялися на відповідність умовам застосування коефіцієнта Пірсона. Розрахунок коефіцієнта кореляції Пірсона проводився за стандартною формулою, що враховує відхилення кожного значення змінної від її середнього значення. Коефіцієнт r приймає значення від -1 до +1, де позитивне значення вказує на прямий зв'язок (збільшення одного показника супроводжується збільшенням іншого), негативне – на зворотний зв'язок (збільшення одного показника супроводжується зменшенням іншого), а значення, близьке до нуля, вказує на відсутність зв'язку.

Висновки до другого розділу

У розділі було представлено структуру, етапи проведення емпіричного дослідження та опис використаних діагностичних методик, які дозволили вивчити взаємозв'язок між задоволеністю життям і самооцінкою у медичних працівників із ризиком емоційного вигорання. Робота медиків, що супроводжується високим рівнем емоційного навантаження, постійною відповідальністю та контактом із людськими стражданнями, є важливим чинником, що впливає на їхнє психологічне благополуччя та формування професійного вигорання.

Дослідження реалізовувалося в три етапи: підготовчий (розробка програми, вибір методик і формування вибірки), діагностичний (проведення оцінювання за допомогою вибраних інструментів) та аналітичний (обробка отриманих даних, встановлення взаємозв'язків і формулювання рекомендацій). Було створено репрезентативну вибірку з 35 медичних працівників різного віку, стажу роботи та спеціальностей, що дозволило забезпечити повноту й об'єктивність отриманих результатів.

У дослідженні використовувалися три основні методики: «Діагностика професійного вигорання» (К. Маслач, С. Джексон) – для оцінки рівня емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції професійних досягнень; тест С. Будассі – для визначення рівня самооцінки; Шкала задоволеності життям (SWLS, Е. Дінер) – для вимірювання загального рівня задоволеності життям.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ НА РІВЕНЬ ЗАДОВОЛЕНOSTІ ЖИТТЯМ ТА САМООЦІНКУ МЕДИКІВ

3.1. Особливості емоційного вигоряння, рівня задоволеності життям та самооцінки медиків

Результати діагностики медиків за методикою «Діагностика професійного «вигоряння» (К. Маслач, С. Джексон) представлено в табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Результати діагностики професійного вигоряння медиків за К. Маслач, С. Джексон, %

Шкала	Рівні		
	Високий	Середній	Низький
Емоційне виснаження	40	45,8	14,2
Деперсоналізація	45,7	37,1	17,2
Редукція особистісних досягнень	14,2	51,6	34,2
Вигоряння	40	45,8	14,2

Результати діагностики професійного вигоряння медичних працівників за методикою К. Маслач і С. Джексон свідчать про високий рівень емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження особистісних досягнень у значної частини досліджуваних. Зокрема, 40% (14 осіб) медиків мають високий рівень емоційного виснаження, що проявляється у постійній втомі, відчутті знесилання, труднощах із концентрацією уваги та мотивацією до роботи. Вони часто скаржаться на відсутність енергії, апатію, дратівливість, а також соматичні прояви, такі як головний біль, порушення сну. Середній рівень емоційного виснаження мають 45,8% (16 осіб) медичних працівників, що свідчить про часткове вигоряння, яке ще не досягло критичної стадії, проте при тривалому впливі стресових чинників може перейти у високий рівень. Лише 14,2% (5 осіб) медиків не відчувають значного виснаження та справляються зі стресовими навантаженнями.

Щодо деперсоналізації, яка передбачає емоційне відсторонення та цинічне ставлення до пацієнтів, високий рівень цього показника мають 45,7% (16 осіб) респондентів. Це означає, що майже половина досліджуваних демонструє байдужість або навіть роздратованість у взаємодії з пацієнтами, що може проявлятися у формальному виконанні професійних обов'язків, грубих або різких відповідях, відчутті байдужості до результатів своєї роботи. Деперсоналізація є захисною реакцією на емоційне перенавантаження, що може призводити до зниження якості медичних послуг і зростання конфліктів між персоналом та пацієнтами. Середній рівень деперсоналізації спостерігається у 37,1% (13 осіб) респондентів, що свідчить про певні ознаки емоційного відсторонення, але ще не досягнення критичної межі. Лише 17,2% (6 осіб) медичних працівників демонструють низький рівень цього показника, що означає, що вони зберігають емпатійне ставлення до пацієнтів.

Редукція особистісних досягнень також є важливим індикатором професійного вигоряння. Високий рівень цього показника мають 14,2% (5 осіб) медиків, що проявляється у відчутті ефективності, високій мотивації до професійного розвитку, упевненості у своїй компетентності та наявності задоволення від виконаної роботи. Вони можуть відчувати, що їхні зусилля мають значення, а їхня професійна діяльність приносить користь. Середній рівень редукції особистісних досягнень мають 51,6% (18 осіб) респондентів, що свідчить про потенційний ризик подальшого зниження мотивації та професійного вигоряння. Низький рівень цього показника зафіксовано у 34,2% (12 осіб) медичних працівників, які все не зберігають віру у свої професійні здібності, мають низьку мотивацію до роботи, сумніваються у власній компетентності.

Отже, результати дослідження вказують на значне поширення симптомів професійного вигоряння серед медичних працівників. Високий рівень емоційного виснаження та деперсоналізації у майже половини досліджуваних свідчить про перевантаження, що може призводити до зниження якості медичних послуг, підвищеної конфліктності у колективі та проблем зі здоров'ям

самих медиків. Більше половини респондентів демонструють середній рівень редукції особистісних досягнень, що вказує на можливість подальшого розвитку професійного вигорання.

На рис. 2.1 представлено результати самооцінки медиків за методикою С. Будассі.

