ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук

Кафедра психології

Взаємозв'язок захопленості роботою і професійного вигорання у співробітників

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня
МАГІСТР

за спеціальністю 053 Психологія

ДОМБРОВСЬКА ЛЕСЯ ДМИТРІВНА

Кваліфікаційна робота
допущена до захисту
Зав. кафедри_____
«04» травня 2026 р.

Науковий керівник:
Данильчук Л.О.
наук, доцент кафедри
психології,
Рецензент:
Комар Т.В.,
доктор психологічних наук,
професор

КИЇВ – 2026

Реєстрація

номер	дата, підпис лаборанта кафедри

Рекомендовано до захисту

Данильчук Л.О.

підпис наукового керівника	ініціали, прізвище наукового керівника

Результат захисту

оцінка	дата захисту

Голова ЕК Н.В. Волинець

підпис | ініціали, прізвище

Члени ЕК С.А. Палій

підпис | ініціали, прізвище

В.Б. Синякова

підпис | ініціали, прізвище

О.Л. Туриніна

підпис | ініціали, прізвище

Секретар ЕК Д.В. Бур’ян

підпис | ініціали, прізвище

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук

Кафедра психології

спеціальність *Психологія*
курс II *(магістратура)*

ЗАВДАННЯ
на кваліфікаційну роботу магістра
Домбровська Леся Дмитрівна

1.Тема роботи: Взаємозв'язок захопленості роботою і професійного вигорання у співробітників

2.Цільова установка: медичні установи та лікарні м. Івано-Франківськ; медичні працівники лікарі та медичністри; вихідні дані: матеріали професійної та переддипломної практики, навчальні посібники, монографії, методичні вказівки, ресурси інтернету, періодичні видання з теми дослідження.

1. Перелік графічного матеріалу 8 табл., 1 рис.
2. Консультанти по роботі (із зазначенням розділів):

Розділ	**Консультант (Прізвище, ініціали)**	**Підпис, дата**	
		Завдання видав	**Завдання прийняв**
Розділ 1	Данильчук Л.О.		
Розділ 2	Данильчук Л.О.		
Розділ 3	Данильчук Л.О.		

3. Зміст роботи:

Вступ

Розділ 1. Наукові підходи до вивчення захпленості роботою та емоціним вигоранням.

Розділ 2. Емпіричне дослідження взаємозв’язку захпленості роботою та професійного вигорання.

Розділ 3. Психологічна профілактика вигорання та підвищення захопленості роботою.

Висновок

Список використаних джерел

Додатки

Календарний план виконання роботи

№ п/п	Етапи виконання роботи	Термін виконання	
		За планом	**Фактичний**
1.	Вибір теми і призначення наукового керівника кваліфікаційної роботи магістра.	червень 2025	червень 2025
2.	Затвердження теми кваліфікаційної роботи магістра.	липень 2025	липень 2025
3.	Отримання завдання на проведення наукового дослідження та підготовка календарного плану виконання кваліфікаційної роботи магістра, затвердження його керівником.	серпень 2025	серпень 2025
4.	Збір та узагальнення матеріалу за темою роботи.	жовтень 2025	жовтень 2025
5.	Підготовка першого (чорнового) варіанту роботи і подання його на перевірку науковому керівнику.	грудень 2025	грудень 2025
6.	Доопрацювання тексту роботи з врахуванням зауважень наукового керівника, збагачення роботи додатковими дослідженнями, що проводилися під час переддипломної практики, і подання її на повторне читання.	січень-березень 2026	січень-березень 2026
7.	Подання кваліфікаційної роботи магістра на реєстрацію на кафедру, рецензування та написання відгуку науковим керівником.	квітень 2026	квітень 2026
8.	Підготовка до захисту кваліфікаційної роботи магістра на засіданні Екзаменаційної комісії.	травень 2026	травень 2026
9.	Захист виконаної кваліфікаційної роботи.	червень 2026	червень 2026

Дата видачі завдання _____

Науковий керівник _____ (Данильчук Л.О..)

Завдання прийняв(ла)
до виконання
здобувач(ка) _____ (Домбровська Л.Д)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 81 с., 8 табл.1 рис., 75 джерел, 1 додатки.

Об'єкт дослідження: психологічні стани , пов'язані з працездатністю та емоційним станом працівника а саме захопленість роботою та професійним вигоранням .

Предмет дослідження: взаємозв'язок між захопленістю роботою та професійним вигоранням особистості та профілактика вигорання у медичних працівників.

Мета: всебічно дослідити, як пов'язані між собою захопленість роботою та професійне вигорання, а також на основі отриманих результатів розробити дієві психологічні заходи, спрямовані на запобігання вигоранню та підвищення працездатності працівників.

Гіпотеза дослідження: Працівники з високим рівнем енергійності мають значно нижчі показники емоційного виснаження .

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз літератури про емоційне вигорання та захопленість роботою, узагальнення, порівняння, систематизація;

- емпіричні: спостереження, тестування, анкетування . (використано Методику Маслач , опитувальники UWES для оцінки захопленості роботою та MBI для вимірювання вигорання)

- методи математичної статистики: описова статистика, кореляційний аналіз порівняння отриманих результатів. Кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона), дисперсійний аналіз (ANOVA), регресійний аналіз для вивчення показників залученості роботою і рівень вигорання.

ЗАХОПЛЕНІСТЬ РОБОТОЮ, ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ, ЕФЕКТИВНІСТЬ, ПРОФІЛАКТИКА

BURNOYT SYNDROME, HIGH PERFOMANCE, BURNOYT PREVENTION.

ЗМІСТ

ВСТУП....8
РОЗДІЛ 1. НАУКОВІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ЗАХОПЛЕНОСТІ РОБОТОЮ ТА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ....12
1.1. Психологічна характеристика феномена захопленості роботою 12
1.2. Сутність і структура професійного вигорання особистості 19
1.3. Взаємозв'язок між захопленістю роботою та професійним вигоранням у наукових дослідженнях 30
Висновки до розділу 1 34
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЗАХОПЛЕНОСТІ РОБОТОЮ ТА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ 36
2.1. Мета, завдання та організація емпіричного дослідження 36
2.2. Характеристика вибірки та опис отриманих результатів 43
2.3. Аналіз і узагальнення результатів емпіричного дослідження....53
Висновки до розділу 2 61
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА ВИГОРАННЯ ТА ПІДВИЩЕННЯ ЗАХОПЛЕНОСТІ РОБОТОЮ 64
3.1. Обґрунтування програми профілактики професійного вигорання, зміст та структура....64
3.2.Етапи реалізації програми та оцінка результативності впровадження програми 75
Висновки до розділу 3....86
ВИСНОВКИ 88
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 90

ВСТУП

Сучасні умови життя та професійної діяльності висувають до людини високі вимоги та постійно перевіряють її психологічну стійкість. Особливо це виявляється в Україні, де пандемія, економічна нестабільність та воєнні події формують тривале вплив стресогенних факторів. Хронічне напруження, інформаційний тиск і постійна небезпека спричиняють емоційне виснаження фахівців різних галузей, зниження мотивації та погіршення працездатності. У таких умовах питання балансу між залученістю до роботи та ризиком професійного вигорання набуває ключового значення та потреб .З огляду на такі обставини проблематика збалансування між захопленістю роботою та ризиком професійного вигорання стала надзвичайно актуальною. Це зумовлює пошук ефективних психологічних інструментів підтримки працівників, аби запобігти негативним наслідкам хронічного стресу і зберегти їхній робочий потенціал.

Усі наведені аспекти зумовили вибір теми даного дослідження: «Взаємозв’язок захопленості роботою та професійного вигорання».

Ступінь наукової розробки теми.

Проблема захопленості роботою та професійного вигорання є добре дослідженою у психології. У наукових працях розглядаються причини виникнення цих явищ, їх прояви та способи подолання.

Теоретичні основи вигорання були закладені у працях К. Маслач [62] та В. Шауфелі [72], які визначали його як стан емоційного виснаження, втрати мотивації та зниження ефективності діяльності. Подальші дослідження підтвердили зв’язок вигорання зі стресом і психоемоційним станом працівників (Bauer, Stamm, Virnich [64]; Kaminski [69]).

Захопленість роботою як позитивний стан розглядали А. Баккер та М. Лейтер [63], Я. Хаканен [68]. Вони довели, що вона сприяє підвищенню мотивації, продуктивності та виступає захисним фактором проти вигорання.

У вітчизняній психології проблему досліджували Д. Ассонов [12], Л. Бегеза [13], І. Завгородній, О. Літовченко [21] та інші, зокрема у контексті медичних працівників.

Сучасні дослідження підтверджують обернений зв'язок між захопленістю та вигоранням: вищий рівень залученості пов'язаний з нижчим рівнем вигорання (Fowler, Fiani, Kissling [67]; Khaustova, Chaban, Assonov [70]).

Отже, тема є достатньо розробленою, однак потребує подальших досліджень з урахуванням сучасних умов.

Об'єкт дослідження – психологічні стани , пов'язані з працездатністю та емоційним станом працівника а саме захопленість роботою та професійним вигоранням .

Предмет дослідження – взаємозв'язок між захопленістю роботою та професійним вигоранням особистості

Мета роботи – всебічно дослідити, як пов'язані між собою захопленість роботою та професійне вигорання, а також на основі отриманих результатів розробити дієві психологічні заходи, спрямовані на запобігання вигоранню та підвищення працездатності працівників.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасні наукові підходи до вивчення феноменів захопленості роботою та професійного вигорання в психології й розкрити їхній зміст та взаємозв'язок**.**
2. Провести емпіричне дослідження захопленості роботою та професійного вигорання у вибірці працівників, здійснивши їх вимірювання та аналіз отриманих показників.

3. Визначити характер і напрям взаємозв’язків між показниками захопленості роботою та професійного вигорання, а також психологічні чинники, що сприяють посиленню захопленості й зниженню ризику вигорання.
4. Розробити та впровадити програму психологічної профілактики професійного вигорання і підвищення захопленості роботою, обґрунтувати її теоретичні засади та оцінити ефективність запропонованих заходів.

Гіпотеза дослідження : Працівники з високим рівнем енергійності мають значно нижчі показники емоційного виснаження .

Методи дослідження. У процесі роботи було використано комплекс методів. Теоретичні: порівняльно-аналізований огляд літературних джерел, синтез і узагальнення наукових даних, систематизація понять, моделювання взаємозв’язків між змінними. Емпіричні: анкетування та психодіагностичне тестування (застосовано стандартизовані опитувальники UWES для оцінки захопленості роботою та MBI для вимірювання вигорання), експертне опитування керівників щодо ознак вигорання в підлеглих, статистичні методи (кореляційний аналіз Пірсона, t-критерій Стьюдента для оцінки значущості відмінностей, регресійний аналіз) з використанням програмного забезпечення SPSS. У практичній частині впроваджено елементи формувального експерименту – розроблено та апробовано тренінгову програму підвищення залученості і профілактики вигорання

Наукова новизна дослідження. Отримані результати дозволяють по-новому поглянути на співвідношення позитивних і негативних станів у професійній діяльності. Результати дослідження показали взаємозв’язок між залученістю до роботи та професійним вигоранням: вищий рівень оптимізму й витривалості пов’язаний із нижчим емоційним виснаженням. Виявлено окрему групу ризику — працівників із високою захопленістю та водночас ознаками вигорання. Новизна також у тому, що сучасні зарубіжні підходи (наприклад, engaging leadership) були адаптовані під українські умови.

Загалом дослідження дає нове розуміння того, як ресурси людини (залученість) і стрес (вигорання) взаємодіють між собою.

Практична значення . В даній роботі показано, що розроблена програма профілактики професійного вигорання є ефективною та корисною для практичного використання.

Експериментальна база дослідження: Дослідно-експериментальною роботою було охоплено 60 осіб, медичних (лікарі та медичні сестри) працівників обласної лікарні м. Івано-Франківськ та лікувально діагностичний центр.

Апробація результатів дослідження: Здійснювалася шляхом впровадження розробленої програми психологічної профілактики професійного вигорання серед медичних працівників. Отримані результати були представлені та обговорені у колі фахівців, а також отримали практичне підтвердження у вигляді позитивної динаміки показників залученості та зниження рівня вигорання

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів ,три підрозділи має перший , другий та третій розділ має два підрозділи , висновків та списку використаних джерел має 75 позицій, 8 таблиць 1 рисунок та 1додаток.

РОЗДІЛ 1. НАУКОВІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ЗАХОПЛЕНОСТІ РОБОТОЮ ТА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

1.1. Психологічна характеристика феномена захопленості роботою

Поняття «захопленість роботою» (англ. work engagement) увійшло до психології праці в руслі позитивної психології, як відображення оптимального рівня енергії, мотивації та задоволеності у професійній діяльності. У науковій літературі цей термін нерідко виступає синонімом «залученості до роботи», акцентуючи емоційну й мотиваційну складову стану працівника. За визначенням провідних дослідників, захопленість роботою – це позитивний, наповнений мотивацією стан, що характеризується високим рівнем енергійності, відданості справі та поглиненості робочими завданнями. Зокрема, В. Шауфелі та ін. виокремлюють три ключові компоненти цього стану: енергійність (високий рівень життєвої енергії, працездатності та стійкості перед труднощами), відданість (глибоке залучення і почуття значущості своєї роботи, гордість за неї) та поглиненість (повне занурення у робочий процес, коли час плине непомітно) [7]. На відміну від простої задоволеності, захопленість передбачає активний, пристрасний підхід до виконання професійних обов’язків. Працівник, захоплений своєю справою, відчуває натхнення, легко інвестує час і зусилля в роботу та отримує від неї глибоке задоволення. Мотиваційний процес описується тим, що ресурси на роботі сприяють зростанню захопленості і, як наслідок, формування прихильності організації.

Важливо підкреслити, що захопленість роботою – це не короткочасний емоційний підйом, а відносно стійкий стан, пов’язаний із особистісними цінностями і смислами працівника. Дослідники наголошують, що захопленість виникає на перетині особистісних ресурсів і сприятливих організаційних умов [16]. До особистісних ресурсів, що підживлюють залученість, відносять оптимізм,

резилієнтність (психологічну стійкість), самоефективність, внутрішню мотивацію до розвитку, альтруїстичні цінності тощо. Натомість організаційні ресурси включають підтримуюче середовище: наявність соціальної підтримки з боку колег і керівництва, можливості професійного зростання, автономність у прийнятті рішень, справедливу винагороду та безпечні умови праці [5].Захопленість роботою проявляється у різних аспектах поведінки працівника. По-перше, це ініціативність та творчість: залучені співробітники схильні генерувати нові ідеї, пропонувати покращення у роботі, оскільки глибоко переживають успіх своєї організації. По-друге, наполегливість у досягненні цілей – висока мотивація допомагає долати перешкоди, працівник не покидає справу при перших невдачах, а намагається знайти рішення. По-третє, емоційна залученість у колектив: такі працівники активно взаємодіють із командою, їм притаманний командний дух і підтримка колег. Дослідження підтверджують, що високий рівень захопленості асоціюється з вищою продуктивністю праці, якістю обслуговування клієнтів, нижчими показниками абсентеїзму та ротації кадрів [54]. Іншими словами, вигоди від наявності у штаті “палких ентузіастів” відчутні як для самих працівників (у вигляді професійного розвитку й задоволення), так і для організацій (через кращі результати та атмосферу в колективі).

Водночас, науковці застерігають, що надмірна, дисбалансована захопленість роботою може мати і тіньовий бік. Якщо працівник настільки поглинений роботою, що ігнорує власні потреби у відпочинку, сім’ї, відновленні – це може призвести до переінвестування ресурсів та емоційного виснаження. У літературі описано феномен «workaholism» (трудоголізму), який відрізняється від здорової залученості: трудоголіки працюють нав’язливо, відчуваючи постійний внутрішній примус, і часто не отримують справжнього задоволення від роботи, що зрештою підвищує ризик вигорання[1] [48]. Отже, важливо відрізняти щиру пристрасть до справи, яка живить особистість, від невротичної трудоманії, що виснажує. Оптимальний рівень захопленості передбачає баланс між професійною

самореалізацією та іншими сферами життя, регулярне відновлення сил. У подальших розділах роботи розглянемо, як саме взаємопов'язані показники захопленості роботою і симптоми вигорання, та які фактори сприяють підтриманню здорової залученості без переходу до стану виснаження.

Розвиток поняття захопленості роботою у сучасній психологічній науці розкривається у праці JD-R модель у сфері позитивної організаційної поведінки, які системно обґрунтували мотиваційно-ресурсну модель професійного функціонування працівника. Ресурси зменшують стрес, підвищують мотивацію і прямо стимулюють захопленість роботою [68,]. Мотиваційний шлях має в собі : достатні ресурси, мотивація та залученість , енергія, натхнення ,висока ефективність і благополуччя. Ця концепція пояснює, чому працівники, які володіють достатнім обсягом внутрішніх і зовнішніх ресурсів, демонструють вищий рівень життєвого тонусу, професійної ініціативи та стійкості до стресу. Оптимальний стан коли працівник має високі вимоги також високі ресурси. Даний стан призводить до ефективності роботи працівника . Ресурси роботи можуть бути такі як підтримка керівника і колег ,автономія ,чіткі ролі і завдання, зворотний зв'язок, можливості навчання ,справедлива оцінка праці відчуття значущості роботи. Можна підкреслити , що енергійність та відданість діяльності формуються в умовах психологічної безпеки організації, коли співробітник може реалізовувати власні цінності без страху осуду. Баланс між вимогами та ресурсами визначає, чи буде працівник виснаженим чи залученим.

Як показують дослідження Бегези [13,с.39], психологічна характеристика захопленості роботою передбачає наявність емоційного піднесення, позитивного афекту, когнітивної зосередженості та високого рівня саморегуляції. Працівник, який переживає стан натхнення, відчуває не зовнішній тиск, а внутрішній потяг до досягнень. Саме тому у практиці трудової психології захопленість розглядають як антипод вигорання. Коли у працівника зростає рівень емоційної включеності, відповідно знижується вірогідність появи цинізму, втоми та відчуття

безсенсовності роботи [42,с.114].У контексті системи професійних взаємин захопленість має виразний соціально-психологічний компонент. Вовк [17, с. 19] встановила, що серед працівників ІТ-сфери високий рівень залученості прямо корелює з почуттям комунікативної єдності колективу та можливістю впливу на спільні результати. Галецька [17] довела, що менеджери, які демонструють розвинену самоактуалізацію, сприймають роботу як джерело сенсу, а не лише як засіб отримання доходу. Їхня емоційна включеність виявляється у прагненні вдосконалювати процеси, брати відповідальність за проєкти, ініціювати зміни.

Водночас Лаврова [23,с.118] наголошує, що феномен захопленості роботою не зводиться лише до індивідуальної особливості. Він формується під впливом організаційної культури, стилю управління, наявності можливостей для розвитку. Працівники, які відчувають довіру керівництва та мають автономію у прийнятті рішень, проявляють вищу ініціативність і креативність. Підкріплюють цю тезу висновки Кітсіоса і Камаріоту [71, с. 6], де показано, що задоволення роботою та залученість прямо пов’язані із якістю внутрішньої комунікації, відсутністю надконтролю та визнанням досягнень співробітників.

Психофізіологічний аспект захопленості проаналізований у працях Гречко [19] та Вежновець і Парія [15, с. 129]. Автори описують, що високий рівень енергійності супроводжується стабільністю нейроендокринних реакцій, стійким рівнем працездатності й адаптаційного потенціалу. Такий стан формує сприятливе емоційне тло, що перешкоджає розвитку психічного виснаження. Енергійність як центральний компонент захопленості. Гречко[19] підкреслює, що психологічна ознака «захопленості» тісно пов’язана з високим рівнем енергійності — це не просто емоційне піднесення, а стійка здатність мобілізувати ресурси для тривалої діяльності . З високою енергійністю спостерігається відносна стабільність. Позитивне емоційне тло (регуляція афектів, відчуття внутрішньої енергії) знижує ймовірність розвитку психічного виснаження, є захисним фактором проти синдрому вигорання. Автор описує це як взаємозв’язок між емоційною регуляцією

та фізіологічною стійкістю організму. Вежновець Т. А., Парій В. Д [15 с. 41-47]встановлено, що частота виявлення синдрому емоційного вигорання у лікарів-хірургів більша, ніж у медичних сестер. Медичні працівники мають різні механізми психологічного захисту від впливу психотравмуючих факторів трудової діяльності: у лікарів - "розширення сфери економії емоцій" і "деперсоналізація", у медичних сестер - "редукція професійних обов'язків" і "психосоматичні та психовегетативні порушення". Дослідження підкреслюють, що захопленість та енергійність має і психологічний, і виразний психофізіологічний вимір: стабільність нейроендокринних реакцій, високий адаптаційний потенціал і здатність до відновлення — ключові фактори, що відокремлюють здорову захопленість від ризикових станів, здатних призвести до вигорання. Ряд дослідників, серед яких Камінскі [69, с. 9] та Малагон-Агілера [73, с. 3], описують феномен «професійної пристрасті» як рушійну силу довготривалої працездатності. Її відмінність від трудоголізму полягає у збереженні контролю над межами праці, коли людина отримує задоволення від процесу, але не жертвує іншими сферами життя. Надмірне прагнення досягнень без відпочинку призводить до зворотного ефекту – емоційного виснаження, що підтверджується даними Ассонова [12, с. 49] та Хаустової [70,с544] про підвищення рівня стресу серед працівників із тривалими робочими перевантаженнями.

Згідно з підходом Кісіль і Швеця [4,с. 78], захопленість роботою варто розглядати як динамічний процес самореалізації, де мотиваційна сфера підживлюється успіхами, визнанням і розвитком компетентності. Працівники, які бачать зв’язок між зусиллями та результатом, відчувають зростання професійного сенсу. Цей ефект описує Циммерман [74, с. 12], вказуючи, що стійкість (resilience) та емоційна залученість підтримують одне одного, створюючи позитивний цикл адаптації до викликів. Стійкість допомагає особі краще справлятися з труднощами та зберігати активну участь у діяльності а емоційна залученість (інтерес, захоплення, позитивні емоції) підтримує внутрішню мотивацію й готовність

долати перешкоди. Обидві характеристики підсилюють одна одну, утворюючи «петлю зворотного посилення» людина відчуває емоційний підйом чи інтерес, їй легше виявляти стійкість. Також коли вона проявляє стійкість і долає труднощі, зростає її емоційна залученість та впевненість.

Роль психологічних захистів, які допомагають зберегти внутрішній баланс при високих вимогах. Свідчать, що зріла система захистів сприяє гнучкому реагуванню на професійні труднощі, не руйнуючи почуття задоволеності роботою. [8,с.14-16] Карамушки Л.М. і Снігур Ю.С пишуть про роль механізмів захисту такі як антиципація , альтруїзм , гумор , сублімація , придушення які змінюють не лише сприйняття реальності , щоб зменшити стрес але вони можуть бути дуже адаптивними в роботі. У цьому контексті Матвєєва [44,с.108] пропонує профілактичні програми, що поєднують тренінги саморегуляції, розвиток емоційного інтелекту і командну підтримку як засоби підсилення залученості. Погляд на захопленість крізь призму емоційного інтелекту розроблено Жигайло і Стасюком [20, с. 91], які довели, що здатність до емпатії та усвідомлення власних емоцій визначає глибину включеності у роботу. Людина з розвиненим емоційним інтелектом краще розуміє свої потреби та регулює навантаження, завдяки чому зберігає мотивацію навіть у складних умовах. Відповідно, розвиток емоційної компетентності розглядається як стратегічний інструмент підтримання високого рівня професійної енергії . Емоційний інтелект дозволяє розпізнавати людини емоції , визначати про яку незакриту потребу сигналізує дана емоція та вчасно закривати власні потреби не ігнорувати . Також емоційний інтелект розвинений допомагає вчасно реагувати людині на порушенні кордони . Можна сказати що людина яка має розвинений емоційний інтелект розуміє себе , тому може не допустити вигорання на роботі , завчасно задовільнивши потреби по відпочинку .

Зауважує, що для майбутніх педагогів захопленість професією має формуватися ще на етапі навчання, через рефлексію власних цінностей і смислів діяльності

Цюприк і Федорович [34, с. 165], які доводять ефективність інтеграції курсів самопізнання у програми підготовки психологів для попередження професійного виснаження.

Отже, феномен захопленості роботою постає багатовимірним утворенням, що охоплює когнітивну, емоційну та поведінкову сфери. Його розвиток підтримується особистісними ресурсами, соціальною взаємодією та організаційними умовами. Досвід українських і зарубіжних дослідників [21, с. 24; 43 с. 5; 26, с. 4] свідчить, що стратегія формування професійного благополуччя має ґрунтуватися на системному поєднанні мотиваційних, емоційних і соціальних механізмів.

Подальший аналітичний розгляд у межах дослідження буде спрямований на виявлення зв’язку між рівнем захопленості роботою та інтенсивністю симптомів емоційного вигорання у різних професійних групах, а також на визначення чинників, що стабілізують цей баланс і забезпечують довготривалу ефективність професійного функціонування.

Мотивація працівників безпосередньо впливає на якість надання послуг, задоволеність пацієнтів та загальну ефективність роботи закладу, підприємству іприсутній високий рівень мотивації сприяє зменшенню плинності кадрів, підвищенню продуктивності та покращенню морального стану колективу. Розуміння професійної мотивації та психологічних особливостей фахівців є надзвичайно важливим для забезпечення високої ефективності їх роботи та підвищення рівня наданих медичних послуг. Різноманітні дослідницькі методи дозволяють отримати більш глибоке уявлення про фактори, що мотивують, та психологічні особливості персоналу.

1.2. Сутність і структура професійного вигорання особистості

У сучасному світі професійне вигорання стало поширеною проблемою, яка впливає на фізичний, емоційний та ментальний стан працівників. Це явище не лише знижує продуктивність, але й може серйозно зашкодити здоров'ю. Це не просто втома після складного дня — це стан, коли людина більше не відчуває задоволення від своєї роботи та не має енергії її виконувати. Термін «вигорання» (англ. burnout) вперше був введений в 1974 р. психологом Г. Фрейденбергером для опису стану емоційного виснаження у працівників допомагаючих професій. З тих пір феномен професійного вигорання привертає пильну увагу дослідників як в психології, так і в медицині та менеджменті. Класичне визначення належить К. Маслач і співр. – вигорання трактується як синдром, що включає три ключові компоненти: 1) емоційне виснаження – відчуття спустошеності, втрати енергії та перевтоми; 2) деперсоналізація (або цинізм) – розвиток байдужого, негативного або відчуженого ставлення до роботи і до клієнтів (пацієнтів, учнів тощо); 3) редукція особистісних досягнень – зниження відчуття своєї ефективності, професійної компетентності та успіху [12]. Саме ці три ознаки лежать в основі найпоширеніших методик діагностики вигорання, зокрема опитувальника Маслач (MBI). В контексті МКХ-11, як уже згадувалось, професійне вигорання описано схожим чином: домінує виснаження, психічне віддалення від роботи (цинізм) та зниження результативності[.12]. За словами Маслач, емоційне вигорання, яке є

причиною професійного вигорання – це розплата за співчуття. Професійне вигорання — це серйозна проблема, яка потребує уваги як з боку працівників, так і роботодавців. Розуміння своїх меж, підтримка балансу між роботою та життям, а також готовність звертатися по допомогу — ключові кроки до збереження здоров'я та гармоні .Таким чином, можна говорити про усталену трикомпонентну структуру синдрому вигорання, що відображає його емоційний, когнітивно-мотиваційний та поведінковий аспекти. Подальше дослідження цього явища є надзвичайно важливим, оскільки воно дає змогу впорядкувати як чинники ризику, що сприяють виникненню емоційного вигорання, так і захисні механізми та методи профілактики. У працівників ризики емоційного виснаження умовно поділяють на три групи: соціальні, психологічні та пов'язані з професійною діяльністю, причому саме робочі фактори найсуттєвіше впливають на розвиток цього стану. Водночас багато соціальних, психологічних і професійних чинників можуть виконувати протекторну функцію, допомагаючи знизити рівень емоційного виснаження. Серед таких захисних механізмів провідне місце займають психологічні характеристики — емпатія, внутрішній фокус контролю, емоційний інтелект, оптимізм та окремі риси особистості. Розуміння стадій емоційного вигорання є ключовими для розробки ефективних стратегій управління та профілактики [66]. Можна приділити увагу на основним етапам [59]:

1.Етап попередження (Stage of Anticipation) на цьому етапі працівники можуть відчувати загрозу стресу та перевантаження. Важко оцінити ризики та вжити заходів для попередження вигорання.

2.Етап запалення (Stage of Onset) на цьому етапі виникають перші симптоми емоційного вигорання. Професіонали починають відчувати втому, роздратованість можуть зазнати труднощів у взаємодії з іншими людьми.

3.Етап критичної втоми (Stage of Critical Fatigue) даний етап характеризується сильною емоційною та фізичною втомою. Працівник починає відчувати стрес сильний , енергія майже вичерпана.

4.Етап хронічне вигорання (Stage of Critical Burnout) на цьому етапі емоційне вигорання стає хронічним , може призвести до поганих наслідків для фізичного і психологічного здоров'я. Важливо зазначити, що вигорання – це процес, який розгортається поступово під впливом тривалого стресу. На початкових стадіях людина може відчувати виснаження енергетичних ресурсів, але ще зберігати залученість у роботу. Згодом накопичена втома і розчарування призводять до змін у ставленні: виникає цинічність, черствість у спілкуванні, відчуження. Завершальною фазою є порушення професійної ефективності – працівник почувається невпевнено у своїх силах, зростає кількість помилок, знижується продуктивність. Ряд дослідників пропонували фазові моделі розвитку вигорання. Наприклад, відповідно до концепції «стадій вигорання», спочатку настає фаза "медового місяця" (ентузіазм на початку роботи), далі фаза застою (зіткнення з реальністю, перші розчарування), потім фаза хронічного стресу (постійна перевтома, негативізм) і, врешті, фаза апатії та вигорання з повним виснаженням емоційних ресурсів [20]. Хоча стадійні моделі дещо узагальнені, вони підкреслюють поступовий, кумулятивний характер синдрому. Вигорання є результатом складного балансу чинників і є наддетермінованим. Це означає, що безліч стресорів безперервно підсумовуються в різних сферах життєдіяльності і якщо особа може реагувати на це адаптивно, вона діє успішно і ефективно. Якщо

ж зовнішні вимоги починають переважати над ресурсами людини, виникає дезадаптація, яка з часом закріплюється і призводить до вигорання. Більшість дослідників виділяє три види чинників: особистісний (вік, стать, стаж роботи, сімейний стан, неврівноваженість, підвищена збудливість, емоційна нестійкість індивіда, відповідність його темпераменту роботі, спрямованість до екстра- чи інтравертованості), рольовий (різні професійні ситуації, у яких спільні дії співробітників неузгоджені), та організаційний (дестабілізуюча організація роботи, підвищений рівень відповідальності, складний психологічний контингент пацієнтів у медичних працівників : психічно хворі, онкохворі, пацієнти з алкогольною та наркотичною залежністю), які впливають на формування вигорання.До розвитку професійного вигорання призводить сукупність як організаційних, так і особистісних чинників. З-поміж організаційних найчастіше називаються: надмірне робоче навантаження, цейтнот і постійні дедлайни; рольовий конфлікт і невизначеність; відсутність підтримки з боку керівництва; несправедлива оцінка роботи, монотонність та відсутність можливостей росту [54]. У контексті медичних працівників, наприклад, додатковими стресорами виступають постійний контакт із людським болем та стражданнями, етичні дилеми, ризик професійних помилок і висока відповідальність за життя людей[49]. Якщо робочі вимоги хронічно перевищують ресурси людини, виникає стан психологічного перевантаження і виснаження. Серед особистісних чинників вигорання дослідження відзначають такі риси, як: тенденція до перфекціонізму і гіпервідповідальності (людина вимагає від себе занадто багато і болісно сприймає невдачі), низька стресостійкість, зовнішній локус контролю (віра, що нічого не залежить від власних дій), емпатичне виснаження внаслідок надмірного співпереживання клієнтам, а також схильність до нездорових копінг-стратегій (алкоголь, ізоляція тощо).Особистісні особливості модулюють реакцію на робочий стрес: так, оптимістичні, резилієнтні працівники більш стійкі до вигорання, тоді як тривожні і невротичні – більш уразливі [69].Професійне вигорання тісно

переплітається з іншими негативними станами. У наукових дискусіях його співвідносять зі стресом і депресією. Від хронічного стресу вигорання відрізняється конкретним контекстом – це саме робоча перевтома, виснаження “на роботі”. На відміну від великої депресії, вигорання зазвичай не супроводжується тотальною втратою інтересів у всіх сферах життя – його дія локалізована в професійній сфері, хоча затяжне вигорання може переходити у депресивний розлад. Вигорання також пов’язане з явищем «вторинного травматичного стресу» та співчутливого виснаження (особливо у медиків, психологів), коли надмірне переживання чужого болю призводить до притуплення емпатії. З погляду фізіології, довготривалий стан вигорання може мати психосоматичні наслідки: підвищує ризики серцево-судинних захворювань, порушень сну, імунної дисфункції тощо [54]. Таким чином, проблему професійного вигорання слід розглядати комплексно – і як індивідуальний психологічний синдром, і як організаційну проблему охорони праці та здоров’я. Останні дослідження медичних працівників під час війни на сході України показали, що вигорання набуває ще більшого поширення і впливає не лише на самопочуття лікарів, а й на якість надання допомоги пацієнтам[4][54]. Це підкреслює суспільну значущість своєчасної діагностики й профілактики цього явища.

На основі викладеного можна сформулювати робоче визначення: професійне вигорання – це психоемоційний стан виснаження та деструкції особистості в умовах роботи, що проявляється стійкою втомою, цинічним ставленням до професійних обов’язків і відчуттям власної неефективності. Цей синдром є кінцевим результатом тривалого впливу робочих стресорів, посиленого індивідуальними схильностями, і веде до зниження працездатності, погіршення якості роботи та особистісного неблагополуччя. Вигорання не є хворобою, це – синдром. Проте, воно може вважатися хворобою, якщо людина внаслідок нього не в змозі працювати, але основним діагнозом в цьому випадку все одно буде один із психічних розладів (наприклад, стан депресії, розлад адаптації, стрес-реакція

тощо). У такому разі вигорання може бути визначене як додатковий діагноз, а активне лікування буде призначене для основного розладу.

Професійне вигорання розглядають як складний психоемоційний процес, що розгортається поступово і виявляється у трьох основних компонентах: емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція особистісних досягнень. Саме така триєдина структура стала загальновизнаною у світовій психологічній традиції після публікацій К. Маслач, які заклали основу сучасного розуміння феномена. У вітчизняній психології концепцію адаптували Міщенко, Редько, Шевчук та інші дослідники, наголошуючи на поєднанні когнітивних, емоційних і поведінкових ознак синдрому [24]. Емоційне виснаження проявляється у втраті енергії, апатії, відчутті спустошеності. Деперсоналізація формується у вигляді байдужого, іноді цинічного ставлення до професійних обов'язків, тоді як редукція досягнень проявляється у зниженні самооцінки, відчутті безпорадності та неефективності у роботі.

Деякі дослідження показали, що люди з вищим рівнем освіти повідомляють про вищий рівень вигорання, ніж менш освічені працівники. Можна припустити, що освіченіші люди покладають великі надії на свою роботу і тому зростає відчуття напруги, якщо ці очікування не виправдовуються [64].

Динаміка розвитку вигорання проходить кілька послідовних фаз. На початковому етапі спостерігається піднесення, ентузіазм, прагнення проявити себе у професії. Потім з'являється стагнація, коли зростають робочі вимоги, а ресурси не встигають відновлюватися. Далі розвивається хронічне перевантаження, що супроводжується емоційною втомою, і зрештою настає стадія апатії та байдужості. Таку послідовність описують Колтунович і Стрілецька, які підкреслюють поступовий, непомітний характер переходу від натхнення до виснаження [22]. Вигорання не виникає раптово – воно є наслідком тривалого

перевищення робочих вимог над психологічними і фізичними можливостями людини [21].

Фактори, що призводять до вигорання, поділяють на організаційні та особистісні. Серед організаційних – надмірне навантаження (яскравою ознакою є постійна втома . Це відчуття відсутності енергії або повного виснаження), брак автономії, нечіткість ролей, несправедлива оцінка результатів, дефіцит підтримки керівництва (працівник можете відчувати що все, що він робите не має жодного сенсу або він розчаровуєтеся в цьому). Вигорання та хронічний стрес впливають на здатність людини концентрувати увагу та зосереджуватися. Коли працівник перебуває у стресі ,увага звужується та фокусується на негативних елементах. Для медичних працівників вирішальними стають постійний контакт із людським болем, висока відповідальність і обмежені ресурси, про що зазначає Завгородній у дослідженні сучасного стану проблеми серед лікарів України [21]. Для працівників ІТ-сфери провідними чинниками виявляються монотонність, часові обмеження та невизначеність завдань, що підсилюють деперсоналізацію, як зазначає Вовк [17]. На підприємстві вигорання впливає на результат роботи працівника. Вигорання притаманне тим професіям , які мають широкий спектр професійних завдань.

В освітньому середовищі Редько доводить, що нестача визнання і перевантаження адміністративними обов’язками викликають редукцію особистісних досягнень [28]. Працівники у стані вигорання можуть вдаватися до нездорових копінг-стратегій стосовно подолання труднощів . Таких як вживання алкоголю, паління, вживання снодійних препаратів, нездорової їжі, відмова від їжі чи обмеження сну.

Особистісні чинники не менш вагомі. Дослідження Жигайло і Стасюка показало, що емоційний інтелект зменшує ризик вигорання, адже допомагає людині розпізнавати і регулювати власні емоції [20]. Недостатня рефлексія і ригідність мислення ускладнюють адаптацію до мінливих професійних умов . Таким чином,

поєднання зовнішніх перевантажень із внутрішніми обмеженнями створює сприятливий ґрунт для формування хронічного виснаження.

Професійне вигорання пов’язане з іншими психічними станами, зокрема зі стресом і депресією, проте має власну специфіку. Камінскі розглядає феномен «втоми співчуття», що характерний для представників допомагаючих професій і є формою емоційного виснаження від постійної взаємодії з чужими стражданнями [69]. Малагон-Агілера пов’язує вигорання з фізичними розладами, зокрема порушенням сну, імунною дисфункцією та ризиком серцево-судинних захворювань [73].Науковці у сфері психології наголошують, що емоційне вигорання є невід’ємною частиною людського досвіду і може відбуватися у будь кого [63]. Проте ,деякі люди можуть бути більш стійкими до нього або демонструвати менше ознак емоційного вигорання через свої індивідуальні характеристики, особливості управління стресом та адаптацією до складних ситуацій. Дослідження та вивчення даного питання займаються такі вчені , як Крістіна Маслак (Christina Maslach), Майк Ліберман (Michael Leiter), Майя Перлофф (Maia J. Perloff) та інші дослідники [67]. Узагальнюючи сучасні дослідження перелічимо фактори, які сприяють вигоранню :

Причини, пов’язані з роботою :

Недостатній або повністю відсутній контроль за режимом своєї роботи .

-відсутні визнання.

-надмірні високі очікування від роботи .

-монотонна або не цікава робота .

-хаотичне або напружене середовище .

Причини пов’язані з особистим життям :

-надмірна зайнятість, відсутність відпочину .

- відсутність близьких стосунків та підтримуючих.

-забагато обов’язків відсутність допомоги.

-недостатня кількість сну.

Особисті риси :

-схильність до перфекціонізму

-песимістичний погляд на себе та навколишній світ.

-потреби контролювати ситуацію.

-очікування від себе високих результатів.

Стосовно симптомів професійного вигорання, які мають відношення до організму, то слід зазначити, що тут досліджень значно менше і, разом із тим, вони окреслюють достатньо чітко суть цього аспекту проблеми. Цікавою в контексті досліджень організаційної психології є класифікація симптомів професійного вигорання, яка розроблена . У. Шауфеллі та Д. Ензманом [.64], якими виділено й детально проаналізовано 132 симптоми вигорання, які об'єднані в 5 груп: афективні, когнітивні, фізичні, поведінкові, мотиваційні. Ці симптоми, на думку авторів, проявляються по-різному на трьох рівнях: індивідуально-психологічному, міжособистісному і організаційному. Важливою, на наш погляд, є теза авторів про те, Що симптоми професійного вигорання можуть проявлятися не лише на індивідуальному, міжособистісному рівнях, але й на організаційному рівні . Думаємо, Що симптоми, які стосуються профисійної мотивації, мають пряме відношення до організаційної психології.