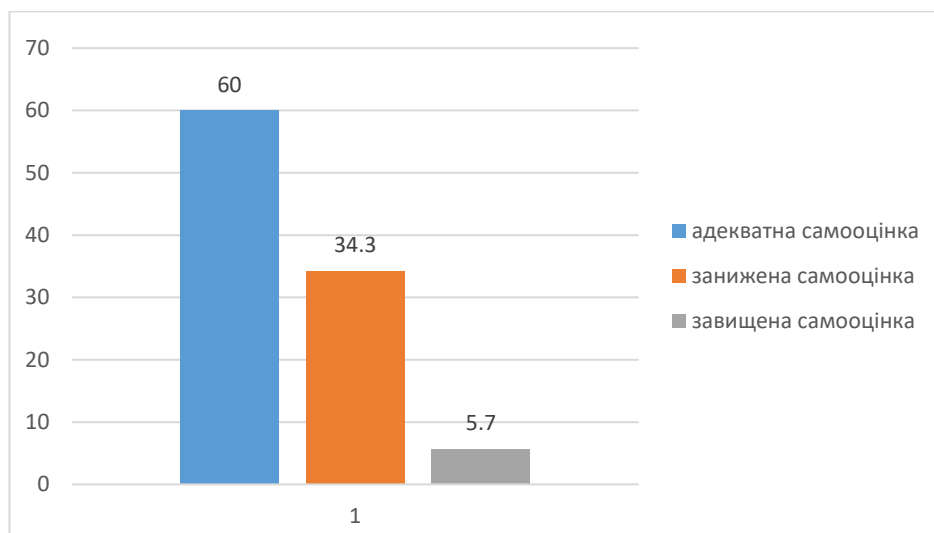


Рис. 2.1. Результати самооцінки медиків за методикою С. Будассі, %

Результати діагностики самооцінки за методикою С. Будассі показали, що 60% (21 особа) респондентів мають адекватну самооцінку, 34,3% (12 осіб) – занижену, а 5,7% (2 особи) – завищену. Адекватна самооцінка, яка притаманна більшості досліджуваних, свідчить про об'єктивне сприймання власних можливостей, збалансоване ставлення до успіхів і невдач, впевненість у собі без надмірної самокритики або завищених очікувань. Люди з таким рівнем самооцінки легко сприймають конструктивну критику, не бояться брати на себе відповідальність, проявляють ініціативу та відкриті до розвитку. Вони зазвичай раціональні у прийнятті рішень і не піддаються емоційним коливанням у стресових ситуаціях.

Водночас 34,2% (12 осіб) респондентів мають занижену самооцінку, що вказує на невпевненість у своїх силах, схильність до самокритики, підвищену тривожність і страх перед помилками. Такі люди можуть применшувати власні досягнення, уникати відповідальності, не висловлювати свою думку в ситуаціях,

що потребують рішучості. Вони часто залежать від зовнішніх оцінок, прагнуть схвалення з боку інших, що може призводити до емоційного виснаження та низької продуктивності. У професійному середовищі це може проявлятися в уникненні кар'єрного зростання, недостатній ініціативності, а також у високому рівні стресу через побоювання щодо невідповідності очікуванням.

Ще 5,7% (2 особи) респондентів мають завищену самооцінку, що проявляється у переоцінці власних здібностей, труднощах у сприйманні критики та схильності до домінування у взаємодії з іншими. Такі люди можуть демонструвати надмірну впевненість у своїй правоті, ігнорувати думку колег, братися за складні завдання без належного аналізу ситуації, що може призводити до конфліктів або помилок у прийнятті рішень. Вони рідко визнають власні помилки, можуть реагувати емоційно на зауваження, вважаючи їх несправедливими.

Загальний аналіз результатів свідчить про те, що більшість респондентів мають адекватну самооцінку, що є позитивним чинником для їхньої професійної та особистісної реалізації. Проте значна частина медиків демонструє відхилення у бік або заниженої, або завищеної самооцінки, що може впливати на їхню ефективність у роботі та якість взаємодії з іншими.

На рис. 2.2 представлено результати діагностики задоволеності життям медиків за методикою Е. Дінера.

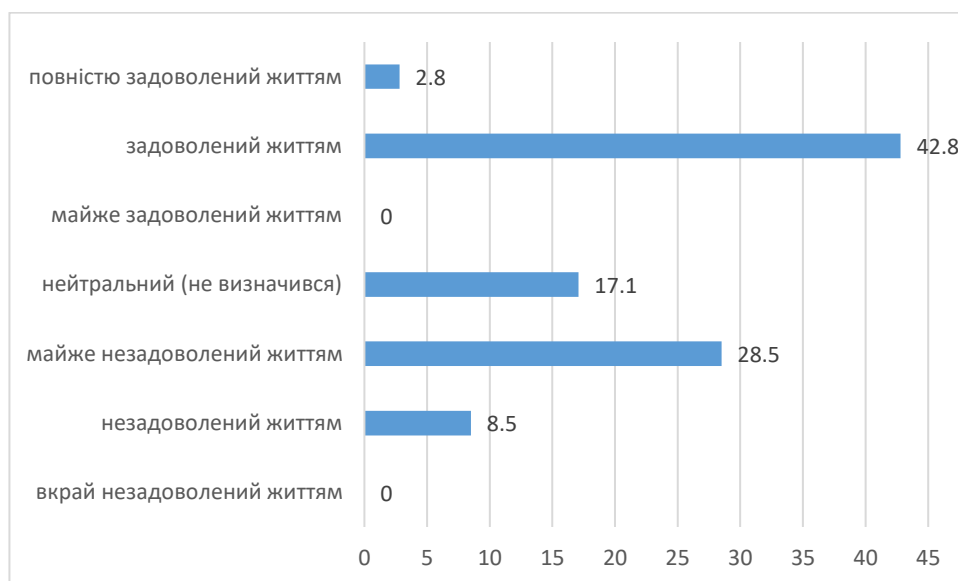


Рис. 2.2. результати діагностики задоволеності життям медиків за методикою Е. Дінера, %

Результати діагностики задоволеності життям медиків за методикою Е. Дінера демонструють, що лише 2,8% (1 особа) респондентів повністю задоволені життям, 42,8% (15 особи) вважають себе задоволеними. Таким чином, загальна кількість тих, хто позитивно оцінює свій життєвий стан, становить 45,6% (16 осіб), що є відносно хорошим показником. Проте слід зазначити, що лише незначний відсоток людей відчуває повну гармонію та комфорт, тоді як більшість з них все ж таки мають певні труднощі та моменти незадоволеності. Особи з адекватним рівнем задоволеності життям демонструють оптимістичний погляд на майбутнє, мають стабільний емоційний стан, достатню мотивацію до роботи, здатні долати труднощі без значних психологічних втрат і відчувають баланс між особистим та професійним життям. Вони продуктивніші, активні та рідше зазнають стресових розладів.