Варто звернути увагу на групу проблем, що сприяють вигоранню або посилюють його розвиток, пов'язану із ситуацією на роботі. Характерними чинником для ситуацій вигорання є перевантаження — дуже багато підопічних, занадто багато вимог, занадто багато інформації. За даними західних дослідників, зі збільшенням навантажень людина починає несвідомо прагнути зменшення контакту — менше

особистісно залучається у взаємодію, частіше вдається до формальних правил і ритуалів, використовує найбільш безособові методи роботи. Ще один важливий у даному контексті аспект ситуації на роботі — це можливість впливу на процес роботи та прийняття рішень, які стосуються працівника. Якщо в людини є почуття, що вона нічого не може змінити у своїй ймовірність розвитку професійного вигорання збільшується. Рольова невизначеність - у сенсі неясного формулювання прав та обов'язків, можливостей людини, рольова конфліктність - як протиріччя різних ролей, також сприяють професійному стресу та професійному вигораннюроботі, що від неї нічого не залежить, що її думка не має значення і т. д., ймовірність розвитку професійного вигорання збільшується. Рольова невизначеність - у сенсі неясного формулювання прав та обов'язків, можливостей людини, рольова конфліктність - як протиріччя різних ролей, також сприяють професійному стресу та професійному вигоранню [73]. Українська науковиця Т. Титаренко, у своїй роботі, серед факторів ризику або потенційних стимуляторів розвитку професійного вигорання пропонує виділяти особистісні, статусно-рольові та корпоративні (професійноорганізаційні). Дослідниця акцентує, що вигорання частіше переживають так звані «роботоголіки», інше кажучи ті, хто абсолютно занурені у працю, не здатні відпочивати, переживають надмірну відповідальність за все, що роблять, та мають конкретні інструкції на кар’єрне зростання будь-якою ціною. До групи ризику входять також особи, що реагують на стреси емоційно нестримано, агресивно, які завжди хочуть бути першими та нетерпимі до будьяких перешкод на шляху до мети. Водночас, сприяє розвитку вигорання тривожність, підозрілість, використання неконструктивних моделей поведінки у конфліктних ситуаціях і низька комунікативна компетентність. Серед організаційних чинників перевагу мають тривалість та інтенсивність робочого навантаження[73].

Вигорання можна кваліфікувати за ознаками такими як :За ступенем вираження може бути : легким , помірним ,важким і відображає наскільки сильно впливає на

функціонування особистості . Може бути відмінність за професійними групами з урахуванням особливостей різних сфер праці .В такому разі емоційне вигорання може відрізнятися в залежності від професійного характеру .

На думку австралійського дослідника Альфріда Ленглес людина з проблемою вигорання не вистачає справжнього (екзистенційного) сенсу для дій. Виникає дефіцит виконаності – так вчений називає почуття добревиконаної роботи чи результату в улюбленій справі. На його думку, емоційне вигорання настає, коли працівник не ототожнює з цінностями компанії або працює тільки заради грошей , без інтересу до справи. Дослідник радить шукати те ,що викликає ширший інтерес і таким чином компенсує дисбаланс у житті . З моменту коли людина помітила у себе симтоми вигорання (або їх вловило оточення) варто усвідомити свій стан і почати з нимпрацювати[60].

Хаустова на прикладі українських медиків показала, що вигорання під час кризових періодів, таких як пандемія та воєнний стан, набуває системного характеру і прямо впливає на якість надання медичної допомоги [70]. Центр громадського здоров'я МОЗ України підкреслює, що своєчасна профілактика має розглядатися як елемент охорони праці та безпеки пацієнтів [58].

Отже, професійне вигорання – не лише індивідуальна психологічна проблема, а й показник стану організаційного середовища. Це процес, який починається з енергетичного виснаження, переходить у відчуження від професійної діяльності й завершується зниженням відчуття власної ефективності. Синдром розвивається поступово, під дією тривалого стресу, посиленого особистісними схильностями та недосконалими умовами праці. В узагальненому вигляді професійне вигорання визначається як стійкий психоемоційний стан виснаження та деструкції особистості, що проявляється в емоційній втомі, цинічному ставленні до роботи та зниженні впевненості у власній компетентності [25]. Вигорання може супроводжувати фізичними симтомами як головна біль , дратівливість , проблеми зі сном . Цей синдром зазвичай розцінюється як стрес-реакція у відповідь на

виробничі та емоційні вимоги, що походять від зайвої відданості людини своїй роботі. Водночас характерна супутня зневага до сімейного життя або відпочинку. Вигорання – досить поширене явище на сьогодні. Психологічна допомога під час емоційного вигорання на роботі сприяє не лише відновленню втраченої продуктивності, але й розумінню, куди ж рухатися далі, чого прагнути.

Слід наголосити, що в літературі зазначається, що ризик виникнення синдрому професійного вигорання на сьогодні встановлено в представників

близько 60 професій і професійних груп, які відносяться до професій типу людина-людина, і ризик вигорання знаходиться в межах 25-30% представників соціальних професій . У 2016 р. C. Maslach і M. Leiter (Maslach & Leiter, 2016) визначили, що вигорання «розвивається у відповідь на проблемні відносини між працівниками та їх робочими місцями», не звертаючись до будь-якої конкретної професійної сфери. В останні роки все впевненіше звучить думка про вигорання у життєвих сферах поза роботою: у веденні домашнього господарства, партнерське або батьківське вигорання. З часом було проголошено, що вигорання властиве не тільки соціономічним професіям, воно може виникати в інших професійних групах із високою психоемоційною напруженістю праці: військові, працівники МВС і МНС, підприємці.

1.3. Взаємозв'язок між захопленістю роботою та професійним вигоранням у наукових дослідженнях

Питання про характер зв'язку між залученістю працівника і його вигоранням є дискусійним у психології праці. Інтуїтивно зрозуміло, що ці явища протилежні: захопленість – це про натхнення і енергію, а вигорання – про виснаження і апатію. Деякі дослідники саме так і трактували їх, як два полюси єдиного континууму:

максимальна залученість відповідає нульовому вигоранню, і навпаки[42][41]. Зокрема, К. Маслач та М. Лейтер у працях 1990-х пропонували модель, за якою підвищення рівня залученості здатне нейтралізувати фактори вигорання. Проте подальші дослідження, насамперед В. Шауфелі з колегами, показали, що взаємозв'язок більш складний. Вони припустили, що вигорання і захопленість – це не просто дві крайнощі однієї шкали, а відносно самостійні утворення, які можуть співіснувати[43]. Тобто працівник може відчувати певне виснаження, але при цьому лишатися відданим роботі (як часто трапляється в умовах високої відповідальності, наприклад, у лікарів під час пандемії). І навпаки, можна спостерігати низький рівень залученості без явного вигорання – скажімо, при рутинній монотонній роботі працівник «відсторонений», але ще не досяг стану емоційного виснаження.

Згідно з моделлю Job Demands-Resources (JD-R) Е.Демеруті та А.Баккера [68], ці два процеси мають різну природу: вигорання є наслідком надмірних робочих вимог (стресового навантаження), тоді як захопленість живиться ресурсами роботи (підтримкою, можливостями розвитку)[18][55]. Дана модель стверджує, що на стан працівника впливають два ключові чинники а саме вимоги роботи, усе що потребує зусиль, забирає енергію, викликає стрес або напруження. Другий чинник є ресурси роботи , усе що допомагає справлятися з вимогами, розвиватися та отримувати натхнення від роботи .Водночас, моделі вказують і на перехресний вплив: вигорання послаблює залученість, адже виснажена людина втрачає інтерес і мотивацію. Як зазначалося раніше, вигорання фактично «руйнує залученість до роботи»: енергійність трансформується у втому, ентузіазм – у цинізм, результативність – у неефективність[42]. З іншого боку, висока залученість може слугувати буфером проти стресу: захоплена своєю справою особистість легше переносить труднощі, оскільки бачить глибокий сенс у роботі і отримує позитивні емоції, що відновлюють її ресурси[12]. Деякі емпіричні дані підтверджують, що показники вигорання й залученості статистично мають значущий негативний

кореляційний зв’язок: наприклад, в дослідженні І.Тарланова (2018) на вибірці вчителів було виявлено, що в групі з високою залученістю лише 12% мали високий рівень вигорання, тоді як серед низькозалучених – майже 50%[47][23]. Подібно, зарубіжне дослідження медсестер (D. Luna et al., 2023) методом латентно-профільного аналізу виокремило профілі: один – з високим вигоранням та низьким ангажуванням, інший – зворотний (низьке вигорання, високий engagement), що підтверджує їх протилежність, але також знайшлися змішані профілі, де співіснували помірні рівні того й іншого[50]. Це свідчить про те, що хоча в цілому кореляція між явищами зворотна, вони не є взаємовиключними станами.

Цікавий аспект взаємозв’язку – каузальність: що саме чому передує? Існує гіпотеза, що хронічне вигорання з часом підточує залученість (ефект «знесилення ентузіазму»). Інша гіпотеза – «ефект захисного щита»: спочатку високий engagement захищає від вигорання, але якщо стресори не вщухають, навіть найбільш віддані працівники зрештою вигоряють. Довготривалі лонгітюдні дослідження частково підтверджують обидва підходи. Наприклад, Х. ан де Брук із співавт. (2019) показали, що через рік після вимірювання у працівників з початково високим вигоранням знизилася залученість, а у тих, хто мав високу залученість – рівень вигорання підвищився менше, ніж у контрольної групи[73][44]. Отже, можна припустити наявність циклічного, діалектичного зв’язку між цими станами, про що пишуть і М.Лейтер з співавторами (2021)[53]. Працівники балансують між двома тенденціями: натхненним зануренням у роботу та небезпекою виснаження, і завдання менеджменту – підтримувати цю рівновагу.

Окремо варто розглянути взаємозв’язок компонентів: дослідження свідчать, що найсильніший обернений зв’язок захопленість має з емоційним виснаженням ($r \approx -0.50...-0.65$, $p<0.01$ за даними різних вибірок)[48][4]. Тобто що більш енергійним та сповненим сил відчуває себе працівник, то менше він виснажений. Також негативно корелює engagement з цинізмом/деперсоналізацією (близько –0.40...–

0.55). Ці кореляції цілком логічні, адже енергія і ентузіазм несумісні з апатією та черствістю. Що ж до третього компонента – професійної ефективності – тут зв'язок позитивний: захоплені співробітники зазвичай високо оцінюють свої досягнення і рідше страждають від відчуття професійної неспроможності[11]. Деякі автори навіть пропонували розглядати низьку ефективність радше як наслідок вигорання, ніж як його ядро, адже вона слабше пов'язана з двома іншими симптомами. У будь-якому разі, висока захопленість роботою статистично асоціюється з низькими показниками виснаження та цинізму – цей факт підтверджено в десятках досліджень по всьому світу за участю представників різних професій (викладачів, лікарів, IT-фахівців, поліцейських тощо) [14, с. 219]; [54, с. 14].

В українських реаліях теж спостерігається подібна картина. За даними вітчизняного опитування працівників сфери обслуговування (Листопадський, 2023), у респондентів з високою професійною мотивацією і захопленістю значно рідше фіксувалися ознаки емоційного вигорання, порівняно з тими, хто виявив низьку залученість. Інше дослідження (Ковальчук, 2021) звертає увагу, що на ранніх етапах трудової діяльності молоді фахівці часто сповнені ентузіазму, однак без належної підтримки та розвитку їхній запал згасає, поступаючись місцем розчаруванню [7,с. 28]. Це підкреслює роль організаційних чинників у підтримці engagement: відповідний менеджмент персоналу (налагодження справедливої системи винагород, забезпечення наставництва для молодих працівників, запобігання перевантаженню) може стати потужним запобіжником вигоранню. З іншого боку, психологи акцентують і на індивідуальній профілактиці: формування резилієнтності, навичок саморегуляції та баланс роботи-життя сприяють тому, що навіть за високого робочого навантаження людина не «згорає», якщо вміє відновлювати ресурси і знаходить смисл у діяльності [66]. Захопленість роботою може як захищати від вигорання, так і сприяти йому, залежно від обставин. Тривала та надмірна захопленість, особливо в поєднанні з нереалістичними

очікуваннями, високим стресом та перевантаженням, може призвести до емоційного виснаження та професійного вигорання, оскільки людина витрачає всі сили і не знаходить балансу між роботою та відпочинком. Надвисока захопленість, особливо у "трудоголіків", може призвести до постійного перевантаження, що виснажує емоційні ресурси. Якщо людина надто захоплена роботою, але не бачить перспектив кар'єрного росту або не досягає поставлених цілей, це може призвести до розчарування та вигорання. З часом захопленість може перетворитися на цинічне ставлення до роботи, коли людина відчуває себе безсилою та безмовною, що є одним з ключових симптомів вигорання.

Висновки до розділу 1

Теоретичний аналіз показав, що захопленість роботою та професійне вигорання – це складні, багатовимірні феномени, які водночас протилежні за змістом, але тісно взаємопов’язані у динаміці професійного становлення особистості. Захопленість роботою характеризується високою мотивацією, енергією та задоволеністю, вона є позитивним ресурсом особистості і компанії. Вигорання натомість постає як деструктивний процес втрати сил, розвитку негативізму та зниження ефективності. Професійне вигорання — це серйозна проблема, яка потребує уваги як з боку працівників, так і роботодавців. Розуміння своїх меж, підтримка балансу між роботою та життям, а також готовність звертатися по допомогу — ключові кроки до збереження здоров’я та гармонії. Між двома явищами існує обернений зв’язок: достатній рівень ресурсів, що підтримують залученість, сприяє запобіганню вигоранню, тоді як хронічний стрес без підтримки призводить до згасання ентузіазму. Втім, ці стани не слід розглядати спрощено: можливе їх часткове накладення, і профілактика має враховувати як зовнішні (організаційні), так і внутрішні (особистісні) умови. Отримані висновки лягли в основу постановки емпіричного дослідження,

спрямованого на перевірку взаємозв’язку між захопленістю роботою та вигоранням у конкретній вибірці, а також на пошук шляхів оптимізації цього балансу.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЗАХОПЛЕНОСТІ РОБОТОЮ ТА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

2.1. Мета, завдання та організація емпіричного дослідження

Емпіричний етап роботи було спрямовано на перевірку теоретичних положень щодо взаємозв'язку між рівнем захопленості роботою та інтенсивністю професійного вигорання. Мета емпіричного дослідження – встановити характер зв'язку (прямий, обернений чи відсутній) між показниками захопленості працею і вигорання у працівників конкретної професійної сфери, а також виявити особливості прояву цих явищ у вибраній вибірці. Відповідно до мети були висунуті такі основні гіпотези:

1.припускається, що існує статистично значущий негативний зв'язок між рівнем захопленості роботою та рівнем вигорання (тобто, чим вища залученість, тим нижчі прояви вигорання);

2.очікується, що окремі компоненти вигорання (емоційне виснаження, цинізм/деперсоналізація, редукція досягнень) по-різному корелюватимуть із компонентами залученості (енергійністю, відданістю, поглиненістю) – зокрема, найсильніший зворотний зв'язок прогнозується між енергійністю та виснаженням;

3. висувається припущення, що в підгрупах зі специфічними умовами праці (наприклад, з різним стажем роботи або різним рівнем посади) можуть спостерігатися відмінності у рівнях вигорання та захопленості (наприклад, молодші фахівці будуть більш захоплені й менш схильні до вигорання, ніж фахівці з більшим стажем, або навпаки).

Для перевірки гіпотез були розроблені дослідження. Вони передбачали одночасне вимірювання показників захопленості роботою та професійного вигорання у вибірці респондентів з подальшим порівняльним і кореляційним аналізом

отриманих даних. Дослідження носило експериментальний характер (одноразове "зрізове" опитування) з елементами порівняння між групами. Узагальнюючи організаційні та методичні аспекти емпіричного дослідження, слід зазначити, що обрані методи дозволяють забезпечити комплексність вивчення досліджуваної проблеми. Поєднання валідних психодіагностичних інструментів із сучасними статистичними методами обробки даних створює підґрунтя для отримання достовірних і науково обґрунтованих результатів. Важливо підкреслити, що використання кількох методик дає змогу не лише зафіксувати рівень досліджуваних явищ, а й простежити їхню внутрішню структуру та взаємозв'язки.

Крім того , організація дослідження з урахуванням етичних принципів, добровільності участі та анонімності відповідей сприяла підвищенню якості отриманих даних і мінімізації соціально бажаних відповідей. Це підвищує точність результатів і дає підстави вважати їх характерними для подібних професійних груп. Особливу увагу в дослідженні було приділено забезпеченню надійності та точних отриманих результатів. Використані методики для емпіричного дослідження є надійними та перевіреними: це підтверджують як попередні дослідження, так і результати, отримані на цій вибірці, які показують їхню узгодженість. Це дозволяє стверджувати, що вимірювані конструкти адекватно відображають реальні психологічні характеристики респондентів.

Водночас слід враховувати, що дослідження має певні обмеження, зокрема пов'язані з обсягом вибірки та специфікою професійної групи. Проте навіть за цих умов отримані результати можуть бути використані як основа для подальших наукових розвідок у напрямку вивчення професійного вигорання та залученості до роботи.

Враховуючи актуальність проблеми для сфер з високим емоційним навантаженням, у емпіричному досліджені було обрано вибірку медичних працівників стаціонарної медичної установи. До дослідження залучено N = 60

респондентів – працівників однієї з обласних лікарень: серед них 30 лікарів (терапевти, хірурги, анестезіологи та ін.) та 30 медичних сестер. Таким чином, вибірка збалансована за двома професійними підгрупами, що дозволяє коректно порівняти рівень вигорання і залученості між лікарями та середнім медперсоналом. За статтю вибірка складалася приблизно з 40% чоловіків і 60% жінок (первинно 22 чоловіків та 38 жінок із 60). Вік респондентів варіював від 24 до 58 років, M ≈ 39 років. Стаж роботи в професії – від 1 до 35 років (в середньому близько 12 років). Опитування проводилося за добровільною згодою учасників, на робочих місцях у визначений час, з дотриманням етичних норм (конфіденційність даних, використання результатів виключно в узагальненому вигляді). Усі респонденти заповнювали анкети анонімно.

Реалізації емпіричного дослідження проходила у три основні етапи: підготовчий, основний (опитувальний) та підсумковий.

На підсумковому етапі проводилася організаційна та психологічна підготовка до тренінгів. Спочатку адміністрацію лікарні ознайомили з метою дослідження, після чого було отримано дозвіл на її проведення. Далі відбувався відбір учасників. Він здійснювався на основі результатів попереднього опитування за методиками MBI та UWES. До участі були запрошені працівники, яким це було найбільш актуально.

Основний опитувальний етап це безпосередній збір даних шляхом заповнення анкети та проходження тестів. Вимірювання показників професійного вигорання та захопленістю роботою, рівнем стресу та задоволення від роботи.

Підсумковий етап передбачає використання кількох видів аналізу таких як описовий, кореляційний та порівняльний.

У якості основних інструментів для вимірювання ключових змінних були обрані валідні психодіагностичні методики:

- Утрехтська шкала залученості в роботу (UWES) (автори В. Шауфелі та А. Баккер) – опитувальник для оцінки рівня захопленості працівника своєю роботою.UWES застосовується в організаційній психології для вимірювання позитивного психологічного стану працівника, що проявляється у високому рівні енергії, відданості справі та глибокій залученості в робочий процес. Залученість до роботи розглядається як протилежне явище до професійного вигорання і відображає стійке позитивне емоційно-когнітивне ставлення людини до своєї діяльності. Для емпіричного дослідження використано українську адаптацію методики у версії, що містить 17 тверджень, об'єднаних у три шкали: «Енергійність», «Відданість» та «Поглиненість». Респонденти оцінювали, як часто вони відчувають зазначені стани у роботі за шкалою від 0 («ніколи») до 6 («щоденно»). Приклад твердження: «Я сповнений енергії, коли працюю». У нашому дослідженні внутрішня узгодженість шкали (α Кронбаха) склала 0.88, що свідчить про високу надійність опитувальника.

- Було також використано в емпіричному дослідженні опитувальник професійного вигорання (MBI) (автори К. Маслач та С. Джексон) – класичний інструмент для діагностики синдрому вигорання, адаптований для української вибірки. Діагностика професійного вигоряння (англ. Maslach Burnout Inventory, MBI) – це одна з найбільш визнаних і широко використовуваних методик для вимірювання синдрому професійного вигоряння у працівників різних професійних груп і галузей. Опитувальник складається з 22 пунктів, за якими можливе обчислення значень 3-х шкал: "Емоційне виснаження", "Деперсоналізація", "Редукція професійних досягнень".

Застосовано версію MBI-HSS (Human Services Survey) в емпіричному дослідженні, яка містить 22 пункти, розподілені по трьох субшкалах: Емоційне виснаження (9 пунктів), Деперсоналізація (5 пунктів) та Редукція особистих досягнень (8 пунктів)【7】. Респонденти зазначали, як часто вони переживають кожен

симптом, від 0 («ніколи») до 6 («щодня»). Приклад запитання: «Відчуваю себе спустошеним/спустошеною наприкінці робочого дня». У нашій вибірці опитувальник також продемонстрував добру надійність (α = 0.90 для субшкали виснаження; 0.79 – деперсоналізації; 0.81 – редукції досягнень).

- Окрім основних методик, респонденти заповнили короткий демографічний опитувальник та кілька додаткових шкал для контрольних змінних. Зокрема, використовувалась Шкала задоволеності роботою (методика М. Грінберга в адаптації Н. Гури) – для оцінки загальної суб'єктивної задоволеності працею, а також Шкала сприйняттого стресу (PSS-10) – для вимірювання загального рівня стресу. Включення цих додаткових інструментів дозволило перевірити, чи не опосередковуються виявлені зв'язки сторонніми чинниками (наприклад, чи не є висока задоволеність роботою спільним підґрунтям для високої залученості і одночасно низького вигорання).