Водночас 17,1% (6 осіб) респондентів зайняли нейтральну позицію, що означає, що вони не визначилися зі своїм рівнем задоволеності життям. Це може свідчити про нестабільний емоційний стан або період адаптації до певних змін. У таких людей немає явного позитивного чи негативного ставлення до життя, проте вони можуть як покращити своє сприймання ситуації, так і, навпаки, погіршити його за несприятливих умов. Нейтральність у цьому контексті може бути наслідком звички не замислюватися над своїм емоційним станом або ж показником прихованого емоційного виснаження, коли людина не відчуває яскравих позитивних емоцій, але й не перебуває у стані глибокого розчарування.

Тривожним є те, що 28,5% (10 осіб) медиків відзначили, що вони майже незадоволені своїм життям, а ще 8,5% (3 особи) прямо вказали на незадоволеність. Це означає, що 37% (13 осіб) респондентів відчувають серйозний рівень дискомфорту, пов'язаний як із роботою, так і з особистим життям. Вони можуть відчувати хронічний стрес, емоційне вигоряння, втрату мотивації до кар'єрного зростання та професійного розвитку. Для таких людей

характерне негативне мислення, песимізм, зростає ризик розвитку депресивних станів та професійного вигоряння. Вони можуть скаржитися на втому, відчуття безнадійності, небажання брати на себе нові завдання та знижену ефективність у роботі. Крім того, саме ця категорія медичних працівників схильна до конфліктних ситуацій на роботі, частих змін місця роботи та низької професійної задоволеності.

Позитивним моментом є те, що жоден із респондентів не потрапив у категорію вкрай незадоволених життям, що свідчить про відсутність критичних депресивних станів серед опитаних. Однак значна частина медиків перебуває на межі між відносним задоволенням і незадоволеністю, що є чинником ризику для подальшого зростання негативних тенденцій.

Загалом, ці результати вказують на необхідність додаткової уваги до психологічного стану медичних працівників. Попри те, що майже половина з них оцінює своє життя позитивно, значна частина перебуває у стані невизначеності або незадоволеності, що може впливати на їхню професійну діяльність і загальне самопочуття.

3.2. Взаємозв'язок задоволеності життям і самооцінки у медиків з ризиком емоційного вигорання

Вивчення взаємозв'язку між задоволеністю життям і самооцінкою є важливим аспектом досліджень психологічного благополуччя, особливо у представників професій, що зазнають значних емоційних та психологічних навантажень. Медичні працівники, які працюють у високостресових умовах, часто стикаються з професійним вигоранням, що може впливати на їхню самооцінку та рівень задоволеності життям.

Для визначення рівня кореляції між самооцінкою та задоволеністю життям у медиків з ризиком емоційного вигорання був застосований кореляційний аналіз за методом К. Пірсона. Даний статистичний підхід дозволяє оцінити силу та напрямок зв'язку між цими змінними, що є ключовим для розуміння особливостей психологічного стану представників медичної сфери та розробки можливих підходів до профілактики вигорання.

У табл. 2.2 представлено результати кореляційного аналізу з визначення взаємозв'язку задоволеності життям і самооцінки у медиків з ризиком емоційного вигорання.

Таблиця 2.2

Взаємозв'язок задоволеності життям і самооцінки у медиків з ризиком емоційного вигорання

	Емоційне вигорання		
	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Редукція професійних досягнень
Самооцінка	-0,34*	-0,43*	-0,27*
Задоволеність життям	-0,45*	-0,46*	-0,43*

Примітка: * – зв'язок значущий на рівні $p < 0,05$

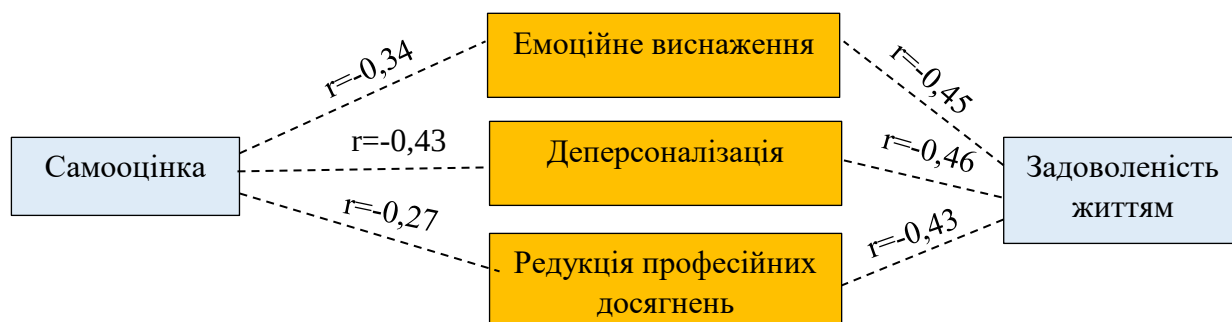
Кореляційні коефіцієнти за методом К. Пірсона свідчать про негативний взаємозв'язок між рівнем самооцінки, задоволеністю життям і компонентами

емоційного вигоряння. Це означає, що чим вищий рівень емоційного вигоряння, тим нижчими є показники самооцінки та задоволеності життям. Відповідно, чим нижчі показники вигоряння, тим вищими є показники особистісної самооцінки та задоволеності життям. Всі отримані кореляційні зв'язки є статистично значущими на рівні $p < 0,05$, що підтверджує їхню надійність.

Найсильніший негативний зв'язок спостерігається між самооцінкою та деперсоналізацією ($-0,43$, $p < 0,05$). Це означає, що медики, які демонструють вищий рівень емоційного відсторонення від пацієнтів та колег, мають нижчу самооцінку. Ймовірно, це зумовлено втратою відчуття професійної реалізації та моральної цінності власної праці. Емоційне виснаження ($-0,34$, $p < 0,05$) також має середній негативний зв'язок із самооцінкою. Постійне емоційне та фізичне перевантаження знижує впевненість у власних силах і загальне сприймання себе, як компетентного фахівця. Редукція професійних досягнень ($-0,27$, $p < 0,05$) має найменший, але значущий негативний зв'язок із самооцінкою. Це свідчить про те, що відчуття професійної неспроможності меншою мірою впливає на загальну самооцінку, ніж деперсоналізація або виснаження.

Найсильніший негативний взаємозв'язок спостерігається між задоволеністю життям та деперсоналізацією ($-0,46$, $p < 0,05$). Це означає, що медичні працівники, які відчувають емоційну відстороненість, байдужість до роботи та пацієнтів, значно менше задоволені своїм життям. Емоційне виснаження ($-0,45$, $p < 0,05$) також має сильний негативний вплив на задоволеність життям. Постійне емоційне та фізичне виснаження негативно впливає на загальне самопочуття, якість життя та соціальні відносини. Редукція професійних досягнень ($-0,43$, $p < 0,05$) має достатньо сильний негативний зв'язок із задоволеністю життям. Це вказує на те, що медики, які не відчувають власного професійного зростання та реалізації, частіше проявляють незадоволеність життям загалом.

На рис. 2.3 представлено кореляційну плеяду взаємозв'язку задоволеності життям і самооцінки у медиків з ризиком емоційного вигорання.



Примітка: прями́й зв'язок _____
 обернений зв'язок - - - - -
 зв'язок значущий на рівні $p<0,05$

Рис. 2.3. Кореляційна плеяда взаємозв'язку задоволеності життям і самооцінки у медиків з ризиком емоційного вигорання

Задоволеність життям має сильніші негативні кореляції з емоційним вигоранням, ніж самооцінка. Це свідчить про те, що емоційне вигорання впливає не лише на професійну впевненість медиків, але й на їхнє загальне ставлення до життя. Найбільшим руйнівним чинником є деперсоналізація, оскільки вона впливає і на самооцінку, і на задоволеність життям. Емоційне виснаження має більш виражений вплив на задоволеність життям, ніж на самооцінку, що логічно пояснюється тим, що хронічна перевтома зачіпає всі сфери життя, а не лише професійну самооцінку. Редукція професійних досягнень меншою мірою впливає на самооцінку, ніж на задоволеність життям, що може бути пов'язано з тим, що втрата почуття професійної компетентності сприймається не так критично у порівняно із загальним виснаженням і деперсоналізацією.

Проведений аналіз підтверджує статистично значущі негативні кореляції між емоційним вигоранням, самооцінкою та задоволеністю життям у медичних працівників ($p < 0,05$). Це означає, що чим сильніше проявляються симптоми професійного вигорання, тим нижчими є показники самооцінки та загального життєвого благополуччя. Особливо виражений зв'язок спостерігається між рівнем деперсоналізації та задоволеністю життям, що свідчить про суттєвий вплив емоційного відсторонення від пацієнтів та професійної діяльності на загальне психологічне самопочуття медиків.

Найсильніше вигорання впливає саме на задоволеність життям, що може мати серйозні наслідки для якості життя, професійної діяльності та психічного здоров'я медичних працівників. Хронічне емоційне виснаження, втрата інтересу до роботи та відчуття професійної неспроможності можуть спричиняти не лише професійну демотивацію, а й негативно впливати на особистісний розвиток, міжособистісні взаємини та загальну соціальну активність. Медики, які стикаються з вигоранням, відчують втрату сенсу своєї діяльності, що сприяє подальшому зниженню рівня самооцінки та загальної задоволеності життям.

З огляду на це, для підвищення самооцінки та рівня життєвого благополуччя необхідно впроваджувати програми підтримки, що зменшують рівень деперсоналізації та емоційного виснаження. Такі заходи можуть включати психологічне консультування, тренінги емоційної стійкості, упровадження технік саморегуляції та розвитку навичок адаптації до стресових умов професійної діяльності. Також важливим є створення сприятливого робочого середовища, що передбачає адекватну організацію праці, підтримку з боку керівництва та колег, можливість перерв та відновлення емоційних ресурсів.

3.3. Рекомендації щодо профілактики синдрому «вигоряння» та підвищення рівня задоволеності життям і самооцінки медиків

Синдром професійного вигоряння є однією з найактуальніших проблем серед медичних працівників, оскільки вони працюють у постійному стресовому середовищі, стикаючись із високими фізичними, емоційними та психологічними навантаженнями. Виснажливий робочий графік, відповідальність за життя та здоров'я пацієнтів, емоційно напружене спілкування та недостатня підтримка з боку керівництва можуть призводити до розвитку емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження відчуття професійної компетентності.

Дослідження підтверджує, що професійне вигоряння тісно пов'язане зі зниженням рівня самооцінки та задоволеності життям. Тому важливо впроваджувати ефективні методи профілактики, які допоможуть медичним працівникам підтримувати емоційну рівновагу, підвищувати стресостійкість та зберігати почуття професійної самореалізації.

Одним із ключових напрямів профілактики емоційного вигоряння серед медичних працівників є розвиток навичок психологічної саморегуляції та впровадження програм професійної підтримки. Постійна взаємодія з пацієнтами, робота в стресових умовах, емоційне напруження та високий рівень відповідальності спричиняють значне психоемоційне навантаження. Тому важливо надавати медикам інструменти для управління власним емоційним станом та механізми зниження впливу стресових чинників.

Емоційний інтелект є важливим чинником у підтримці психологічної стійкості медичних працівників. Він включає здатність розпізнавати, розуміти та регулювати власні емоції, а також ефективно реагувати на емоції інших. Медичні працівники повинні мати навички усвідомлення власного емоційного стану та уміння керувати ним. Наприклад, розпізнавання ранніх ознак стресу або вигоряння допомагає своєчасно вживати заходів для їхнього зменшення.

Взаємодія з пацієнтами та колегами є ключовим аспектом медичної діяльності, тому ефективне спілкування допомагає зменшити конфлікти,

покращує якість командної роботи та підвищує професійну впевненість. Такі тренінги мають включати методики активного слухання, ненасильницького спілкування, ефективного зворотного зв'язку.

Високий рівень емпатії сприяє зниженню рівня деперсоналізації, допомагаючи медикам краще розуміти почуття пацієнтів без надмірного емоційного залучення, що є важливим для збереження психологічної рівноваги. Часто медичні працівники схильні до самокритики, що посилює їхній рівень стресу. Навчання заміні негативних переконань на більш конструктивні дозволяє підтримувати психологічне благополуччя.

Постійний контакт з хворими, необхідність ухвалювати критично важливі рішення та інтенсивне навантаження сприяють розвитку стресу, який є головним тригером емоційного вигорання. Застосування стратегій боротьби зі стресом допомагає медичним працівникам уникати перевантаження та підтримувати емоційну стабільність.