Для емпіричного дослідження опитування проводилося груповим методом у конференц-залі лікарні, невеликими підгрупами (по 10–15 осіб) у зручний для медперсоналу час (після завершення зміни або під час перерви). Спочатку учасникам надавалась інструкція і гарантувалась повна конфіденційність відповідей. Середній час заповнення всіх анкет становив ~30–35 хвилин. Дані 5 респондентів були виключені з аналізу через неповне заповнення (пропуски у відповідях > 20% пунктів). У результаті остаточний обсяг вибірки для статистичної обробки склав N = 55 (27 лікарів і 28 медсестер). Зібрані дані були закодовані та проаналізовані з використанням програмного пакету IBM SPSS Statistics 27. Основними методами аналізу стали: описова статистика (обчислення середніх, стандартних відхилень) для оцінки загального рівня вигорання і залученості; коефіцієнт кореляції Пірсона – для перевірки гіпотез про взаємозв'язок між показниками; t-тест Стьюдента для незалежних вибірок – для порівняння показників у групах лікарів і медсестер; а також множинний лінійний

регресійний аналіз – для оцінки внеску захопленості у прогноз рівня вигорання за контролю інших факторів. Таким чином, емпіричне дослідження було організовано відповідно до сучасних вимог психологічної науки, що передбачають системність, обґрунтованість та відтворюваність наукових результатів. Вибір інструментарію, логіка побудови дослідження та методи статистичної обробки даних відповідають поставленій меті та завданням, що забезпечує цілісність дослідницького процесу.

Отримані в ході дослідження дані створюють підґрунтя для подальшого аналізу, інтерпретації та формулювання практичних рекомендацій щодо профілактики професійного вигорання та підвищення рівня залученості працівників у професійну діяльність. У даній роботі саме емпіричне дослідження є основною частиною, оскільки воно дозволяє не просто описати проблему, а перевірити її на практиці. Завдяки емпіричному дослідженню вдалося отримати реальні дані про рівень захопленості роботою та професійного вигорання у медичних працівників, а не лише спиратися на теоретичні джерела.

Важливо, що емпіричне дослідження проводилось у звичних для респондентів умовах на робочому місці. Це дозволило отримати більш щирі відповіді, оскільки учасники перебували у звичному середовищі. Такий підхід підвищує достовірність результатів емпіричного дослідження.

Також у межах емпіричного дослідження було враховано, що і захопленість роботою, і професійне вигорання не є простими явищами. Вони складаються з кількох компонентів, тому було важливо дослідити кожен з них окремо. Саме тому використання кількох методик у емпіричному дослідженні є виправданим і дає більш повну картину.

Під час проведення емпіричного дослідження особлива увага приділялась тому, щоб усі учасники знаходились в однакових умовах. Усі респонденти отримували

однакові інструкції, мали однаковий час для заповнення анкет, а також гарантію анонімності. Це дозволило зменшити вплив сторонніх факторів на результати емпіричного дослідження.

Разом з тим, варто враховувати, що емпіричне дослідження має свої обмеження. Зокрема, результати базуються на самооцінці респондентів, що може впливати на їхню точність. Проте використані стандартизовані методики частково компенсують цей момент і дозволяють вважати результати достатньо надійними.

Окремо слід зазначити, що в емпіричному дослідженні були використані статистичні методи, які допомогли краще зрозуміти отримані дані. Наприклад, кореляційний аналіз дозволив визначити, чи є зв’язок між захопленістю роботою та вигоранням, і який саме цей зв’язок. Це є ключовим для перевірки гіпотез емпіричного дослідження.

Крім того, у межах емпіричного дослідження було проведено порівняння між різними групами респондентів (лікарями та медсестрами). Це дозволило побачити, чи є відмінності у рівнях вигорання та залученості, що також є важливим для більш глибокого аналізу.

Також варто відмітити, що емпіричне дослідження дало можливість оцінити не лише наявність зв’язку між показниками, а й зрозуміти, наскільки сильно один показник може впливати на інший. Це робить результати більш цінними з практичної точки зору.

Таким чином, проведене емпіричне дослідження дозволило отримати цілісне уявлення про досліджувану проблему. Воно стало основою для подальшого аналізу та формулювання висновків, а також може бути використане для розробки практичних рекомендацій щодо зниження рівня професійного вигорання.

2.2. Характеристика вибірки та опис отриманих результатів

Перед представленням основних емпіричних результатів доцільно більш детально зупинитися на загальній характеристиці досліджуваної вибірки, а також проаналізувати узагальнені показники рівнів захопленості професійною діяльністю та професійного вигорання, отримані на описовому етапі дослідження. Такий попередній аналіз дозволяє краще зрозуміти контекст інтерпретації подальших статистичних результатів і виявлених взаємозв’язків.

На основі зібраних демографічних даних встановлено, що вибірка медичних працівників є достатньо різнорідною та репрезентативною за основними соціально-професійними характеристиками (див. табл. 2.1). Зокрема, за професійною належністю респонденти майже рівномірно розподілилися між лікарями та середнім медичним персоналом: частка лікарів становить приблизно 49%, тоді як медичні сестри складають близько 51%. Такий баланс дозволяє уникнути перекосів у результатах і забезпечує більш об’єктивне відображення ситуації у медичній сфері загалом.

Гендерна структура вибірки демонструє переважання жінок, які становлять орієнтовно 60% від загальної кількості учасників, тоді як чоловіки – близько 40%. Це співвідношення є типовим для медичної галузі, де традиційно більшу частку працівників складають жінки, особливо серед середнього медичного персоналу. Водночас наявність значної частки чоловіків у вибірці дає змогу враховувати можливі гендерні відмінності у проявах професійного вигорання та рівня залученості до роботи.

Аналіз вікових характеристик показав, що середній вік респондентів становить приблизно 39 років, що свідчить про достатньо зрілий професійний контингент. При цьому найбільш чисельною є група працівників віком від 31 до 50 років — вона охоплює близько 64% вибірки. Молоді спеціалісти віком до 30 років

складають приблизно 18%, що відображає відносно невелику частку працівників на початкових етапах професійного становлення. Аналогічну частку (близько 18%) становлять і працівники віком понад 50 років, які вже мають значний життєвий та професійний досвід. Такий віковий розподіл дозволяє дослідити особливості прояву захопленості роботою та вигорання на різних етапах професійного розвитку.

Щодо стажу професійної діяльності, то вибірка також характеризується різноманітністю. Зокрема, близько 27% респондентів мають стаж роботи до 5 років, що свідчить про наявність у вибірці молодих фахівців, які перебувають на етапі адаптації до професійних вимог. Найбільшу групу (приблизно 36%) складають медики зі стажем від 6 до 15 років — це період активного професійного становлення та накопичення досвіду. Працівники зі стажем 16–25 років становлять близько 22%, а ще приблизно 15% респондентів мають досвід роботи понад 25 років, що дозволяє віднести їх до висококваліфікованих і досвідчених спеціалістів.

Отже, аналіз демографічних характеристик свідчить про те, що досліджувана вибірка охоплює широкий спектр медичних працівників за віком, стажем, професійною роллю та статтю. Це створює належні умови для більш глибокого та всебічного аналізу досліджуваних психологічних показників.

На описовому етапі також було проаналізовано загальні рівні захопленості роботою та професійного вигорання серед респондентів. Попередні результати свідчать, що в середньому по вибірці спостерігається помірний рівень захопленості професійною діяльністю, що проявляється у відносно стабільному інтересі до роботи, відчутті значущості виконуваних обов’язків та готовності вкладати зусилля у професійну діяльність. Водночас у частини респондентів зафіксовано ознаки зниження емоційної залученості, що може бути пов’язано з високим рівнем навантаження та стресогенними умовами праці.

Що стосується професійного вигорання, то за узагальненими показниками можна говорити про наявність середнього рівня його вираженості у вибірці. У деяких учасників виявлено підвищені показники емоційного виснаження та деперсоналізації, що може свідчити про накопичення професійного стресу та недостатність ресурсів для його подолання.

Разом із тим частина респондентів демонструє достатньо високий рівень професійної ефективності, що вказує на збереження внутрішніх ресурсів та здатність ефективно виконувати професійні обов’язки навіть за умов підвищеного навантаження.

Таким чином, отримані описові результати дозволяють зробити висновок про неоднорідність досліджуваної вибірки як за демографічними, так і за психологічними показниками, що, у свою чергу, створює підґрунтя для подальшого аналізу взаємозв’язку між захопленістю роботою та професійним вигоранням.

Таблиця 2.1.

Соціально-демографічна характеристика вибірки дослідження (N=55)

Характеристика	Категорія	N	%
Стать	Чоловіки	22	40.0
	Жінки	33	60.0
Професійна група	Лікарі	27	49.1
	Медсестри	28	50.9
Вік (роки)	20–30	10	18.2

Характеристика	Категорія	N	%
	31–40	20	36.4
	41–50	15	27.3
	51–58	10	18.2
Стаж роботи	1–5 років	15	27.3
	6–15 років	20	36.4
	16–25 років	12	21.8
	>25 років	8	14.5

Примітка: N – кількість респондентів; % – відсоток від загальної кількості (55 осіб).

Згідно з даними Утрехтської шкали залученості (UWES), середні бали по вибірці (N=55) склали: M енергійність = 4.1 при максимальному значенні 6 (SD ≈ 0.9); M відданість = 4.5 (SD ≈ 0.8); M поглиненість = 3.9 (SD ≈ 1.0). За інтегральною шкалою захопленості (середнє трьох субшкал) це відповідає рівню вище середнього. Отже, в цілому медичні працівники продемонстрували досить високий рівень захоплення своєю працею: більшість опитаних зазначили, що часто відчувають натхнення від роботи, гордість за свою професію і повне залучення в робочі завдання. Зокрема, 68% респондентів вказали, що відчувають приплив енергії від роботи «часто» або «майже завжди», а 75% пишаються своєю роботою і вважають її дуже значущою. Водночас, близько 11% опитаних мали низький інтегральний показник залученості (менше 2.5 бала з 6) – ці особи майже не відчували ентузіазму чи натхнення від роботи, що може сигналізувати про ризик відстороненості від професії.

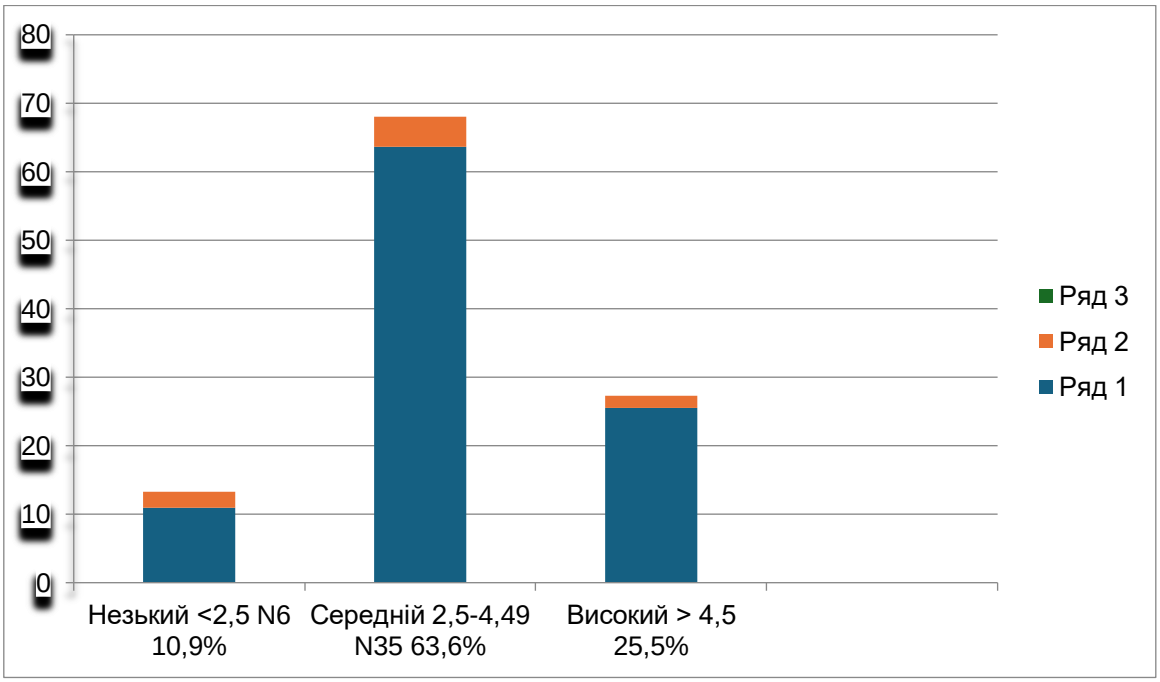


Рисунок 2.1 Розподіл рівнів залученості в роботу серед респондентів

Примітка: Низький рівень залученості відповідає низькому середньому балу UWES (менше 2.5, тобто респондент майже ніколи не відчуває себе залученим у роботу). Високий рівень – це середній бал понад 4.5 (часто і майже завжди відчуває залученість). Рисунок 2.1 відображає розподіл рівнів залученості в роботу серед досліджуваних медичних працівників відповідно до середніх значень, отриманих за Утрехтською шкалою залученості в роботу (UWES). Аналіз наведених даних дозволяє здійснити більш глибоку інтерпретацію особливостей професійної активності респондентів та їх емоційно-мотиваційного ставлення до виконуваної діяльності.

Згідно з отриманими результатами, низький рівень залученості, який визначається як середній бал менше 2.5 та характеризується відсутністю стійкого інтересу до роботи, зниженим рівнем енергійності та мінімальною включеністю у професійну діяльність, було виявлено у 6 осіб, що становить 10,9% від загальної кількості опитаних. Такий показник свідчить про те, що лише незначна частина медичних

працівників демонструє ознаки професійної відчуженості та емоційного дистанціювання від роботи.

Водночас найбільшу частку вибірки становлять респонденти із середнім рівнем залученості – 35 осіб (63,6%). Даний рівень (2.5–4.49 балів) відображає помірну вираженість компонентів залученості, таких як енергійність, відданість та зануреність у діяльність. Працівники з таким рівнем залученості періодично переживають позитивні емоційні стани, пов’язані з роботою, однак ці переживання не є стабільними та можуть залежати від умов праці, професійного навантаження та індивідуально-психологічних особливостей.

Високий рівень залученості (≥ 4.5 бала), що характеризується стійким відчуттям ентузіазму, внутрішньої мотивації, професійної значущості та повного занурення у робочий процес, зафіксовано у 14 осіб, що становить 25,5% вибірки. Отже, приблизно чверть респондентів демонструє високий рівень професійної активності та психологічної включеності у виконувану діяльність, що може розглядатися як позитивний ресурс у контексті профілактики професійного вигорання.

Порівняльний аналіз між різними категоріями медичного персоналу дозволив виявити певні відмінності у рівнях залученості. Зокрема, серед лікарів частка осіб із високим рівнем залученості є більшою (близько 33%) порівняно з медичними сестрами (приблизно 18%). Водночас низький рівень залученості частіше спостерігається саме серед середнього медичного персоналу (близько 14% у медсестер проти 7% у лікарів). Хоча за результатами статистичної перевірки (t-критерій Стьюдента, $p = 0.08$) ці відмінності не досягли рівня статистичної значущості, виявлена тенденція має змістовне значення.

Зокрема, лікарі в середньому частіше повідомляють про відчуття професійної гордості, значущості власної діяльності та внутрішньої мотивації, що може бути

пов’язано з вищим рівнем автономії, відповідальності та соціального престижу професії. Натомість медичні сестри дещо рідше демонструють високий рівень натхнення та залученості, що потенційно може бути зумовлено менш сприятливими умовами праці, більшою регламентованістю діяльності та нижчим рівнем професійного визнання.

Аналіз показників професійного вигорання, отриманих за методикою MBI, дозволив встановити, що середні значення за основними субшкалами перебувають у межах помірного рівня. Так, середній показник емоційного виснаження становить 24,7 бала (SD ≈ 10,2) при максимально можливому значенні 54, що свідчить про наявність у значної частини респондентів відчуття перевтоми, емоційного перенапруження та виснаження ресурсів.

Середнє значення за шкалою деперсоналізації дорівнює 9,3 бала (SD ≈ 5,4) із максимально можливих 30, що вказує на помірну вираженість тенденцій до емоційного відчуження, формалізації міжособистісних контактів та розвитку цинічного ставлення до пацієнтів. Показник редукції особистих досягнень становить у середньому 34,5 бала (SD ≈ 7,1) при максимумі 48, що свідчить про відносно збережене, але не достатньо стабільне відчуття професійної ефективності.

Деталізований аналіз розподілу рівнів вигорання показав, що приблизно 30% респондентів мають високий рівень емоційного виснаження, 25% – високий рівень деперсоналізації, а 18% – виражене зниження відчуття особистих досягнень.

При цьому синдром повного професійного вигорання, який передбачає високі показники за всіма трьома субшкалами одночасно, було діагностовано у 9 осіб (16% вибірки).

Окрім того, у близько 35% досліджуваних виявлено окремі симптоми вигорання, що найчастіше проявляються у формі емоційного виснаження при відносно

помірних значеннях інших компонентів. Така структура результатів свідчить про те, що емоційне виснаження є найбільш чутливим та раннім індикатором розвитку синдрому професійного вигорання у медичних працівників.

Узагальнюючи отримані дані, можна констатувати, що рівень професійного вигорання у досліджуваній вибірці є середнім із тенденцією до підвищення. Близько половини респондентів демонструють окремі або помірно виражені симптоми вигорання, тоді як кожен шостий перебуває у групі підвищеного ризику. Це підкреслює необхідність розробки та впровадження психопрофілактичних заходів, спрямованих на підтримку професійного благополуччя медичних працівників, а також актуалізує подальше вивчення взаємозв'язку між залученістю в роботу та рівнем професійного вигорання. Розподіл респондентів за рівнями вираженості кожного симптому вигорання наведено в табл. 2.2.

Таблиця 2.2.

Розподіл рівнів професійного вигорання за шкалами MBI (N=55)

Показник вигорання	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Емоційне виснаження	10 (18%)	29 (53%)	16 (29%)
Деперсоналізація	13 (24%)	28 (51%)	14 (25%)
Редукція досягнень	15 (27%)	30 (55%)	10 (18%)

Примітка: низький рівень відповідає практично відсутності симптомів, високий рівень – вираженому прояву, середній – проміжному стану. Для емоційного виснаження низький бал – менше 17, високий – більше 27; деперсоналізація: низький – < 7, високий – > 13; редукція досягнень: низький – < 32, високий – >38.

Варто звернути увагу, що для субшкали досягнень високий бал означає сильне відчуття неефективності.

Для дослідження рівня професійного вигорання серед медичних працівників було використано Методику Маслач (MBI – Maslach Burnout Inventory), яка дозволяє оцінити три ключові компоненти цього явища:

Емоційне виснаження – відчуття фізичної та психічної перевтоми, коли людина почувається виснаженою через тривале професійне навантаження.

Деперсоналізація (цині́зм) – прояв байдужості або відсторонення у стосунках із пацієнтами, колегами та роботою загалом.

Редукція особистих досягнень – зниження відчуття власної ефективності, професійної компетентності та задоволеності своїми досягненнями.

У ході дослідження респондентам пропонувалося оцінити частоту виникнення відповідних симптомів, після чого результати були категоризовані за рівнями вигорання: низький, середній та високий.

Як показують дані, приблизно половина вибірки знаходиться у середньому рівні за всіма трьома критеріями, тобто помірно відчуває симптоми вигорання. Це означає, що велика частина медичних працівників піддається постійному стресу, але не досягає критичного стану.

Високий рівень емоційного виснаження відзначено у 29% респондентів, що свідчить про наявність суттєвої групи людей, які ризикують розвитком повного синдрому вигорання. У випадку деперсоналізації високий рівень спостерігається у 25% медичних працівників, що демонструє, що кожен четвертий працівник відчуває певну байдужість або цинізм у роботі. Що стосується субшкали особистих досягнень, майже третина респондентів (27%) зберегла високий рівень власної ефективності, а 18% відчувають значне невдоволення собою.

Таким чином, можна констатувати, що приблизно одна третина медичних працівників демонструє виражені симптоми професійного вигорання, у той час як чверть вибірки перебуває у стані відносного благополуччя.

Для більш глибокого аналізу було проведено порівняння між лікарями та медсестрами, що дозволило виявити суттєві відмінності у прояві вигорання. Зокрема:

Медсестри повідомляли про значно вищий рівень емоційного виснаження ($M = 27.1$) порівняно з лікарями ($M = 22.3$; $p < 0.05$).

Крім того, медсестри відзначали нижчий рівень власної ефективності ($M = 32.8$) у порівнянні з лікарями ($M = 36.1$; $p < 0.05$).

Ці відмінності відображаються і у відсотках: високий рівень виснаження зафіксовано у 46% медсестер і лише у 15% лікарів; ознаки суттєвої редукції досягнень – у 29% медсестер та 7% лікарів (див. табл. 2.3).

Причинами більшої вразливості медсестер до вигорання можуть бути:

Нерегулярний графік роботи;

Велике фізичне та емоційне навантаження;

Нижча оплата праці;

Менший рівень автономії та самостійності у роботі.

Рівень деперсоналізації у лікарів виявився дещо вищим ($M = 10.1$) порівняно з медсестрами ($M = 8.5$), проте ця різниця не є статистично значущою ($p = 0.17$), тобто прояв цинізму між групами суттєво не відрізняється.

Загалом результати дозволяють зробити важливий висновок: медсестри більш схильні до розвитку окремих компонентів професійного вигорання, що

підкреслює необхідність профілактичних заходів, спрямованих на підтримку їхнього психічного здоров’я та підвищення професійної стійкості.

Для наочності можна уявити це так: приблизно половина працівників «на межі», одна третина вже має явні проблеми, а чверть перебуває у відносно стабільному стані. Ця метафора допомагає візуалізувати розподіл ризиків серед медиків.

Таким чином, результати дослідження демонструють не лише загальний стан вигорання, але й важливі професійні відмінності, що мають значення для планування профілактичних програм та підтримки персоналу.

Таблиця 2.3.

Питома вага працівників з високим рівнем симптомів вигорання в групах лікарів і медсестер.

Симптом вигорання	Лікарі (N=27)	Медсестри (N=28)	χ^2, p
Виснаження (EE ≥ 27)	4 (14.8%)	13 (46.4%)	p = 0.01
Деперсоналізація (DP ≥ 13)	8 (29.6%)	6 (21.4%)	n.s.
Низькі досягнення (PA ≤ 31)	2 (7.4%)	8 (28.6%)	p = 0.04

Примітка: EE – емоційне виснаження, DP – деперсоналізація, PA – редукція (низький рівень) особистих досягнень. Позначено відсоток респондентів кожної групи, які мають високий рівень відповідного симптому (за критеріями MBI). n.s. – різниця статистично незначуща.

Отримані результати щодо поширеності вигорання узгоджуються з даними інших досліджень медичних працівників. Зокрема, В. Свір та А. Сич (2025) на вибірці лікарів виявили, що близько 15% з них мають синдром вигорання, а понад 60% – окремі його прояви. В умовах війни, за повідомленнями Т. Барковської (2022), показники вигорання медичного персоналу ще вищі, що співзвучно з нашими

результатами. Таким чином, навіть високо вмотивовані й натхненні своєю справою спеціалісти не застраховані від перевтоми та стресу. Для глибшого розуміння того, як саме пов’язані між собою залученість у роботу та вигорання, перейдемо до аналізу кореляційних зв’язків між цими явищами.

2.3. Аналіз і узагальнення результатів емпіричного дослідження

З метою перевірки висунутих гіпотез було проведено комплексний статистичний аналіз отриманих даних. Аналіз включав кореляційне дослідження взаємозв’язків між змінними, порівняння груп за рівнем залученості, а також регресійне моделювання. Такий підхід дозволив більш глибоко оцінити роль залученості у формуванні професійного вигорання.

Центральним завданням статистичного аналізу було встановлення кореляцій між показниками захопленості роботою та професійного вигорання. Для цього було обчислено парні коефіцієнти Пірсона (r) між значеннями за всіма основними шкалами UWES і MBI. Результати представлено у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Матриця кореляцій між показниками залученості в роботу та вигорання (N = 55)

Показник (UWES)	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Редукція досягнень	Інтегральне вигорання
Енергійність	-0.61 (p<0.001)	-0.45 (p<0.01)	+0.32 (p<0.05)	-0.55 (p<0.001)
Відданість	-0.48 (p<0.001)	-0.40 (p<0.01)	+0.21 (p = 0.12)	-0.46 (p<0.001)
Поглиненість	-0.37	-0.29 (p<0.05)	+0.18 (p =	-0.34

Показник (UWES)	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Редукція досягнень	Інтегральне вигорання
	(p<0.01)		0.19)	(p<0.01)
Інтегральна залученість	-0.58 (p<0.001)	-0.46 (p<0.001)	+0.30 (p<0.05)	-0.53 (p<0.001)

Примітка: коефіцієнти, виділені напівжирним, статистично значущі при $\alpha = 0.05$.

Аналіз таблиці 2.4 показує, що загальна гіпотеза про обернений зв'язок між залученістю та вигоранням повністю підтверджується. Інтегральний індекс захопленості (середній бал UWES) має високий негативний кореляційний зв'язок із сумарним показником вигорання: $r = –0.53$ ($p < 0.001$). Це означає, що працівники, які більше захоплені роботою, як правило демонструють нижчий загальний рівень вигорання. Більш детально видно, що найсильніше залученість пов'язана зі зниженням емоційного виснаження ($r = –0.61$, $p < 0.001$). Цей показник (енергійність) фактично відображає рівень енергії, тому гіпотеза про найвищу обернену кореляцію саме між енергійністю та виснаженням повністю підтверджена. Коефіцієнт –0.61 свідчить, що приблизно 37% дисперсії одного показника спільні з дисперсією іншого – це доволі великий ефект. Іншими словами, чим більш енергійним, сповненим сил почувається медик у роботі, тим меншою мірою він переживає втому і спустошеність. І навпаки – знесилені, виснажені працівники майже не відчувають натхнення і підйому сил.

Кореляція між відданістю справі (відчуттям гордості, натхнення від роботи) і деперсоналізацією (цинічним ставленням) також значуща та негативна: $r = –0.40$ ($p < 0.01$). Це логічно: працівники, які відчувають сильне залучення і бачать глибокий сенс у своїй роботі, значно рідше стають цинічними чи байдужими до клієнтів/пацієнтів. Наприклад, серед опитаних з високою відданістю (вище медіанного значення) лише 10% мали високий рівень цинізму, тоді як серед

низькозалучених цей показник становив 33% (φ*-критерій, $p < 0.05$). Таким чином, друга гіпотеза також знайшла підтвердження: ентузіазм і натхненність негативно пов’язані з розвитком цинізму.

Що стосується редукції особистих досягнень, то тут ситуація протилежна: як і очікувалося, кореляції з компонентами залученості позитивні (хоч і не надто високі). Зокрема, енергійність слабо позитивно пов’язана з почуттям успішності: $r = +0.32$ ($p < 0.05$), а відданість – на рівні тенденції: $r = +0.21$ ($p = 0.12$). Це означає, що більш залучені працівники схильні вище оцінювати свої професійні досягнення, у них менш виражене почуття професійної неуспішності. В контексті вигорання це трактується як нижча редукція – тобто краще збережена самоефективність. Таким чином, високий engagement асоціюється не лише зі зменшенням негативних переживань (втоми, байдужості), а й з підсиленням позитивного аспекту – віри у свої компетенції та успіхи. Такий результат узгоджується з концепціями, де залученість розглядають як складову психологічного благополуччя на роботі.

Отже, всі три компоненти захопленості роботою статистично обернено корелюють із двома головними симптомами вигорання (коефіцієнти в межах від –0.29 до –0.61, при $p \leq 0.01$) і прямо пов’язані з особистісними досягненнями ($r \approx +0.30$). Такий патерн цілком відповідає теоретичним очікуванням і підтверджує гіпотезу 1 про негативний зв’язок між цими явищами.

Примітно, що наведені кореляційні закономірності характерні для обох професійних підгруп вибірки. Аналіз окремо для лікарів і медсестер показав, що і в тій, і в іншій групі інтегральна залученість має суттєвий обернений зв’язок із інтегральним вигоранням (для лікарів $r \approx –0.50$; для медсестер $r \approx –0.56$; $p < 0.01$). Тобто ефект «захисту» від вигорання, який дає захопленість роботою, однаково спостерігається як у лікарів, так і у середнього медперсоналу.

Отже, результати кореляційного аналізу підтверджують наявність стійкого оберненого зв’язку між залученістю та основними проявами вигорання. Найбільш вагомим фактором виступає енергійність, яка демонструє найсильніші зв’язки з емоційним виснаженням.

Крім того, очікувано встановлено тісний зв’язок між залученістю/вигоранням і загальною задоволеністю працею. Зокрема, у нашій вибірці коефіцієнт кореляції між інтегральною залученістю (UWES) і загальною задоволеністю роботою склав $r = +0.55$ ($p < 0.001$), а між вигоранням (MBI сумарний бал) і задоволеністю – $r = –0.60$ ($p < 0.001$). Тобто, співробітники, які більш задоволені умовами та характером своєї роботи, зазвичай і більш натхнені нею, і менше потерпають від вигорання. Проте навіть контролюючи вплив задоволеності (та інших чинників), залученість зберігає самостійну роль у стримуванні вигорання, оскільки відображає не лише комфорт від роботи, а й внутрішню мотивацію та прихильність до професії.

З метою кращого аналізу додатково було проаналізовано, чи відрізняються рівні вигорання у підгрупах працівників з різним рівнем engagement. Для цього всю вибірку розбито на три групи за рівнем інтегральної залученості: низька (нижній квартиль, ~25% найнижчих значень, $n = 14$), середня (середні 50%, $n = 27$) і висока (верхній квартиль, $n = 14$). Порівняння цих груп виявило суттєві відмінності у рівнях вигорання (рис. 2.1). Зокрема, працівники з високою залученістю мали середній бал емоційного виснаження $M = 18.4$, тоді як низькозалучені – $M = 31.2$; за деперсоналізацією: 6.3 проти 13.0; за редукцією досягнень: 38.7 проти 30.4 (усі різниці значущі, $p < 0.01$). Ці розбіжності також проілюстровано на рисунку 2.1 і узагальнено у таблиці 2.6 нижче. Група з високою залученістю демонструє профіль, протилежний групі з низькою залученістю: у першій дуже низькі виснаження й цинізм та високі відчуття особистих досягнень, у другій навпаки. Група із середнім рівнем engagement займає проміжне положення за всіма

показниками. Статистичний критерій ANOVA підтвердив значущість відмінностей: для виснаження $F(2, 52) = 9.4$ ($p < 0.001$), для деперсоналізації $F = 7.2$ ($p < 0.01$), для редукції досягнень $F = 5.6$ ($p < 0.01$). Це підтверджує припущення про захисну роль залученості: люди, які “горять” своєю справою, значно менш схильні "вигоріти" у негативному сенсі.

Таблиця 2.5.

Середні показники вигорання в групах з різним рівнем залученості в роботу

Індикатор вигорання	Низька залученість (n = 14)	Середня залученість (n = 27)	Висока залученість (n = 14)	F(2,52)	p
Емоційне виснаження	31.2	24.6	18.4	9.4	<0.001
Деперсоналізація	13.0	9.0	6.3	7.2	<0.01
Редукція досягнень (бал)	30.4	34.5	38.7	5.6	<0.01

Примітка: у таблиці подано середні значення за шкалами MBI для груп працівників із низьким, середнім і високим рівнем залученості (UWES). Важливо враховувати, що високі показники за шкалою редукції особистих досягнень свідчать про краще збережене відчуття професійної ефективності, тобто про нижчий рівень проявів вигорання.

Додатково було здійснено множинний регресійний аналіз, у межах якого інтегральний показник професійного вигорання виступав залежною змінною, а предикторами — основні компоненти залученості: енергійність, відданість і поглиненість роботою. Водночас у моделі контролювався вплив таких змінних, як

вік, стаж професійної діяльності та загальний рівень суб'єктивного стресу (за шкалою PSS). Отримана модель виявилася статистично значущою ($R^2 = 0.45$; $F(6,48) = 6.8$; $p < 0.001$), що свідчить про достатній пояснювальний потенціал обраних предикторів щодо варіацій рівня вигорання.

Аналіз коефіцієнтів показав, що найбільш вагомий внесок у прогнозування вигорання здійснюють два компоненти залученості — енергійність ($\beta = –0.44$; $t = –3.3$; $p = 0.002$) та відданість ($\beta = –0.29$; $t = –2.2$; $p = 0.03$). Негативний напрямок зв'язку вказує на те, що зі зростанням цих характеристик знижується рівень професійного вигорання. Натомість показник поглиненості не продемонстрував статистично значущого самостійного впливу ($\beta = –0.10$; $p = 0.40$), що, ймовірно, можна пояснити його тісним зв'язком із відданістю, тобто ефектом мультиколінеарності.

Серед контрольних змінних очікувано значущим предиктором виступив загальний рівень стресу ($\beta = +0.35$; $p = 0.005$): незалежно від рівня залученості, підвищений суб'єктивний стрес асоціюється з більш вираженими проявами вигорання. Водночас такі фактори, як вік і стаж роботи, не виявили статистично значущого прямого впливу ($\beta \approx 0$), що свідчить про їх другорядну роль у межах даної моделі.

Отже, отримані результати дають підстави стверджувати, що залученість до роботи, зокрема її емоційно-енергетичні та мотиваційні компоненти (енергійність і відданість), виступає важливим захисним фактором щодо професійного вигорання. Причому цей ефект зберігається навіть за умови врахування як об'єктивних характеристик професійного досвіду, так і суб'єктивного рівня стресу працівників. Такий висновок узгоджується з теоретичними положеннями щодо ресурсного потенціалу engagement, розглянутими у першому розділі дослідження.

Отримані результати мають практичне значення, оскільки вказують на доцільність розробки програм підвищення залученості працівників (зокрема розвитку

енергійності та відданості), як ефективного засобу профілактики професійного вигорання.

Крім кількісних даних, у ході опитування були зібрані і якісні коментарі респондентів. Багато учасників з високою захопленістю відзначали у відкритих відповідях, що «любов до професії допомагає пережити важкі дні», «відчуття виконаного обов'язку перед пацієнтом дає сили працювати далі». Це підтверджує, що працівники суб'єктивно усвідомлюють захисний ефект залученості. З іншого боку, ті, у кого проявлялися ознаки вигорання, писали про «постійну втому і байдужість, що з'явилася останнім часом», «відчуття, ніби працюєш на автоматі, без душі». Примітно, що дехто прямо згадував відсутність вдячності та підтримки як чинник, що «гасить» ентузіазм. Це узгоджується з моделлю ресурсів: коли працівник не відчуває визнання чи підтримки, його захопленість поступово згасає і змінюється розчаруванням.

Узагальнюючи результати емпіричного дослідження, можна зробити висновок, що встановлено статистично значущий обернений взаємозв'язок між захопленістю роботою та професійним вигоранням у вибірці медичних працівників. Усі висунуті гіпотези отримали підтвердження (перша і друга – повністю, третя – частково). Зокрема, більш захоплені, мотивовані своєю діяльністю медики рідше стикаються з емоційним виснаженням і цинізмом та краще зберігають почуття ефективності. Зв'язок між явищами, звісно, не абсолютний – можливі випадки, коли певна залученість поєднується з ознаками перевтоми, особливо в умовах тривалого екстремального навантаження. Однак загальна тенденція очевидна: залученість виступає своєрідним антонімом вигорання як на рівні суб'єктивних відчуттів, так і за вимірюваними показниками. Отримані дані узгоджуються з провідними теоретичними моделями (JD-R моделлю ресурсів-вимог, підходами К. Маслач і В. Шауфелі) і результатами інших досліджень. Це створює підґрунтя для переходу до практичної частини роботи – розробки рекомендацій та програми

заходів, спрямованих на профілактику вигорання і зміцнення позитивної залученості в роботу персоналу. Адже, як показало наше дослідження, підтримання високої мотивації, енергійності та захопленості своєю справою – один із ключових чинників, що дозволяє запобігти виснаженню медичних працівників.

Варто зауважити, що дане дослідження має певні обмеження. По-перше, вибірка відносно невелика (55 осіб) і охоплює працівників лише однієї лікарні, що обмежує можливість узагальнення результатів на всіх медиків. По-друге, використання лише опитувальників створює ризик суб’єктивності та соціально-бажаних відповідей. Попри ці обмеження, виявлені статистичні залежності є достатньо чіткими і узгоджуються з теоретичними уявленнями та даними інших досліджень, що підтверджує достовірність отриманих висновків. У подальших роботах доцільно розширити вибірку (залучити медиків з різних закладів та регіонів), а також застосувати лонгітюдний дизайн або експериментальні втручання для глибшого розуміння причинно-наслідкових зв’язків між залученістю і вигоранням.

Отримані результати узгоджуються з дослідженнями Крістіна Маслач та Вілмар Шауфелі, які також довели, що високий рівень залученості виступає захисним фактором щодо розвитку професійного вигорання.

Результати даних можуть бути використані для розробки програм профілактики професійного вигорання серед медичних працівників. Зокрема, підвищення рівня залученості (через підтримку мотивації, розвиток професійної ідентичності, покращення умов праці) може виступати ефективним інструментом зниження ризику емоційного виснаження.

Перспективним напрямом подальших досліджень є вивчення динаміки змін залученості та вигорання у часі, а також оцінка ефективності спеціально розроблених програм.

Висновки до розділу 2

Висновки, отримані за результатами емпіричного дослідження, проведеного на вибірці медичних працівників, загалом підтверджують раніше висунуті теоретичні припущення щодо наявності оберненого взаємозв'язку між рівнем залученості до роботи та проявами професійного вигорання. Аналіз емпіричних даних засвідчив, що працівники з високими показниками engagement, тобто ті, хто характеризується енергійністю, відданістю професійній діяльності та глибокою залученістю у робочий процес, значно рідше демонструють ознаки емоційного виснаження, а також менш схильні до формування цинічного або відстороненого ставлення до своєї роботи. Окрім цього, такі фахівці зберігають відчуття власної професійної ефективності та задоволення від результатів своєї діяльності, що свідчить про наявність стабільних внутрішніх ресурсів, необхідних для підтримання психологічної рівноваги у професійному середовищі.

Результати статистичного аналізу підтвердили існування виражених негативних кореляцій між рівнем залученості та основними компонентами професійного вигорання ($r \approx –0,5…–0,6$). Це дає підстави стверджувати, що високий рівень engagement може розглядатися як важливий психологічний ресурс, який сприяє протидії розвитку синдрому вигорання, знижуючи ризик виникнення емоційного виснаження та деперсоналізації у взаємодії з пацієнтами. Інакше кажучи, захопленість роботою виконує функцію своєрідного буфера щодо впливу професійних стресорів, підтримуючи внутрішню мотивацію працівників і їхню задоволеність виконуваною діяльністю.

Водночас отримані результати свідчать про те, що взаємозв’язок між залученістю та вигоранням не є абсолютно лінійним і однозначним у кожному окремому випадку. Можливим є часткове співіснування цих станів, коли працівник одночасно переживає як високий рівень включеності в роботу, так і ознаки професійної втоми. Зокрема, навіть за умов високої залученості надмірне робоче навантаження, підвищений рівень стресу, недостатня підтримка з боку колективу чи керівництва, а також несприятливі умови праці можуть послаблювати позитивний вплив engagement і сприяти розвитку симптомів вигорання. Це підкреслює складний і багатокомпонентний характер досліджуваних явищ та вказує на необхідність урахування широкого спектра контекстуальних факторів у процесі аналізу професійної діяльності медичних працівників.

На основі отриманих результатів можна зробити висновок, що ефективна профілактика професійного вигорання потребує комплексного підходу, який поєднує заходи, спрямовані на підвищення мотивації та залученості персоналу, із організаційними змінами, що зменшують ризики хронічного перевантаження та емоційного виснаження. До таких заходів можна віднести розвиток як внутрішніх, так і зовнішніх ресурсів працівників, систематичне визнання їхніх професійних досягнень, оптимізацію умов праці, а також забезпечення належної підтримки у складних робочих ситуаціях.

Таким чином, результати проведеного дослідження підтверджують, що високий рівень залученості до роботи може виступати важливим фактором психологічного захисту від професійного вигорання. Водночас ефективність цього ресурсу значною мірою залежить від зовнішніх умов професійного середовища та рівня соціально-психологічної підтримки. У наступному розділі роботи, спираючись на виявлені закономірності та отримані емпіричні дані, буде розроблено комплексну програму психологічної профілактики вигорання, спрямовану на підвищення рівня залученості працівників і зміцнення їхніх особистісних ресурсів, що

сприятиме збереженню психоемоційного благополуччя та підвищенню ефективності професійної діяльності медичного персоналу.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА ВИГОРАННЯ ТА ПІДВИЩЕННЯ ЗАХОПЛЕНОСТІ РОБОТОЮ

3.1. Обґрунтування програми профілактики професійного вигорання, зміст та структура.