Практики медитації, дихальних вправ, прогресивної м'язової релаксації та арт-терапії сприяють швидкому відновленню енергетичних ресурсів організму та покращують психологічний стан. Усвідомленість дозволяє медикам зосереджувати увагу на поточному моменті, зменшувати рівень тривожності та уникати емоційного виснаження. Регулярна практика технік mindfulness допомагає краще адаптуватися до стресових ситуацій.

Важливою складовою профілактики вигорання є навчання медиків фокусуванню на професійних досягненнях та позитивних аспектах роботи. Ведення щоденника вдячності або успіху допомагає підтримувати мотивацію та формувати відчуття професійної самореалізації.

Розвиток адаптивних стратегій подолання стресу. До них належать методи когнітивного реструктурування (зміна негативного сприймання ситуацій), фізична активність (прогулянки, йога, заняття спортом), активний відпочинок (подорожі, творчі хобі).

Окрім особистісних стратегій саморегуляції, ефективною профілактикою вигорання є професійна психологічна допомога. Вона дозволяє медикам

отримувати зовнішню підтримку, ділитися своїм досвідом та знаходити конструктивні рішення у складних професійних ситуаціях.

Забезпечення доступу до консультацій психологів і психотерапевтів. У медичних установах доцільно створювати можливість звернення до спеціалістів із психічного здоров'я, які можуть допомагати медикам справлятися з професійними труднощами та зменшувати рівень емоційного виснаження. Важливою складовою профілактики вигоряння є навчання медичних працівників методам емоційної регуляції, розвитку навичок стресостійкості та технік швидкого психологічного відновлення.

Забезпечення психологічної підтримки та навчання саморегуляції є важливими складовими профілактики синдрому вигоряння у медичних працівників. Розвиток емоційного інтелекту дозволяє медикам краще усвідомлювати та контролювати свої емоції, що сприяє зниженню рівня стресу та покращенню взаємодії з пацієнтами. Використання стратегій боротьби зі стресом, таких як техніки релаксації, практика усвідомленості та формування позитивного мислення, допомагає медикам підтримувати емоційну рівновагу та підвищувати якість життя.

Самооцінка та задоволеність життям є важливими компонентами психологічного благополуччя медичних працівників, які безпосередньо впливають на їхню мотивацію, професійну ефективність та загальний стан здоров'я. Для того щоб підтримувати стабільний рівень самооцінки та задоволеності життям, необхідно створювати умови для професійного розвитку, усвідомленого ставлення до професії та формування навичок саморефлексії. Ці чинники допомагають медикам краще сприймати власну значущість у професії, знаходити сенс у своїй діяльності та більш усвідомлено підходити до оцінки власних досягнень.

Один із ключових чинників, що впливає на самооцінку медичних працівників, – постійний професійний розвиток. Відчуття компетентності, володіння новими навичками та можливості кар'єрного зростання підвищують впевненість у власних силах та сприяють формуванню позитивного ставлення до

роботи.

Важливо надавати медикам доступ до курсів підвищення кваліфікації, семінарів, вебінарів та тренінгів, які допомагають їм опановувати сучасні методики діагностики, лікування та пацієнтоорієнтованого підходу. Участь у навчальних програмах сприяє розширенню професійних компетенцій, підвищенню рівня впевненості у своїх знаннях та зменшенню страху перед професійними викликами.

Підвищення по службі, участь у дослідницьких проєктах, можливість викладати або наставництво для молодих спеціалістів допомагають медикам почуватися значущими в професії. Кар'єрне зростання – це не лише фінансовий стимул, а й спосіб усвідомлення власної цінності у професійній спільноті, що позитивно впливає на самооцінку. Важливо формувати у медиків установку на професійну майстерність та прагнення до розвитку. Організація конференцій, обмін досвідом із колегами, публікації в наукових журналах допомагають відчувати власний професійний прогрес та підвищують рівень мотивації.

Самооцінка та задоволеність життям значною мірою залежать від усвідомлення значущості власної роботи та її впливу на життя інших людей. Медичні працівники, які сприймають свою діяльність як корисну та важливу, менш схильні до емоційного вигорання та більше цінують свою професійну роль.

Професійна ідентичність – це відчуття належності до своєї професії, усвідомлення власної ролі у медичній спільноті. Підтримка професійної ідентичності може здійснюватися через участь у професійних асоціаціях, наставництво, обговорення етичних питань та моральних аспектів медицини. Це дозволяє медикам усвідомити свою унікальність та важливість у системі охорони здоров'я.

Важливо допомагати медикам знаходити позитивні аспекти своєї професії, зосереджуючись не лише на труднощах, а й на досягненнях. Наприклад, створення традицій для відзначення успішних випадків лікування, ведення особистих записів про позитивний вплив на життя пацієнтів, взаємопідтримка в колективі можуть допомогти медикам відчувати гордість за свою працю.

Дуже важливо допомогти медикам розділяти робочі та особисті сфери, щоб запобігти вигорянню. Це включає навички планування відпочинку, делегування обов'язків, навчання прийомам саморегуляції, що допомагають уникати надмірного емоційного залучення.

Важливо навчати медиків регулярній рефлексії своїх досягнень, що допомагає усвідомлювати власний професійний прогрес. Упровадження методів саморефлексії, таких як створення індивідуального плану розвитку, постановка кар'єрних і особистісних цілей, сприяє формуванню відчуття контролю над своєю професійною діяльністю.

Використання щоденників успіху. Записування щоденних або тижневих досягнень допомагає фокусуватися не лише на труднощах, а й на позитивних результатах своєї роботи. Це можуть бути записи про успішно пролікованих пацієнтів, конструктивні рішення у складних ситуаціях, вдячні відгуки колег чи пацієнтів. Така практика дозволяє медикам формувати позитивний образ себе як професіонала.

Оскільки в медицині помилки можуть мати серйозні наслідки, важливо навчати медичних працівників сприймати їх як можливості для навчання, а не як привід для самозвинувачення. Використання методів когнітивно-поведінкової терапії може допомогти медикам формувати більш гнучке мислення та знижувати рівень самокритики.

Отже, підвищення рівня самооцінки та задоволеності життям серед медичних працівників є критично важливим завданням, що безпосередньо впливає на їхню ефективність, мотивацію та психоемоційний стан. Професійний розвиток, усвідомлене ставлення до професії та розвиток навичок саморефлексії є трьома основними напрямками, які сприяють покращенню психологічного благополуччя медиків.