Професійне вигорання є однією з найактуальніших проблем сучасної психології праці, особливо у сфері охорони здоров'я, де працівники систематично стикаються з високим емоційним навантаженням, відповідальністю за життя пацієнтів, дефіцитом часу та частими стресовими ситуаціями. У зв'язку з цим профілактика вигорання у медичних працівників є важливою умовою збереження їхнього психічного здоров'я та професійного довголіття. Важливо підкреслити, що професійне вигорання негативно впливає не лише на самих працівників, але й на якість надання медичних послуг, безпеку пацієнтів та загальну ефективність функціонування закладів охорони здоров'я. Виснажений медичний персонал частіше допускає помилки, демонструє зниження концентрації уваги, емоційну відстороненість та зниження емпатії, що може ускладнювати процес лікування та взаємодії з пацієнтами. Саме тому профілактика вигорання повинна розглядатися як важлива складова системи забезпечення якості медичної допомоги.

Результати емпіричного дослідження (розділ 2) виявили тісний обернений зв'язок між залученістю в роботу та симптомами професійного вигорання. Це узгоджується з концепцією К. Маслач і М. Лейтера, які ще наприкінці 90-х зазначали, що вигорання є «протилежністю залученості», фактично відображаючи нестачу інтересу й енергії у роботі. Інакше кажучи, коли працівник «горить» своєю справою (відчуває високий рівень енергійності, відданості й поглиненості працею), ймовірність розвитку синдрому вигорання істотно знижується. Наші дані підтвердили цю тезу: найбільш захоплені роботою медики мали найнижчі показники емоційного виснаження і цинізму, тоді як низькозалучені – навпаки, були в групі ризику вигорання. Такий взаємозв'язок відповідає сучасним

науковим уявленням: наприклад, у моделі Job Demands-Resources (JD-R) вигорання розглядається як наслідок надлишкових вимог і дефіциту ресурсів, тоді як залученість є результатом достатніх ресурсів і мотивуючих чинників на роботі. Згідно з JD-R, наявність у працівника достатніх робочих ресурсів (підтримки, автономії, можливостей розвитку тощо) активує мотиваційний процес, що приводить до високої залученості в роботу та низького цинізму, а також може слугувати буфером проти стресових навантажень. Навпаки, виснажливі умови праці за відсутності підтримки ведуть до розвитку вигорання. Таким чином, теоретичним підґрунтям нашої профілактичної програми є ідея про необхідність збільшення ресурсів і мотивації персоналу, що підвищить залученість і одночасно зменшить уразливість до вигорання. Слід врахувати , що модель Job Demands-Resources є однією з найбільш поширених у сучасній психології праці, оскільки вона дозволяє комплексно пояснити як негативні, так і позитивні аспекти професійної діяльності. Її перевага полягає у можливості врахування як індивідуальних, так і організаційних факторів, що впливають на стан працівника. Таким чином, використання цієї моделі як теоретичної основи програми дозволяє не лише пояснити причини вигорання, але й обґрунтувати ефективні шляхи його профілактики.

Варто зазначити, що проблема професійного вигорання медиків нині особливо актуалізується екстремальними умовами роботи. Дослідження, проведені під час війни в Україні, засвідчили додатковий негативний вплив воєнних чинників (небезпека обстрілів, релокація, психологічна травматизація) на психоемоційний стан медичного персоналу. За оцінками експертів, у воєнний період частка медпрацівників, які відчувають виражене емоційне вигорання, суттєво зросла. Отже, розробка заходів підтримки психологічного здоров’я медиків набула критичного значення. Сучасні дослідники підкреслюють, що подолання цього явища потребує комплексного підходу: поєднання індивідуальних стратегій стрес-менеджменту із організаційними змінами в системі

охорони здоров’я. З одного боку, працівників слід навчати технік саморегуляції, розвитку стресостійкості та ефективного подолання навантажень. З іншого – керівництву закладів важливо оптимізувати робочі процеси, забезпечити достатню підтримку та створити сприятливий клімат у колективах, аби запобігати хронічному виснаженню персоналу.

Наша програма психологічної профілактики професійного вигорання була спроєктована з урахуванням зазначених теоретичних засад і реальних потреб цільової групи (медичних працівників стаціонару). Метою програми є зниження рівня емоційного виснаження та цинізму у персоналу шляхом підвищення їхньої залученості в роботу, внутрішньої мотивації та навичок саморегуляції. Іншими словами, програма спрямована не лише на профілактику вигорання, але і на підсилення позитивного протилежного стану – захопленості своєю працею. Учасникам надаються знання і практичні інструменти, що допоможуть їм краще справлятися зі стресом, підтримувати високий рівень енергійності та професійного натхнення, відновлювати почуття задоволення від роботи.

При розробці програми було враховано результати попереднього діагностичного етапу (див. розділ 2), що дозволило цілеспрямовано визначити ключові проблемні зони у досліджуваній вибірці. Зокрема, встановлено, що найбільш вираженим компонентом професійного вигорання є емоційне виснаження, тому суттєва частина тренінгових занять орієнтована на опанування ефективних технік відновлення психоемоційних ресурсів і зниження рівня напруження.

Водночас, враховуючи наявність проявів редукції особистісних досягнень у частини медичних працівників (що відображається у зниженні відчуття професійної ефективності), програма включає спеціальні модулі, спрямовані на зміцнення впевненості у власних компетенціях, актуалізацію професійних досягнень та формування реалістичних і значущих цілей.

Окрему увагу приділено відмінностям між професійними групами. Так, для медичних сестер, які продемонстрували вищий рівень виснаження та нижчий рівень задоволеності власними результатами, передбачено посилений блок технік управління стресом і розвитку адекватної самооцінки. Для лікарів, у яких частіше фіксувалися прояви деперсоналізації та цинізму, доцільними є вправи, спрямовані на відновлення емоційної включеності у взаємодію з пацієнтами, підвищення емпатії та подолання професійної відстороненості. Доцільність впровадження подібної програми підтверджується також аналізом сучасних наукових джерел. Дані систематичного огляду (Cohen C. та ін., 2023), що охоплює 33 дослідження, свідчать про високу ефективність психологічних інтервенцій для медичних працівників: вони сприяють підвищенню рівня залученості до роботи, життєстійкості та загального психологічного благополуччя, а також зменшують прояви стресу і вигорання. Найбільш результативними визнано програми вторинної профілактики, спрямовані на розвиток навичок стрес-менеджменту, зокрема практики майндфулнес, медитації та релаксації.

Майндфулнес (усвідомленість) розглядається як ефективний підхід, що передбачає безоціночне спостереження за власними переживаннями у теперішньому моменті. Його застосування включає дихальні техніки, сканування тіла, усвідомлену рухову активність та вправи на заземлення, що сприяють зниженню психоемоційної напруги та підвищенню рівня саморегуляції.

Важливою характеристикою майндфулнес є розвиток здатності до прийняття власного досвіду без уникнення чи пригнічення негативних емоцій, що, у свою чергу, сприяє формуванню більш адаптивних стратегій подолання стресу. Регулярна практика усвідомленості дозволяє зменшити рівень тривожності, покращити концентрацію уваги та підвищити емоційну стійкість особистості. Дана програма допомагає зменшити стрес що є критично необхідно для людей які мають емоційне вигорання або легкі ознаки вигорання. Краще контролювати емоції що сворює ілюзію безпеки та уменшує негативні наслідки неконтрольованих емоцій. Дозволяє відчувати себе більш спокійний та стабільним. Це тренування уваги до теперішнього без осуду.

З точки зору психологічних механізмів, майндфулнес впливає на процеси уваги, емоційної регуляції та метакогніції, що дозволяє людині краще усвідомлювати власні автоматичні реакції та змінювати їх на більш конструктивні. Крім того, дослідження показують, що практики усвідомленості позитивно впливають на загальний рівень благополуччя, сприяють зниженню проявів професійного вигорання та покращують якість міжособистісної взаємодії.

У контексті професійної діяльності майндфулнес може застосовуватися як інструмент профілактики емоційного виснаження, оскільки сприяє відновленню внутрішніх ресурсів, підвищенню усвідомленості у прийнятті рішень та формуванню більш збалансованого ставлення до робочих навантажень. До важливих ресурсів, що сприяють підвищенню залученості, належать не лише зовнішні чинники (підтримка керівництва, сприятливий психологічний клімат, можливості професійного розвитку), але й внутрішні ресурси особистості, такі як самоефективність, оптимізм, емоційна стійкість та здатність до саморегуляції. Саме розвиток цих внутрішніх ресурсів є одним із ключових напрямів запропонованої програми.

Хоча організаційні втручання (наприклад, оптимізація робочого навантаження чи зміна графіків) застосовуються рідше, у поєднанні з індивідуально орієнтованими тренінгами вони демонструють додатковий позитивний ефект. Зокрема, результати окремих досліджень свідчать, що впровадження 8-тижневої програми майндфулнес-тренінгів супроводжується статистично значущим зниженням рівня професійного вигорання та підвищенням залученості до роботи ($p < 0.00001$), а також збільшенням частки медичних сестер, які більше не відповідають критеріям вигорання.

Крім того, у 2025 році Міністерство охорони здоров’я України запропонувало офіційні рекомендації щодо профілактики емоційного вигорання серед медичних працівників, які передбачають впровадження навчальних програм із психогігієни, самодопомоги, розвитку усвідомленості та когнітивно-поведінкових навичок саморегуляції

Таким чином, запропонована програма повністю узгоджується із сучасними науковими підходами та практичними рекомендаціями, базується на доказових методиках і спрямована на ефективний перехід від теоретичного осмислення проблеми професійного вигорання до її практичного подолання в умовах конкретного медичного закладу. Програма має комплексний характер і спрямована на гармонізацію як внутрішніх психологічних процесів особистості, так і зовнішніх умов професійної діяльності. Її впровадження створює передумови для формування більш стійкої, ресурсної та психологічно здорової професійної спільноти медичних працівників. При цьому її зміст і сутнісне наповнення залишаються незмінними, а здійснене переформулювання має на меті лише уточнення, структуризацію та розширення викладеного матеріалу.

Розроблена програма профілактики професійного вигорання та підвищення рівня залученості являє собою цілісно структурований цикл тренінгових занять, орієнтованих на системну групову роботу з персоналом медичного закладу. Її реалізація здійснювалася психологами установи або запрошеними фахівцями, які мали відповідну кваліфікацію у сфері психології праці та організаційної психології. Робота проводилася у малих групах чисельністю 10–15 осіб, що створювало оптимальні умови для активної взаємодії, формування довіри між учасниками, а також забезпечувало можливість індивідуалізованого зворотного зв’язку з боку ведучого тренінгу.

Загальна тривалість програми становила 8 тижнів (приблизно 2 місяці), а її структура передбачала регулярність занять — один раз на тиждень із тривалістю кожної сесії близько 2 годин. Такий формат був обраний як найбільш доцільний з огляду на професійне навантаження медичних працівників, оскільки дозволяв поєднувати участь у програмі з основною трудовою діяльністю без суттєвого порушення робочого процесу. Крім того, щотижневий інтервал між заняттями

забезпечував достатній час для осмислення отриманого досвіду та практичного застосування нових знань і навичок у реальних умовах професійної діяльності.

Заняття проводилися у зручний для персоналу час, переважно у другій половині дня після завершення робочої зміни або у вихідні дні, що сприяло зниженню додаткового навантаження на учасників. Просторово тренінги організовувалися у спеціально обладнаному приміщенні (конференц-залі) медичного закладу, яке відповідало вимогам комфортності, приватності та технічного забезпечення групової роботи. Це створювало сприятливу психологічну атмосферу, що є важливою умовою ефективності подібних інтервенцій.

Формування груп здійснювалося на добровільних засадах шляхом відкритого запису серед працівників. Перевага надавалася особам із вираженими проявами професійного вигорання (за результатами опитувальника MBI) або зниженим рівнем залученості (за результатами UWES), однак участь була доступною для всіх зацікавлених. Такий підхід дозволив поєднати в межах програми як профілактичну спрямованість (запобігання розвитку вигорання у працівників без виражених симптомів), так і корекційну (зменшення вже наявних проявів вигорання у представників групи ризику).

Додатково програма передбачала створення підтримувального середовища, у якому учасники могли обмінюватися досвідом, обговорювати труднощі професійної діяльності та отримувати психологічну підтримку, що підсилювало її ефективність і сприяло формуванню стійких навичок саморегуляції та емоційного відновлення.

Зміст програми був підібраний на основі аналізу літератури про успішні інтервенції проти вигорання, а також з урахуванням побажань самих медиків (попередньо було проведено кілька інтерв’ю та анкетувань, в яких працівники

висловили, які саме аспекти роботи даються їм найважче і яких умінь не вистачає для подолання стресу). В результаті було виокремлено кілька ключових тематичних блоків: стрес-менеджмент і релаксація; когнітивні стратегії подолання негативних думок; розвиток професійної мотивації та гордості за свою працю; ефективна комунікація і взаємопідтримка в колективі; тайм-менеджмент і баланс між роботою та відпочинком. Кожен з цих напрямів знайшов відображення у програмі тренінгів. Нижче наведено стислий опис структури програми за сесіями (табл. 3.1).

Таблиця 3.1 містить перелік основних сесій програми із зазначенням їх тематики, змісту і використовуваних методів.

Як свідчить таблиця 3.1, програма має комплексний та багатовимірний характер, поєднуючи різні форми роботи: інформаційні блоки у вигляді міні-лекцій, інтерактивні обговорення, практичні вправи, рольові ігри, а також рефлексивні та творчі завдання. Така різноманітність методів дозволяє впливати на кілька рівнів одночасно.

Важливим аспектом реалізації програми стала групова динаміка, яка поступово змінювалася протягом усього тренінгового циклу. На початкових етапах спостерігалася певна обережність у висловлюваннях учасників, однак у процесі взаємодії рівень довіри зростав, що сприяло більш відкритому обміну досвідом. Формування групової згуртованості виступало додатковим ресурсом психологічної підтримки та позитивно впливало на емоційний стан учасників.

На когнітивному рівні учасники отримують знання про природу професійного вигорання, розуміють фактори ризику та значення власного ставлення до роботи та стресових ситуацій. На емоційному рівні програма сприяє переживанню позитивних емоцій у колективі, розвитку емпатії, відновленню почуття приналежності та підтримки всередині команди. На поведінковому рівні

учасники опановують конкретні навички, такі як техніки релаксації, управління часом, ефективна комунікація та саморегуляція, що безпосередньо впливають на здатність запобігати вигоранню. Особливу роль у програмі відіграє активне залучення учасників: групові дискусії, обмін досвідом, сумісне вирішення практичних завдань і рольові ігри. Це не лише сприяє закріпленню знань та навичок на практиці, але й формує атмосферу взаємної підтримки та довіри, яка сама по собі є важливим профілактичним чинником вигорання.

Крім того, різноманітність методів дозволяє враховувати індивідуальні особливості учасників їхні стилі навчання, емоційні потреби та рівень готовності до змін. Такий комплексний підхід забезпечує не лише усвідомлення проблеми вигорання, а й розвиток практичних механізмів її подолання, що робить програму ефективним інструментом підтримки психоемоційного здоров’я медичного персоналу. Значну роль у забезпеченні ефективності програми відігравав ведучий тренінгу, який виступав не лише як джерело знань, але й як фасилітатор групових процесів. Його завданням було створення безпечної атмосфери, підтримка відкритості учасників, регулювання групової взаємодії та надання індивідуального зворотного зв’язку.

Не менш важливо, що програма акцентує не лише на подоланні негативних станів, але й на розвитку позитивних переживань від роботи – гордості, задоволення, натхнення. Таким чином, вона підсилює позитивні ресурси особистості (оптимізм, віру в власні сили, відчуття сенсу праці), які, згідно з концепцією С. Хобфолла, допомагають людині ефективніше протистояти стресу і втратам ресурсів.

Крім того, для більш об’єктивної оцінки було використано контрольну групу 20 медичних працівників, які не брали участі у тренінгу. Вона підбиралася так, щоб бути максимально схожою на основну групу (за віком, посадою, стажем

роботи). Важливо, що до початку програми їхні показники були приблизно однаковими.

Такий підхід дав змогу більш обґрунтовано оцінити ефективність впровадженої програми та зрозуміти, чи справді виявлені зміни пов’язані саме з її впливом, а не з дією сторонніх чинників. Зокрема, це дозволило мінімізувати вплив таких факторів, як можливі зміни умов праці, коливання робочого навантаження або інші зовнішні обставини, що могли б вплинути на стан респондентів. Усі зібрані кількісні дані, отримані в результаті проведення претестування та посттестування як у контрольній, так і в експериментальній групах, були систематизовані та піддані подальшому статистичному аналізу. Це дало змогу виявити динаміку змін показників, а також визначити рівень їхньої статистичної значущості. Детальний опис проведеного аналізу, а також інтерпретація отриманих результатів представлено у підрозділі 3.2.

Окрім кількісного аналізу, важливе місце займало дослідження якісного зворотного зв’язку. З цією метою учасники експериментальної групи заповнили анонімні анкети оцінки програми, в яких вони мали змогу висловити рівень задоволеності участю, оцінити корисність окремих занять, а також надати пропозиції щодо вдосконалення змісту та організації тренінгу. Окрему увагу в межах програми було приділено технікам майндфулнес, які спрямовані на розвиток усвідомленості та здатності концентрувати увагу на поточному моменті. Практика усвідомленості сприяє зниженню рівня тривожності, покращенню емоційної регуляції та підвищенню стійкості до стресу, що є особливо важливим для представників медичних професій.

Водночас слід зазначити певні обмеження реалізації програми. Зокрема, відносно невелика вибірка учасників може обмежувати можливість узагальнення результатів на ширшу популяцію медичних працівників. Крім того, тривалість

програми (8 тижнів) не дозволяє оцінити довгостроковий ефект отриманих змін, що потребує подальших досліджень.

Отримані якісні дані доповнили результати кількісного аналізу, що дозволило більш комплексно підійти до оцінки ефективності програми. У подальшому ці матеріали були використані для формулювання узагальнених висновків, а також розробки практичних рекомендацій, спрямованих на вдосконалення змісту та організації подібних програм у майбутньому.

3.2. Етапи реалізації та оцінка результативності впровадження програми

Професійна діяльність медичних працівників пов’язана з постійним емоційним навантаженням, високим рівнем відповідальності та необхідністю швидкого прийняття рішень, що створює передумови для розвитку професійного вигорання. У таких умовах особливого значення набуває впровадження психопрофілактичних програм, спрямованих на підтримку психоемоційного стану фахівців та підвищення їхньої залученості в професійну діяльність.

Разом із тим, ефективність будь-якої програми визначається не лише її змістом, а й особливостями реалізації, логікою побудови етапів та оцінки результатів. Саме тому важливим є комплексний підхід, що поєднує чітку організацію процесу впровадження із подальшим аналізом отриманих змін.

Етапи реалізації програми.

Реалізація програми проходила у три основні етапи: підготовчий, основний (тренінговий) та підсумковий.

Підготовчий етап. На цьому етапі проводилася організаційна та психологічна підготовка до тренінгів. Спочатку адміністрацію лікарні ознайомили з метою та планом програми, після чого було отримано дозвіл на її проведення.

Далі відбувався відбір учасників. Він здійснювався на основі результатів попереднього опитування за методиками MBI та UWES, а також з урахуванням рекомендацій керівників відділень. До участі були запрошені працівники, яким це було найбільш актуально, зокрема ті, хто мав ознаки вигорання або потребував кращої адаптації до роботи.

Усім потенційним учасникам надіслали запрошення з коротким описом програми. У результаті було сформовано дві групи по 12 осіб, до яких увійшли лікарі та медсестри з різних відділень.

Перед початком занять учасники ще раз заповнили опитувальники UWES та MBI — це був так званий початковий зріз (претест). Ці результати стали базою для подальшого порівняння. Також учасники заповнили коротку анкету про свої очікування: що саме вони хочуть отримати від тренінгу, які теми для них найбільш важливі. Це дозволило трохи підлаштувати програму під потреби групи.

Основний етап (тренінгова робота) тривав 8 тижнів і складався з серії тренінгових занять. Загалом участь у програмі взяли 24 особи, з яких 21 повністю пройшли всі заняття. Троє учасників не завершили програму через об’єктивні причини (стан здоров’я або нестача часу).

Під час занять спостерігалася дружня і спокійна атмосфера. Учасники були відкритими до обговорень, активно виконували вправи та ділилися власним досвідом. Особливо позитивно вони відгукувалися про заняття, пов’язані з техніками релаксації, майндфулнес та розвитком навичок спілкування. Багато хто зазначав, що ці знання можна одразу застосовувати у роботі. Також було помітно зміни в настрої учасників. Якщо на початку вони більше говорили про втому, стрес і труднощі, то ближче до завершення тренінгу з’явилося більше позитиву, жартів і підтримки один одного. У групі сформувалося відчуття командності, що також можна вважати хорошим результатом програми.

Підсумковий етап. Після завершення тренінгу, приблизно через тиждень, було проведено повторне опитування учасників за тими ж методиками (UWES, MBI та шкала задоволеності роботою). Це дозволило порівняти результати «до» і «після» участі в програмі.

При розробці програми було враховано низку базових принципів, що забезпечують її ефективність та наукову обґрунтованість. Зокрема, принцип системності передбачає комплексний вплив на різні аспекти професійної діяльності та психоемоційного стану особистості. Принцип добровільності забезпечує внутрішню мотивацію учасників до змін та підвищує рівень їх залученості у процес. Принцип активності реалізується через використання інтерактивних форм роботи, що сприяють кращому засвоєнню матеріалу. Принцип конфіденційності гарантує безпечне середовище для самовираження та обговорення особистих труднощів

Ефективність розробленої програми перевірялася шляхом порівняння показників професійного вигорання та залученості в роботу до і після її реалізації у експериментальній групі, а також у зіставленні з контрольною групою, де спеціальних втручань не проводилося. Основними критеріями результативності виступали зміни за шкалами опитувальника MBI (емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція досягнень) та шкалами залученості UWES (енергійність, відданість, поглиненість). Додатково аналізувалися динаміка інтегральних індексів (середній бал залученості та сумарний індекс вигорання), а також дані шкали задоволеності роботою – для перевірки, чи зросло загальне задоволення трудом у результаті тренінгів. Важливо зазначити, що оцінка результативності програми має принципове значення не лише для підтвердження її практичної цінності, але й для наукового обґрунтування доцільності впровадження подібних психопрофілактичних заходів у медичних закладах. Саме емпірична перевірка ефективності дозволяє визначити, чи справді застосовані

методи сприяють позитивним змінам у психоемоційному стані працівників, чи ці зміни мають системний характер і чи можуть бути рекомендовані для ширшого використання. У цьому контексті оцінка результативності виступає завершальним і водночас одним із найважливіших етапів реалізації програми.

Для статистичного аналізу застосовувалися парні t-критерії Стьюдента (для оцінки змін усередині груп), а також дисперсійний аналіз змішаного дизайну (ANOVA 2×2 з факторами «Група» і «Час») – для перевірки наявності значущої взаємодії між фактором участі в програмі та динамікою показників. Розрахунок проводився в програмі SPSS 27, рівень значущості приймався $\alpha = 0.05$.

На початковому етапі (претест) показники експериментальної та контрольної груп в цілому не відрізнялися: середній рівень емоційного виснаження був M≈26 балів в обох групах, рівень деперсоналізації – M≈9 балів, редукції особистих досягнень – M≈33–34 бали. Інтегральний індекс вигорання (за нашою оцінкою) становив приблизно 75 % від максимально можливого. За залученістю групи також були подібні: інтегральна залученість M≈3.3 (за шкалою 0–6) у експериментальній і 3.4 у контрольній групі; зокрема, енергійність M≈3.0, відданість M≈3.5, поглиненість M≈3.1 в обох вибірках. Статистично жоден із цих показників до початку не мав значущої різниці між групами ($p>0.1$), що свідчить про коректність створення груп порівняння. Використання саме таких статистичних процедур є доцільним, оскільки вони дають можливість не лише зафіксувати наявність змін, але й перевірити, наскільки ці зміни є достовірними та пов’язаними саме з впливом програми, а не з випадковими коливаннями чи зовнішніми чинниками. Зокрема, парний t-критерій Стьюдента дозволяє оцінити динаміку показників у межах однієї групи до і після втручання, тоді як дисперсійний аналіз змішаного дизайну дає змогу комплексно проаналізувати взаємодію між часовим фактором та фактором належності до експериментальної або контрольної групи. Це забезпечує більш повне та надійне трактування отриманих результатів.

Після реалізації програми (посттест) у експериментальній групі відбулися помітні позитивні зміни за всіма ключовими параметрами. Натомість у контрольній групі аналогічних змін не спостерігалося (показники залишилися на приблизно тому ж рівні, місцями навіть погіршилися незначною мірою). Узагальнені дані наведено в табл. 3.2 та 3.3.

Таблиця 3.2.

Динаміка показників залученості в роботу та вигорання у експериментальній групі (n=21) до і після програми

Показник	До програми (M ± SD)	Після програми (M ± SD)	t-критерій (df=20)	p
Енергійність (UWES)	3.1 ± 0.8	4.0 ± 0.7	–6.22	<0.001
Відданість (UWES)	3.5 ± 0.9	4.3 ± 0.8	–5.18	<0.001
Поглиненість (UWES)	3.0 ± 0.7	3.6 ± 0.6	–3.74	0.001
Залученість (інтегр. індекс)	3.2 ± 0.7	4.0 ± 0.6	–5.98	<0.001
Виснаження (MBI)	27.8 ± 9.4	19.2 ± 7.6	5.11	<0.001
Деперсоналізація (MBI)	10.4 ± 4.8	7.0 ± 4.1	3.02	0.007
Редукція досягнень (MBI)	31.0 ± 6.5	36.5 ± 5.9	–4.06	<0.001
Вигорання (інтегр. індекс)	75 ± 18%*	Fifty four ± 16%*	–4.57	<0.001

Примітки: * інтегральний індекс вигорання розраховано у відсотках від максимального рівня (умовно 100% відповідає сумі балів MBI, що дорівнює порогу високого вигорання за всіма шкалами). Для субшкали «Редукція досягнень» більш низькі бали означають вищу вираженість симптому, тому для зручності інтерпретації при розрахунку інтегрального показника було використано обернене значення цієї субшкали.

Як видно з табл. 3.2, у групі, що пройшла програму, сталися статистично значущі поліпшення за всіма вимірюваними параметрами ($p < 0.01$). Зокрема,

інтегральний показник залученості зріс з 3.2 до 4.0 бала (за 6-бальною шкалою), тобто в середньому з середнього рівня до наближення до високого. Найбільше зростання відзначено за шкалою «Енергійність» – приріст середнього балу на 0.9 ($p<0.001$), що підтверджує успішність компонентів, спрямованих на боротьбу з виснаженням. Одночасно спостерігається суттєве зменшення симптомів вигорання: емоційне виснаження знизилося в середньому з 27.8 до 19.2 бала (на ~31%, $p<0.001$), рівень деперсоналізації – з 10.4 до 7.0 (на ~33%, $p<0.01$). Відчуття власної неефективності (низькі досягнення) також достовірно зменшилося: бал за цією шкалою зріс з 31.0 до 36.5 (тобто від негативного порогового значення піднявся до норми, $p<0.001$). У відсотковому вираженні інтегральний рівень вигорання знизився приблизно з 75% до 54% від максимуму (тобто сумарна інтенсивність симптомів впала на ~20 відс. пунктів). Отримані результати свідчать про те, що вплив програми мав комплексний характер і охоплював як негативні, так і позитивні аспекти професійного функціонування медичних працівників. З одного боку, спостерігалося виразне зниження показників, пов’язаних із виснаженням, цинізмом та зниженням відчуття професійної результативності, а з іншого – фіксувалося підвищення енергійності, відданості роботі та загальної залученості. Саме така двостороння позитивна динаміка є особливо важливою, адже вона свідчить не лише про послаблення симптомів неблагополуччя, але й про активізацію особистісних ресурсів, що забезпечують більш стійке професійне благополуччя.

Для порівняння, у контрольній групі зміни носили випадковий характер і не досягли статистичної значущості (табл. 3.3).

Таблиця 3.3.

Показники залученості та вигорання у контрольній групі (n=20) в аналогічний період (8 тижнів) без втручань

Показник	Початково (M ± SD)	Через 8 тижнів (M ± SD)	t (df=19)	p

Показник	Початково (M ± SD)	Через 8 тижнів (M ± SD)	t (df=19)	p
Енергійність (UWES)	3.2 ± 0.8	3.3 ± 0.7	–0.56	0.583
Відданість (UWES)	3.6 ± 0.8	3.5 ± 0.9	0.44	0.664
Поглиненість (UWES)	3.1 ± 0.6	3.0 ± 0.7	0.50	0.622
Залученість (інтегр. індекс)	3.3 ± 0.6	3.3 ± 0.7	–0.18	0.858
Виснаження (MBI)	26.5 ± 8.8	27.6 ± 9.0	–0.61	0.549
Деперсоналізація (MBI)	9.1 ± 5.0	9.5 ± 5.3	–0.32	0.752
Редукція досягнень (MBI)	34.0 ± 7.0	33.1 ± 6.8	0.53	0.604
Вигорання (інтегр. індекс)	72 ± 20%	73 ± 19%	–0.27	0.792

Як свідчать дані табл. 3.3, у контрольній вибірці середні значення всіх показників до і після практично збігалися, коливання знаходяться в межах ±3% і статистично незначущі ($p>0.5$). Зокрема, рівень виснаження залишився близько 26–28 балів, цинізм – ~9–10 балів, залученість – ~3.3 бала. Отже, за відсутності цілеспрямованих заходів стан персоналу за 2 місяці не покращився і не погіршився – динаміка мінімальна. Натомість у групі, яка пройшла програму, відбулися чіткі позитивні зміни. Це підтверджується і результатами дисперсійного аналізу: для всіх основних показників зафіксована статистично значуща взаємодія «Група × Час». Зокрема, для емоційного виснаження ефект взаємодії склав $F(1,39)=11.3$ при $p=0.002$; для інтегрального індексу вигорання $F=14.5$ при $p<0.001$. Взаємодія щодо залученості також суттєва: $F(1,39)=9.8$, $p=0.003$. Це означає, що зміни, виявлені у експериментальній групі, не є випадковими коливаннями, а саме результатом впровадженого втручання, оскільки в контрольній групі таких змін не відбулося. Графічно різницю в динаміці можна проілюструвати так: в експериментальній групі «крива» рівня вигорання впевнено пішла вниз, а крива залученості – вгору, тоді як у контрольній обидві лінії лишилися майже пласкими.

Окрім середніх значень, цікавим є аналіз розподілів та індивідуальних змін. Після проходження програми частка працівників із клінічно високим рівнем вигорання значно зменшилася. Якщо на етапі претесту в експериментальній групі 10 осіб (48%) відповідали критеріям високого емоційного виснаження (≥27 балів), то після інтервенції таких залишилося лише 3 особи (14%). Частка медиків з високим цинізмом (≥13 балів) знизилася з 24% до 10%. Натомість кількість учасників, які не мають жодного вираженого симптому вигорання, зросла вдвічі – з 6 до 12 осіб (з 29% до 57% групи). Для порівняння, в контрольній групі ці показники майже не змінилися (частка «вигоранців» коливалася в межах ±5%). Таким чином, можна говорити, що програма не лише зменшила середню інтенсивність вигорання, а й реально вивела значну частину людей із «зони ризику».

Показово, що рівень загальної задоволеності роботою у експериментальній групі після тренінгу також зріс (середній бал за відповідною шкалою підвищився з 3.4 до 4.1 із 5, $p<0.01$), тоді як у контролі змін не було. Це побічно підтверджує успішність інтервенції: підвищення залученості й оптимізації ставлення до праці природно веде до більшого задоволення нею. Отриманий результат узгоджується з даними літератури, де неодноразово показано, що розвиток позитивного ставлення до роботи та самопочуття працівників сприяє покращенню і об’єктивних показників діяльності (якість обслуговування, командна взаємодія тощо). Хоча наша робота не ставила за мету виміряти організаційні ефекти, можна припустити, що зниження вигорання серед медиків позитивно позначиться і на їхній професійній ефективності та взаєминах з пацієнтами (на це, зокрема, вказували самі учасники у відгуках).

Якісні підсумки та відгуки учасників. Анкетування та фінальна групова дискусія показали високу задоволеність учасників програмою. На питання «Чи порекомендували б ви цей тренінг колегам?» 100% респондентів відповіли «так». Серед найбільш корисних елементів програми медики відзначали техніки

релаксації та усвідомленості (78% учасників зазначили, що продовжують застосовувати дихальні вправи чи медитацію після завершення тренінгу), рольові ігри з комунікації (69% – «допомогли подивитися на конфліктні ситуації з боку пацієнта і зрозуміти його»), а також обмін думками про цінності професії (подяку від пацієнтів як мотиватор згадали 55% учасників). Дехто писав, що особисто для нього найбільшу користь мала сесія про баланс роботи і життя – «усвідомив, що маю право на відпочинок і не винен працювати на знос». Інший учасник зазначив: «Нарешті відчув, що я не один таке переживаю. Тепер знаю, до кого з колег можу звернутися просто виговоритися, і це взаємно.» Багато хто висловив вдячність керівництву за організацію програми і побажання продовжувати такі заходи регулярно.

Ці відгуки вказують на важливий «побічний» ефект програми – покращення соціально-психологічного клімату. Учасники відчули підтримку одне одного, з’явилося більше довіри та командного духу. Як наслідок, навіть після формального завершення тренінгів група продовжила частково взаємодіяти: за ініціативою самих медиків було створено невеликий «клуб» у месенджері, де вони діляться порадами, надсилають мотивувальні цитати, нагадують про техніки, яких навчилися (наприклад, щоп’ятниці хтось пише: «А ви вже записали сьогодні 3 приємних події? :)» – мається на увазі техніка позитивного фокусування). Це свідчить про внутрішню підтримку змін та їх потенційну сталість. Окрім кількісного аналізу, було здійснено якісну оцінку змін, що відбулися з учасниками програми. У процесі обговорень та зворотного зв’язку медичні працівники відзначали підвищення усвідомленості власного емоційного стану, покращення навичок саморегуляції та зниження рівня внутрішньої напруги. Багато учасників повідомляли про зміну ставлення до професійних труднощів, зокрема про зростання здатності конструктивно реагувати на стресові ситуації та уникати емоційного виснаження.

Підсумовуючи результати оцінки, можна стверджувати, що розроблена програма досягла своєї мети. Гіпотези про її ефективність підтвердилися: після участі в ній медичні працівники стали значно менш схильні до вигорання – рівень виснаження і цинізму суттєво знизився, а почуття професійної ефективності зросло. Одночасно відбулося істотне підвищення залученості у роботу: медики повідомили про більший ентузіазм, енергію та гордість за свою працю. Виявлений ефект має не тільки статистичне, а й практичне значення, адже половина учасників буквально «вийшла з вигорілого стану» і відновила психологічне благополуччя на роботі. З огляду на ці результати, можна рекомендувати впровадження аналогічних програм і в інших підрозділах лікарні, а також масштабування досвіду на інші заклади охорони здоров'я. Як зазначають дослідники, системна підтримка психічного здоров'я медиків є інвестицією у якість медичних послуг та здоров'я суспільства.

Водночас, важливо врахувати деякі обмеження і нюанси. По-перше, успішність програми значною мірою залежить від добровільності та вмотивованості учасників: у нашому випадку в групу потрапили люди, які були зацікавлені щось змінити в своєму стані, і це сприяло ефекту. Можливо, найважче досягти тих, хто вже в стані глибокого вигорання і демонструє апатію чи скепсис – такі працівники іноді уникають участі. Тому у майбутньому варто продумати стимулюючі заходи, аби залучити до тренінгів найбільш уразливих (можливо, через індивідуальну роботу психолога чи переконання керівництва). По-друге, наша оцінка ефективності обмежувалася короткостроковим періодом (одразу після програми). Невідомо, наскільки стабільними будуть досягнуті покращення через, скажімо, півроку чи рік. Література вказує, що без підтримуючих сесій ефект може згасати [49], тож доцільно передбачити бустер-тренінги або нагадувальні заходи через кілька місяців. По-третє, контрольна група в нашому дослідженні не отримувала жодних втручань, але було б цікаво у майбутньому порівняти ефективність різних підходів (наприклад, групова програма vs.

індивідуальне консультування, або програма vs. просте інформування листівками). Це дозволило б визначити найбільш економічно доцільні методи профілактики. І нарешті, варто пам’ятати, що тренінги – це лише одна складова. Максимального результату можна досягти, якщо поєднувати їх із організаційними змінами: керівництво лікарні повинно паралельно працювати над оптимізацією графіків, забезпеченням достатнього штату, впровадженням систем заохочень, аби створити середовище, сприятливе для підтримання високої залученості персоналу.

На основі отриманих результатів доцільно рекомендувати впровадження подібних програм як складової системи психологічного супроводу медичних працівників. Зокрема, ефективним може бути регулярне проведення тренінгів з розвитку стресостійкості, впровадження програм підтримки персоналу, а також створення умов для неформальної взаємодії працівників з метою зміцнення командного духу.

Висновки до розділу 3

Було розроблено, теоретично обґрунтовано та експериментально апробовано програму психологічної профілактики професійного вигорання медичних працівників, спрямовану також на підвищення рівня їх залученості у професійну діяльність. В основу програми покладено сучасні наукові підходи до подолання синдрому вигорання, з акцентом на розвиток внутрішніх ресурсів особистості, формування позитивного ставлення до роботи та підвищення психологічної стійкості. Структурно програма представлена системою тренінгових занять, які передбачають формування навичок управління стресом, розвитку саморегуляції, ефективної міжособистісної взаємодії, переоцінки професійних смислів і цінностей, а також зміцнення командної згуртованості.

Наукова новизна отриманих результатів полягає у комплексному підході до вирішення проблеми професійного вигорання медичних працівників, який

поєднує зниження негативних проявів (емоційного виснаження, деперсоналізації) із одночасним підвищенням позитивних характеристик професійної діяльності (залученості, задоволеності працею, відчуття професійної ефективності). Запропонована програма відрізняється інтеграцією когнітивно-поведінкових, емоційно-регулятивних та командно-орієнтованих технік, що забезпечує її системний вплив на особистість працівника.

Оцінка результативності програми показала її високу ефективність: учасники продемонстрували достовірне зниження рівня емоційного виснаження та цинізму, зросло їхнє відчуття особистих досягнень, значно підвищилася залученість у роботу та задоволеність працею. Досягнуті зміни статистично значущо перевищують коливання в контрольній групі, що підтверджує причинний вплив саме впровадженого втручання. Отримані результати відповідають висунутим гіпотезам і узгоджуються з даними інших досліджень щодо можливостей підвищення робочого благополуччя персоналу через психологічні інтервенції. Практичне значення роботи полягає в тому, що розроблена програма може бути використана у закладах охорони здоров’я для збереження психічного здоров’я медиків, попередження професійних деформацій та, як наслідок, покращення якості медичної допомоги. Отримані результати мають важливе значення для розвитку психології праці та організаційної психології, оскільки підтверджують ефективність ресурсно-орієнтованого підходу до профілактики професійного вигорання. Дослідження демонструє, що підвищення рівня залученості виступає не лише наслідком покращення психологічного стану, але й важливим чинником попередження вигорання, що розширює уявлення про механізми підтримки професійного благополуччя.

Важливо підкреслити, що профілактика вигорання повинна стати системною і регулярною діяльністю. Разове проведення тренінгів – лише перший крок. Рекомендується інтегрувати подібні програми в систему підвищення кваліфікації медперсоналу, проводити повторні сесії (наприклад, раз на рік), а також розвивати

культуру взаємопідтримки в колективах. Не менш значущою є підтримка на організаційному рівні: впровадження настанов МОЗ щодо багаторівневої профілактики (оптимізація умов праці, наявність психологічної служби, заходи для покращення морально-психологічного клімату тощо) [7]. Лише поєднання зусиль самих працівників (їх бажання змінюватися і ростити свою стійкість) та адміністрації (створення належних умов) забезпечить довготривалий успіх у подоланні синдрому вигоряння. Наше дослідження продемонструвало, що медики відкриті до такого роду психологічної допомоги і добре реагують на неї. Таким чином, реалізація комплексних програм профілактики професійного вигорання сприятиме збереженню ключового ресурсу системи охорони здоров'я психологічно стійких, мотивованих і професійно задоволених медичних працівників, що, у свою чергу, позитивно впливатиме на якість медичної допомоги та ефективність функціонування галузі в цілому.

Соціальне значення отриманих результатів полягає в тому, що профілактика професійного вигорання медичних працівників має безпосередній вплив не лише на їх особисте благополуччя, але й на якість взаємодії з пацієнтами, рівень довіри до медичної системи та загальний стан охорони здоров'я суспільства. Психологічно стабільний та мотивований медичний персонал здатний забезпечувати більш ефективну, уважну та гуманістично орієнтовану допомогу.

ВИСНОВОК

У цій кваліфікаційній роботі було розглянуто такі явища, як захопленість роботою та професійне вигорання, а також досліджено, як вони пов’язані між собою на прикладі медичних працівників. Крім цього, було розроблено програму профілактики вигорання. На основі проведеного дослідження можна зробити такі висновки.

Захопленість роботою (work engagement) – це позитивний стан людини, коли вона відчуває енергію, зацікавленість у своїй роботі та бажання нею займатися. Така людина більше залучена в процес, краще працює і отримує задоволення від своєї діяльності. Було встановлено, що на рівень захопленості впливають як особисті якості (наприклад, оптимізм чи мотивація), так і умови на роботі (підтримка керівництва, можливість розвитку, нормальні умови праці). Також підтверджено, що якщо у працівника є достатньо ресурсів (як це описує модель JD-R), то його залученість до роботи зростає.