Надання можливостей для навчання, кар'єрного зростання та самовдосконалення допомагає медикам почуватися впевненішими у своїх силах. Усвідомлення власної професійної значущості та сенсу роботи сприяє формуванню позитивного ставлення до своєї діяльності. А розвиток

саморефлексії допомагає краще розуміти свої сильні сторони та конструктивно працювати над власними помилками.

Комплексне застосування цих рекомендацій дозволить знизити рівень професійного вигоряння, покращити загальне задоволення життям та сформувати стійке позитивне самосприймання серед медичних працівників.

Висновки до третього розділу

Проведене емпіричне дослідження підтвердило значний вплив емоційного вигоряння на рівень задоволеності життям та самооцінку медичних працівників. Аналіз отриманих даних свідчить про високу поширеність професійного вигоряння серед медиків, що проявляється у підвищеному рівні емоційного виснаження, деперсоналізації та зниженні особистісних досягнень.

Кореляційний аналіз засвідчив статистично значущі негативні зв'язки між емоційним вигорянням, рівнем самооцінки та задоволеністю життям ($p < 0,05$). Найсильніший негативний вплив на задоволеність життям та самооцінку має деперсоналізація, яка спричиняє емоційне відсторонення та втрату професійної мотивації. Емоційне виснаження також виявилось суттєвим чинником зниження задоволеності життям, що пояснюється загальним виснаженням організму та втратою життєвих ресурсів. Редукція професійних досягнень меншою мірою впливає на самооцінку, проте залишається значущим чинником, що визначає рівень життєвої задоволеності медичних працівників.

Отримані результати підтверджують необхідність упровадження ефективних стратегій профілактики емоційного вигоряння для збереження психологічного благополуччя медичних працівників. До таких заходів належать розвиток навичок психологічної саморегуляції, тренінги з емоційного інтелекту та комунікації, а також забезпечення психологічної підтримки у медичних закладах. Важливим напрямом є також створення умов для професійного розвитку та кар'єрного зростання, що сприятиме підвищенню рівня самооцінки та мотивації медичних працівників.

ВИСНОВКИ

На основі дослідження проблеми з визначення залежності задоволеності життям і самооцінки у медиків з ризиком емоційного вигорання можна зробити такі висновки.

1. Проаналізовано сучасні підходи до проблеми емоційного вигорання. Різноманітність наукових підходів до вивчення емоційного вигорання свідчить про відсутність єдиного погляду на його патогенетичні механізми. Сучасні дослідження трактують це явище як системну кризу, що зачіпає всю професійну діяльність, а не лише міжособистісні взаємини. При цьому зміщується фокус уваги на такі ключові аспекти, як емоційне виснаження, професійний цинізм та зниження ефективності. Деперсоналізація більше не розглядається лише як байдужість до клієнтів, а включає загальну втрату мотивації та сенсу роботи. Чинники, що сприяють розвитку вигорання, поділяються на внутрішні (особистісні особливості, емоційна стійкість, рівень мотивації) та зовнішні (умови праці, організаційний клімат, рівень підтримки).

2. Визначено сутність поняття «задоволеність життям» у сучасній науковій літературі. Аналіз сучасних наукових підходів до поняття «задоволеність життям» свідчить про його багатовимірний та динамічний характер. Це явище виступає інтегральним показником психологічного благополуччя особистості, поєднуючи когнітивні та емоційні складові. Воно відображає суб'єктивне сприймання якості життя, рівень задоволення різними його аспектами та умовами існування.

3. Виявлено особливості прояву самооцінки медиків. Самооцінка медичних працівників є складним і динамічним феноменом, формування якого визначається особливостями професійної діяльності, що потребує високої відповідальності, емпатії та психологічної стійкості. Вона змінюється на різних етапах кар'єри: від оптимістичного сприймання власних можливостей на початку навчання, через критичне та реалістичне оцінювання під час набуття досвіду, до стабільного й інтегрованого самосприймання у зрілій професійній

діяльності. На рівень самооцінки впливають професійні досягнення і невдачі, взаємодія з колегами, рівень стресу та ризик емоційного вигорання. Формування адекватної самооцінки, що ґрунтується на рефлексії та усвідомленні власних компетенцій, є важливим чинником збереження ефективності роботи та психоемоційної рівноваги.

4. Емпірично досліджено особливості емоційного вигорання, рівня задоволеності життям та самооцінки медиків. Результати дослідження свідчать про значне поширення синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників, що виражається у високих рівнях емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистісних досягнень. Зокрема, майже половина респондентів (40%) зазнає емоційного виснаження, що проявляється у постійній втомі, труднощах із концентрацією уваги, зниженій мотивації та психосоматичних симптомах. Деперсоналізація спостерігається у 45,7% медиків, що свідчить про емоційне відсторонення, формальне виконання професійних обов'язків та зниження якості взаємодії з пацієнтами. При цьому більше половини медичних працівників мають середній рівень редукції особистісних досягнень (51,6%), що вказує на потенційний ризик подальшого розвитку вигорання. Щодо самооцінки, більшість респондентів (60%) мають адекватний рівень, що сприяє їхній професійній ефективності та стійкості до стресу. Проте значна частина медиків (34,3%) демонструє занижену самооцінку, що може формувати невпевненість, страх перед помилками та підвищений рівень стресу. Завищену самооцінку мають 5,7% досліджуваних, що може проявлятися у переоцінці власних можливостей, труднощах у прийнятті критики та схильності до домінування у професійній взаємодії. Дослідження рівня задоволеності життям показало, що лише 2,8% респондентів повністю задоволені своїм життям, тоді як 37% демонструють значний рівень незадоволеності. Це свідчить про те, що значна кількість медиків зазнає психологічного дискомфорту, що може негативно впливати на їхню професійну ефективність та загальне самопочуття.

5. Визначено взаємозв'язок задоволеності життям і самооцінки у медиків з

ризиком емоційного вигоряння. Аналіз взаємозв'язку між задоволеністю життям і самооцінкою у медичних працівників з ризиком емоційного вигоряння підтвердив наявність статистично значущих негативних кореляцій між цими змінними. Отримані результати свідчать про те, що підвищений рівень емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистісних досягнень безпосередньо пов'язаний із зниженням самооцінки та загальної задоволеності життям медиків. Найвагомим руйнівним чинником для задоволеності життям є деперсоналізація ($r=-0,46$), оскільки вона зумовлює емоційне відсторонення від пацієнтів і професійної діяльності, що призводить до втрати відчуття значущості своєї праці та особистісної реалізації. Емоційне виснаження ($r=-0,45$) також впливає на загальний рівень життєвого благополуччя, адже постійна перевтома та стрес зачіпають не лише професійну сферу, а й особисте життя. Водночас редукція професійних досягнень має менший, але також суттєвий вплив на рівень самооцінки ($r=-0,27$) та задоволеність життям ($r=-0,43$).

6. Розроблено рекомендації щодо профілактики синдрому «вигоряння» та підвищення рівня задоволеності життям і самооцінки медиків. Основні стратегії зменшення професійного вигоряння мають бути спрямовані на розвиток навичок психологічної саморегуляції, підвищення рівня емоційного інтелекту та застосування ефективних стратегій подолання стресу. Важливим чинником є навчання медиків методикам саморефлексії, що дозволяє оцінювати власні професійні досягнення та підтримувати адекватну самооцінку. Зниження рівня деперсоналізації можливе шляхом розвитку навичок ефективного спілкування, що сприяє формуванню емоційно комфортного середовища взаємодії з пацієнтами та колегами.

Отже, мету досягнуто, завдання вирішено, гіпотезу підтверджено.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Березовська Л. Самооцінка студентів, що поєднують навчання та роботу. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2022. № 3 (67). С. 153–160.
2. Боярська Л. М. До питання формування особистості лікаря та профілактика емоційного вигорання. *Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)* : зб. матеріалів IV міжнар. наук.-практ. конференції, (м. Запоріжжя, 23-24 лютого 2023 р.). Запоріжжя : ЗДМУ, 2023. С. 64–69.
3. Булах І. В. Психологічні чинники емоційного вигорання у майбутніх психологів. Київ, 2022. 67 с.
4. Віговська О. О. Якість життя особистості. *Теоретико-емпіричні доробки сучасної психології*. 2013. № 2. С. 161–169.
5. Видолуб Н. О. Проблема самооцінки особистості у контексті гуманістичної психології. *Молодий вчений*. 2016. № 9. С. 21–25.
6. Височина І. Л., Крамарчук В. В., Башкірова Н. С., Гайдук О. І. Самооцінка та референтне оцінювання рівня оволодіння практичними навичками у лікарів-інтернів за фахом «загальна практика - сімейна медицина» як шлях удосконалення методики викладання. *Медичні перспективи*. 2017. №17. С. 92–96.
7. Гончар Ю. І. Вплив емоційного інтелекту на професійну успішність медичного працівника. *Current challenges of science and education: The 10th International scientific and practical conference* (June 3-5, 2024). Berlin, Germany. 2024. P. 309–312.
8. Даценко О. А. Задоволеність життям як критерій позитивного функціонування особистості. *Актуальні проблеми психології в закладах освіти*. 2010. № 10. С. 31–42.
9. Дослідження синдрому «професійного вигорання» у вчителів / уклад. Л. М. Карамушка, Т. В. Зайчикова, О. С. Ковальчук, Г. Л. Федосова, О. Ф. Філатова, О. А. Філь. Київ : Міленіум. 2004. 24 с.

10. Ігнатенко Н. М. Аналіз психологічних детермінант лікарів та медичних представників. *Право і безпека*. 2013. № 3. С. 140–145.
11. Карамушка Л. М., Гнускіна Г. В. Психологія професійного вигоряння підприємців : монографія. Київ : Логос, 2018. 198 с.
12. Кашпур Ю., Остапук А. (2021) Задоволеність життям як чинник особистісного зростання в умовах сучасного суспільства. Актуальні проблеми особистісного зростання : збірник наукових праць за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції (м. Житомир, 13 травня 2021 р.). Житомир, Вид-во ЖДУ імені Івана Франка, 2021. С. 58–61.
13. Кулібаба Є., Кобилянський О. Роль емоційного інтелекту в професійній діяльності фахівців медичного профілю. *Педагогіка безпеки*. 2024. № 9 (2). С. 107–113.
14. Куліш О. В., Сіпко Л. О. Вплив емпатії на формування синдрому емоційного вигоряння у медичних працівників. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2022. № 1. С. 32–36.
15. Кундій Ж. Формування емпатійних здібностей майбутніх медичних працівників. *Імідж сучасного педагога*. 2021. № 6 (201). С. 72–76.
16. Лисенко Л. Використання соціальних мереж та самооцінка студентів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2019. 104–108 с.
17. Максименко С. Д. Синдром «професійного вигоряння» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти : навч. посіб. для студ. вищ. закл. та слухачів ін-тів післядипломної освіти / за ред. С. Д. Максименка. Київ : Міленіум, 2004. 264 с.
18. Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду. URL: <https://www.surgery.org.ua/Documents/Details/aa535505-419d-4d67-a9e7-5c6d4b8f1ced?title=MizhnarodniiKodifikatorKhvorobMkhh10> (дата звернення: 15.12.2024).
19. Мірошниченко О. Профілактика «синдрому» професійного вигоряння у працюючих в екстремальних умовах: навч.-метод. посіб. Житомир :

Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2013. 155 с.

20. Москаленко О. С. Емоційне вигоряння у студентів-медиків: причини та шляхи запобігання в умовах війни. *Світ наукових досліджень* : матеріали Міжнародної мультидисциплінарної наукової інтернет-конференції (м. Тернопіль, Україна, м. Ополе, Польща, 20-21 листопада 2024 р.). Тернопіль : ФОП Шпак В.Б., 2024. С. 237–238.

21. Музика О. Л. Становлення професійної самооцінки студентів медичних ВНЗ. *Актуальні проблеми психології* : збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Психологія творчості. Київ : Вид-во «Фенікс», 2016. Вип. 22. С. 213–231.

22. Мукашевич М., Корпач К. Концептуальні підходи вивчення феномену якості життя та його оцінки. *Освіта регіону*. 2011. № 3. С. 128–132.

23. Ожубко Г. Особливості емоційного вигоряння педагогічних працівників. *Наукові перспективи (Naukovi perspektivi)*. 2022. № 1 (19). С. 12–19.

24. Онуфрієва Л. А. Самооцінка як складова Я-концепції майбутніх фахівців соціономічних професій. *Проблеми сучасної психології*: зб. наук. пр. Київ, Кам'янець-Подільський : К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2013. Вип. 22. С. 396–412.

25. Перхайло Н. Попередження професійного вигоряння майбутніх працівників соціальної сфери. *Педагогіка та психологія* : збірник наукових праць. Харків, 2016. Вип. 55. С. 204–210.

26. Попелюшко Р. П. Деякі особливості впливу самооцінки на формування особистості. *Актуальні проблеми гуманітарних та природничих наук*: збірник наукових праць викладачів гуманітарного інституту, за результатами науково-дослідної роботи 2005 року. Хмельницький : ХНУ, 2005. С. 23–25.

27. Прокопенко Т. Теоретичні підходи до визначення поняття «самооцінка» в психолого-педагогічних дослідженнях. *Магістерський науковий вісник*. 2022. № 38. С. 70–73.

28. Рогова А. В. Проблема та профілактика емоційного вигоряння

особистості лікаря. *Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)* : зб. матеріалів V Міжнародної науково-практичної конференції (28-29 лютого 2024 року). Запоріжжя : ЗДМФУ, 2024. С. 166–167.

29. Свінцицька Н. Л., Когут І. В., Каценко А. Л. та ін. Шляхи подолання та профілактики «Емоційного вигоряння» у викладачів закладів медичної освіти та медичних працівників. *Science and education: problems, prospects and innovations* : proceedings of The 7 th International scientific and practical conference, Kyoto, Japan, April 1–3, 2021. Kyoto : CPN Publishing Group, 2021. P. 896–904.

30. Скрипаченко Т. Психологічний аналіз феномену задоволеності життям. *Журнал сучасної психології*. 2016. № 2. С. 124–130.

31. Степанюк Т. М., Шудренко О. Т. Профілактика емоційного вигоряння медичних працівників в умовах воєнного часу. *Актуальні питання підготовки та наукової діяльності магістрів галузі знань «Охорона здоров'я»*: матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Ужгород-Житомир, 24 листопада 2023 р.). Ужгород, 2023. С. 109–112.

32. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

33. Труш О. М. Профілактика емоційного вигоряння у працівників медичної сфери. *Вісник клубу психологів*. 2021. С. 52–57.

34. Чекрижова М. М. Динаміка і структура професійної самооцінки майбутніх лікарів. *Аксіогенез обдарованої особистості: стратегії емпіричного дослідження: тези доповідей VIII наук.-практ. семінару.*, (м. Київ, 18 квіт. 2019 р.). Київ : Інститут психології імені ГС Костюка НАПН України, 2019. С. 60.

35. Argyle M. The psychology of happiness. London: Routledge, 2013. 288 p.

36. Argyle M., Martin M. The psychological causes of happiness. *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*. 1991. № 10. P. 77–100.

37. Diener E. The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality*

Assessment. 1985. Vol. 49. P. 71–75.

38. Freudenberger H. J. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. 1974. P. 159–166.
39. Greenberg S. F., Valletutti P. J. Stress and the helping professions. Baltimore: Paul H. Brookes, 1980. 144 p.
40. Kahneman D., Diener E., Schwarz N. Well-being: Foundations of hedonic psychology. New York : Russell Sage Foundation Press, 2020. 593 p.
41. Kashlyuk Y. Psychological health and psychological well-being of the individual as a component of satisfaction with life. *Psychological journal*. 2017. № 3. P. 47–58.
42. Manning M. A., Bear G. G., Minke K. M. Self-concept and selfesteem. In G. G. Bear & K. M. Minke (Eds.), *Children's needs III: Development, prevention, and intervention*. Washington : National Association of School Psychologists, 2006. P. 341–356.
43. Maslach C., Jackson S. E., Leiter M. P. Burnout inventory manual. California: Consulting Psychological Press Journal of Social Issues, 1996. 52 p.
44. Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. Job burnout. *Annual review of psychology*. 2001. Vol. 52. P. 397–422.
45. Perlman B., Hartman E. A. Burnout: Summary and future and re-search. *Human relations*. 1982. Vol. 35. № 4. P. 283–305.
46. Pines A. Couple Burnout. Routledge : Buch, 1996. 284 p.
47. Pines A. M., Aronson E. Combatting burnout. *Children and Youth Services Review*. 1983. Vol. 5 (3). P. 263–275.
48. Rosenberg M., Schooler C., Schoenbach C., Rosenberg F. Global selfesteem and specific self-esteem: Different concepts, Different outcomes. *American Sociological Review*. 1995. Vol. 60. P. 141–156.
49. Schaufeli W. B. Burnout and reciprocity: Towards a dual-level social exchange model. *Journal of Work, Health & Organisations*. 1996. Vol. 10. № 3. P. 225–237.
50. Schwab R. L. Teacher burnout: Moving beyond psychobabble. *Theory*

Into Practice. 1983. Vol. 22 (1). P. 21–27.

ДОДАТКИ

Додаток А

**Результати діагностики емоційного вигорання, самооцінки та
задоволеності життям медиків**

№ досл.	Професійне вигорання			Самооцінка	Задоволеність життям
	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Редукція професійних досягнень		
1	18	15	38	0,88	26
2	21	14	36	0,9	28
3	23	16	36	-0,56	12
4	19	16	36	0,89	30
5	20	15	35	-0,48	15
6	22	14	39	-0,62	16
7	21	13	36	0,96	29
8	21	12	35	-0,25	20
9	18	13	32	-0,47	16
10	19	16	40	-0,39	16
11	26	16	36	-0,44	16
12	22	17	31	0,85	20
13	25	16	24	-0,66	11
14	24	18	26	-0,29	20
15	9	15	28	-0,84	10
16	10	15	29	-0,44	17
17	12	6	25	-0,58	17
18	15	6	26	0,44	16
19	8	5	24	0,52	20
20	11	8	25	0,58	27
21	10	8	26	0,49	28
22	17	7	24	0,47	20
23	16	6	23	0,45	29
24	11	6	28	0,46	15
25	10	8	28	0,52	28
26	10	7	25	0,5	20
27	9	9	26	0,43	27
28	10	6	25	0,48	26
29	10	6	26	0,44	28
30	11	3	25	0,42	15
31	5	1	6	0,46	29
*32	3	2	6	0,58	29
33	3	2	5	0,55	28
34	2	1	8	0,57	28
35	4	1	9	0,42	33