Професійне вигорання – це стан, коли людина виснажується через роботу. Воно проявляється у вигляді емоційної втоми, байдужого або навіть негативного ставлення до роботи та зниження віри у власні можливості. Вигорання не з’являється одразу, а розвивається поступово. Причинами можуть бути як умови праці (велике навантаження, стрес, відсутність підтримки), так і особисті особливості (наприклад, перфекціонізм або низька стресостійкість). Найбільше до вигорання схильні люди, які працюють з іншими людьми, зокрема медики. Це явище негативно впливає як на саму людину, так і на якість її роботи.

Було встановлено, що між захопленістю роботою та вигоранням існує обернений зв’язок: чим більше людина залучена до роботи, тим менша ймовірність вигорання. Але ці явища не є повністю протилежними – іноді вони можуть частково поєднуватися. У ході дослідження було отримано результати,

які підтверджують цей зв’язок (r≈–0,5). Зокрема, енергійність пов’язана з меншим рівнем виснаження, а відданість – з меншим рівнем цинізму. Це означає, що захопленість роботою може виступати як своєрідний захисний фактор.

Результати дослідження показали, що медичні працівники загалом мають досить високий рівень захопленості роботою, особливо це стосується відданості своїй професії. Водночас рівень вигорання також є помітним: частина працівників уже має виражені симптоми, а у багатьох вони тільки починають проявлятися. Було помічено, що медичні сестри більше схильні до виснаження, ніж лікарі. Також підтверджено, що працівники з високою залученістю рідше стикаються з вигоранням.

На основі отриманих результатів було створено програму «Здоровий професійний ентузіазм», яка спрямована на профілактику вигорання. Вона включає різні елементи: інформування про проблему, навчання технікам боротьби зі стресом, розвиток навичок саморегуляції та покращення комунікації. Також передбачено участь керівництва у покращенні умов праці. Після впровадження програми було помітно позитивні зміни: зменшився рівень виснаження, підвищилася залученість до роботи та покращився психологічний стан працівників.

Отже, можна зробити висновок, що захопленість роботою і вигорання тісно пов’язані між собою. Підтримка інтересу до роботи і створення нормальних умов праці допомагає запобігти вигоранню. У сучасних умовах це особливо важливо, тому що робота часто супроводжується стресом. Впровадження подібних програм може допомогти зберегти психологічне здоров’я працівників і покращити їхню ефективність.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Книга (один автор)	1 Гуцало Е. Загальна психологія. – Навчально-методичний посібник. ЧДПУ, 2020. – 284 с. 2 Руденко Л. А. Основи психології та педагогіки. Навчальний посібник. Львів: ЛДУ БЖД, 2020. – 146 с. 3 Хохліна О. П. Теоретико-методологічні проблеми психології. Навчальний посібник. Київ: Видавець Симоненко О. І., 2021. – 244 с.
Книга (два або три автори)	4 Кісіль З. Р., Швець Д. В. Мотивація діяльності людини: Навчальний посібник у схемах, таблицях, коментарях. Одеса: Вид-во ОДУВС, 2023. – 154 с.
Монографія	5 Карамушка Л. М. Психологічні ресурси особистості в організаційному контексті: монографія. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2018. 6 Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації: монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.
Колективна монографія	7 Психологія організаційної поведінки: ресурсний підхід: монографія / Л. М. Карамушка, Ю. С. Снігур. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2020. 8 Копінг-стратегії (організаційна та економічна психологія): монографія / Л. М. Карамушка, Ю. С. Снігур. Київ, 2024. С. 14–16. 10 The Resilience Shield: SAS, Science & Survival / D. Pronk, B. Pronk, T. Curtis. 2021.
Стаття у журналі	11 Антонова З., Бахтігозіна Д. Чинники виникнення тривожних станів у працівників ІТ-сфери. Psychology Travelogs. 2023. Вип. 2. С. 6–14. 12 Ассонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2021. № 7. С. 45–51. 13 Бегеза Л. Є. Психологічні особливості емоційного вигорання лікарів. Психологічні перспективи. 2020. Вип. 36. С. 37–48. 14 Борисюк О. М., Фостяк М. В. Дослідження синдрому

професійного вигорання у працівників національної поліції України. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. 2016. Вип. 2. С. 102–111.

15 Вежновець Т. А., Парій В. Д. Синдром емоційного вигорання в медичних працівників хірургічних відділень із позиції кадрового менеджменту. Україна. Здоров’я нації. 2016. № 1–2. С. 41–47.

16 Вежновець Т. А., Парій В. Д. Особливості розвитку синдрому емоційного вигорання у медичних працівників з різними типами трудової мотивації. Медичні перспективи. 2016. Т. XXI, № 2. С. 127–132.

17 Вовк О. Особливості синдрому професійного вигорання в працівників сфери інформаційних технологій. Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я. 2019. № 1 (2). С. 3–26.

18 Гречко Т. П. Програма психокорекції негативних емоційних станів особистості водіїв автотранспорту після перебування їх в особливих умовах професійної діяльності. Практичні рекомендації психологам щодо її реалізаї. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України (Електронне наукове фахове видання). –№ 4. 2011.

19.Гречко Т. П. Загальна характеристика основних психічних станів особистості. Вісник Національного університету оборони України. 2015. Вип. 4. С. 122–126.

20. Жигайло Н. І., Стасюк М. М. Роль емоційного інтелекту в процесі професійної освіти. Педагогіка і психологія професійної освіти. 2016. № 4. С. 87–97.

21. Завгородній І. В., Літовченко О. Л. Сучасний стан проблеми професійного вигорання в Україні серед медичних працівників. Український журнал охорони здоров’я. 2023. № 1. С. 22–28.

22. Колтунович Т. Синдром професійного вигорання в історичній ретроспективі. 2013.

23. Лаврова М. Г. Теоретичний аналіз сучасних поглядів

на поняття «емоційне вигорання». 2014.

24. Міщенко М. С. Особливості синдрому емоційного вигорання. 2013.

25. Міщенко М. С. Феномен емоційного вигорання особистості. 2012.

26. Оздемір Ш., Керсе F. Аналіз взаємодії між оптимізмом, стресом на роботі та емоційним виснаженням. – Міжнародний та міждисциплінарний журнал соціальних наук, 2020. – №3(2). – С. 140–149.

27.Полякова О. Категорія та структура професійних деформацій. 2014.

28. Редько С. І. До проблеми дослідження синдрому емоційного вигорання. 2015.

29. Ровенська В. В., Саржевська Є. О. Особливості розвитку та проявів синдрому емоційного вигорання у лікарів. 2020.

30. Старовойт О. Невпевненість і емоційне вигорання особистості. 2014.

31. Стрілецька І. І. Тривожність як індивідуальна властивість особистості. 2015.

32. Хоріна О. І., Ходієнко Л. В. Ситуаційні і середовищні чинники професійного вигорання. 2013.

33. Хромцева О. Поняття професійного вигорання медичних працівників. 2019.

34. Цюприк А., Федорович С. Профілактика емоційного вигорання студентів-психологів. Педагогіка і психологія професійної освіти. Вип. 1. 2019. С. 160-170.

35.Черновський О. К., Скуляк І. А. Професійна втома або синдром емоційного вигоряння. 2012.

36. Шевчук В. В. Сучасні підходи до визначення категорії «емоційне вигорання». 2020.

37. Шнайдер О. Психологічні особливості емоційного

	вигорання. 2014. 38. Yastochkina I. Personal anxiety as a socio-psychological problem. 2020. 39. Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць. Кам'янець-Подільський, 2022.
Тези доповіді	40. Алієв М.М. Матеріали конференції. Традиційні та інноваційні підходи до наукових досліджень: розробка комплексних рекомендацій щодо поліпшення робочого середовища та здоров'я медичних працівників, м. Вінниця, 2024 р. Вінниця, 2024. С. 8–152. 41. Бреус Ю.В. Емоційний компонент у структурі освіти вищого навчального закладу. Гуманітарні аспекти формування особистості: матеріали VI Всеукраїнської наукової конференції, 27 квітня 2012 р., м. Львів. Львів: ЛДУ БЖД, 2012. С. 277–287. 42. Білоус М.В. Синдром професійного вигорання у фармацевтичних працівників. Здобутки та перспективи управління фармацевтичною системою. Львів: ЛНМУ, 2021. С. 112–115. 43. Комар Т.В., Мельничук А.Ю. Позитум-підхід: можливості та перспективи профілактики емоційного вигорання. Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців: матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної конференції, 11–12 квітня 2019 р., м. Хмельницький. Хмельницький: ХНУ, 2019. С. 61–63. 44. Матвєєва В.Д., Сургунд Н.А. До питання профілактики професійного вигорання особистості. Професійний розвиток та становлення особистості сучасного фахівця: матеріали XI Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції, 25–26 листопада 2021 р., м. Хмельницький. Хмельницький, 2021. С. 106–109. 45. Чачко С.Л. Психічна травма і посттравматичне зростання особистості як чинники соціальних змін. Наукові студії із соціальної та політичної психології, 2011. Вип. 25. С. 132–139. 46. Перегончук Н.В. Програма тренінгу розвитку особистості педагога в умовах професійного вигорання. Проблеми сучасної психології, 2011. Вип. 11. С. 615–624.

	47. Кутас М.С. Розвиток професійно значущих якостей майбутнього фахівця з управління проектами засобом соціально-психологічного тренінгу. Актуальні проблеми психології, 2014. Вип. 40. С. 60–65.
Автореферат дисертації	48. Дроздова А. Р. Психологічні чинники прояву синдрому «емоційного вигорання» у представників різних типів професій і безробітних: автореф. дис. канд. психол. наук. Харків, 2013. 22 с. 49. Зикова В. А. Соціально-психологічні особливості емоційного вигорання спеціалістів в області інформаційних технологій: кваліфікаційна робота магістра спеціальності 053 «Психологія». Запоріжжя: ЗНУ, 2021. 110 с. 50. Листопадський А. А. Зв'язок професійної спрямованості з емоційним вигоранням у працівників сфери обслуговування: автореф. дис. канд. психол. наук. Київ, 2023. 20 с. 51. Мірошкіна О. О. Індивідуально-психологічні особливості прояву стресостійкості особистості: гендерний аспект: дипломна робота магістра. Хмельницький, 2022. 125 с. 52. Павелко А. В. Психологічна профілактика професійного вигорання працівників органів прокуратури: дипломна робота магістра. Хмельницький, 2020. 95 с.
Джерела з мережі Інтернеті	53.Бойко В. В. Методика діагностики рівня емоційного вигорання. URL:https://stud.com.ua/127602/pedagogika/metodika_diagnostiki_rivnya_emotsiynogo_vigorannya_boyko [дата звернення: 15.10.2025]. 54. Грицук О. В. Основні принципи та підходи до дослідження синдрому емоційного вигорання у зарубіжній психології. URL:https://scholar.google.com.ua/citations?user=WL4rJkcAAAAJ&hl=ru [дата звернення: 15.10.2025]. 55.Котвіцька А. А., Пузак Н. О., Пузак О. А. Синдром «професійного вигорання» у працівників фармацевтичної галузі. URL:https://nuph.edu.ua/wpcontent/uploads/2015/04/Kotvitska-etc-2.pdf [дата звернення: 15.10.2025]. 56. Пацеля О. Сіла батарейка: що таке професійне

	вигорання та як його попередити. URL:https://happymonday.ua/shho-take-profesijne-vygorannya [дата звернення: 15.10.2025]. 57. Романовська О. О. Синдром професійного вигорання в професійній діяльності викладача ВНЗ як психологічна і педагогічна проблема. URL:http://repo.uipa.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/5649/1/43.pdf.pdf [дата звернення: 15.10.2025]. 58. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Професійне вигорання у медичних працівників. URL: https://phc.org.ua/news/vigorannya-medpracivnykiv (дата звернення: 20.03.2024). 59. Verywellmind. Stress and burnout: symptoms and causes. URL: https://www.verywellmind.com/stress-and-burnout-symptoms-and-causes-3144516 60.Annualreviews.org.URL: https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev.psych.52.1.397 61. Чубук Р. В. Подолання синдрому професійного вигорання у майбутніх соціальних працівників. URL: https://lib.chmnu.edu.ua/pdf/naukpraci/sociology/2012/184-172-22.pdf [дата звернення: 15.10.2025]
Іноземні джерела (англомовні)	62. Annual Review of Psychology. (2001). Vol. 52, 397–422. 63. Bakker A. B., Leiter M. P. Work Engagement: A Handbook of Essential Theory and Research. 2010. 64. Bauer J., Stamm A., Virnich K. Correlation between burnout syndrome and psychological and psychosomatic symptoms among teachers. 2006. 65. Dan Pronk, Ben Pronk, Tim Curtis. The Resilience Shield: SAS, Science & Survival. 2021. 66. English for Psychologists. English for the Best Professionals. LangLover, 2023. 67. Fowler J., Fiani B., Kissling J. Correlation between burnout and optimism among resident physicians. Cureus, 2020. 68. Hakanen J. J., Roodt G. Work engagement. In: Bakker A. B., Leiter M. P. (Eds.). 2010. 69. Kaminski K. Compassion fatigue and burnout among healthcare workers: A review. 2020. 70. Khaustova O., Chaban O., Assonov D. Resilience and

	emotional state of healthcare workers in Ukraine during quarantine. 2020. 71. Kitsios F., Kamariotou M. Job satisfaction as a determinant of motivation. 2021. 72. Schaufeli W. B., Enzmann D. The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis. 1998. 73. Шведція Малагон-Агілера М., Суньєр-Солер Р., Бонматі-Томас А. та ін. Диспозиційний оптимізм, вигорання та їх зв'язок із самооцінкою стану здоров'я серед медсестер. 2020. 74. Циммерман М. А. Теорія стійкості. 2020. 75. Особистість в умовах суспільних трансформацій: становлення та розвиток: колективна монографія. 2018.

Додаток 1до розділу 3

Таблиця 3.1.

Структура та зміст програми психологічної профілактики вигорання та підвищення залученості

№ сесії	Тема заняття	Ключовий зміст і методи	Очікувані результати для учасників
1.	Вступ: вигорання vs. Залученість (усвідомлення проблеми)	Ознайомлення з поняттями вигорання та залученості. Обговорення результатів діагностики: кожен учасник отримує зворотний зв'язок щодо свого рівня вигорання (MBI) та залученості (UWES). Проведення групового обговорення, спрямованого на визначення типових професійних стресорів і основних проявів вигорання. Виконання вправи «Історія мого натхнення», у межах якої учасники діляться власними мотивами вибору професії та аспектами роботи, що приносять їм найбільше задоволення.	Формуванню внутрішньої мотивації до участі у програмі та усвідомленню значущості проблеми. Подолання стигматизації теми професійного вигорання через розуміння його поширеності та типовості серед фахівців. Посилення рефлексії щодо власних професійних цінностей та джерел натхнення.
2.	Стрес і релаксація (опанування технік саморегуляції)	Психоедукація про стрес: фізіологія стресу, «порочне коло» хронічного напруження і виснаження. Навчання простим технікам релаксації: дихальні вправи (діафрагмальне дихання, метод «хвилі»), м'язова	Учасники засвоюють конкретні прийоми швидкого відновлення сил і зниження напруги. Формується розуміння важливості регулярного відпочинку для запобігання виснаженню. Очікується

№ сесії	Тема заняття	Ключовий зміст і методи	Очікувані результати для учасників
		релаксація за Джекобсоном (скорочено), експрес-методи зняття напруги протягом робочого дня (1-хвилинні паузи, розтягування, зміна фокусу уваги). Практична частина: групове відпрацювання дихальної техніки та короткої релаксації; обговорення, де і коли учасники зможуть застосовувати ці навички на роботі. Домашнє завдання: практикувати щоденні «мікропаузи» релаксації на робочому місці.	суб'єктивне покращення самопочуття вже під час тренінгу (деякі відзначають, що «нарешті розслабилися»).
3.	Когнітивний копінг: подолання негативних думок (техніки CBT для роботи)	Обговорення поширених деструктивних когніцій у медичних працівників (зокрема переконань на кшталт «я недостатньо хороший лікар», думок про безвихідність ситуацій, схильності до самозвинувачення або негативного ярликування пацієнтів тощо). Проведення міні-лекції, присвяченої основам когнітивно-поведінкового підходу, з акцентом на взаємозв'язок між думками, емоціями та поведінкою. Виконання вправи «Виклик негативним думкам», у межах якої учасники, працюючи в малих підгрупах, аналізують приклади деструктивних висловлювань і формулюють альтернативні, більш	Учасники вчаться помічати та критично оцінювати свої автоматичні негативні думки, що сприяють вигоранню (наприклад, думки на кшталт «моя робота нікому не потрібна» або «пацієнти невдячні»). Засвоюють методики когнітивної саморегуляції, зокрема техніку оскарження негативних переконань і практику вдячності. Це закладає основу для більш оптимістичного та стійкого ставлення до робочих викликів.

№ сесії	Тема заняття	Ключовий зміст і методи	Очікувані результати для учасників
		реалістичні та збалансовані інтерпретації. Навчання технікам усвідомленого переривання негативного мислення та його заміни на конструктивні установки. Ознайомлення з практикою ведення журналу вдячності (gratitude journal), що передбачає щоденне фіксування трьох позитивних подій або моментів дня як ефективного способу зміщення уваги на позитивні аспекти життя та підвищення емоційного благополуччя.	
4.	Ресурси та баланс: відновлення енергії (профілактика виснаження)	Розгляд і аналіз поняття «професійні ресурси». Проведення групової вправи «Мої ресурси», у межах якої учасники визначають, які аспекти роботи надають їм енергію та задоволення, а які, навпаки, спричиняють виснаження; обмінюються ідеями щодо посилення «джерел відновлення» та зменшення енергетичних втрат. Обговорення значущості підтримання балансу між професійною діяльністю та особистим життям, а також ролі відновлення поза роботою. Практична частина присвячена опануванню навичок тайм-менеджменту: використанню методу «помідора», визначенню пріоритетів у виконанні завдань та розвитку здатності відмовлятися від надмірних вимог. Завершальним етапом є розробка індивідуального плану	Учасники отримують можливість усвідомити, які саме фактори у їхньому житті виступають ресурсними, а які, навпаки, спричиняють виснаження. Формується розуміння важливості турботи про власне здоров’я та необхідності відпочинку без відчуття провини. Засвоєні навички тайм-менеджменту сприяють більш ефективній організації робочого процесу, знижують рівень хаотичності та напруження, що пов’язані з ризиком вигорання. Завершення сесії передбачає розробку кожним учасником індивідуального плану дій, спрямованого на підтримання власного енергетичного ресурсу.

№ сесії	Тема заняття	Ключовий зміст і методи	Очікувані результати для учасників
		самовідновлення, у якому кожен учасник визначає конкретні дії, які планує впровадити (зокрема фізична активність, хобі, повноцінний сон, планування відпусток тощо).	
5.	Навички спілкування та підтримки (профілактика цинізму і деперсоналізації)	Розгляд феномену деперсоналізації: чому медики іноді «черствіють» і як цьому запобігти. Інтерактивна вправа: розігрування сценок «важкий пацієнт» – учасники в парах моделюють складні ситуації спілкування (пацієнт агресивний або надто вимогливий), після чого обмінюються ролями і відпрацьовують техніки емпатійного слухання, асертивної відповіді без агресії. Обговорення важливості колегіальної підтримки: як звертатися по допомогу до колег, ділитися емоціями. Міні-лекція про принципи ненасильницького спілкування на роботі. Колективне напрацювання «Правил підтримки в нашому відділенні» – учасники пропонують і фіксують правила типу «не	Учасники опановують комунікативні навички, які допомагають зберігати емпатійне ставлення до пацієнтів, водночас відстоюючи власні психологічні межі та не сприймаючи негативні реакції на особистий рахунок. Вони навчаються конструктивно висловлювати свої потреби й емоції у професійному середовищі, що сприяє зниженню рівня конфліктності та подоланню відчуття ізольованості. Спільне напрацювання правил взаємопідтримки сприяє підвищенню згуртованості колективу та створює підґрунтя для формування стабільного «підтримувального середовища», яке зберігатиметься і після завершення тренінгової програми.

№ сесії	Тема заняття	Ключовий зміст і методи	Очікувані результати для учасників
		боятися просити про підміну, якщо вигорів», «проводити раз на місяць командні зустрічі» тощо.	
6.	Відновлення професійного покликання (зміцнення відданості справі)	Переосмислення цінностей професії лікаря/медсестри. Вправа «Колесо мотивації»: учасникам пропонується розподілити 10 балів між різними джерелами мотивації (допомога людям, фінансова стабільність, визнання, професійний розвиток, командна взаємодія тощо), після чого обговорюються результати – хто які пріоритети бачить у своїй роботі. Групова дискусія «За що я ціную свою роботу»: кожен називає принаймні 3 позитивні аспекти своєї роботи (наприклад, «цікаві клінічні випадки», «можливість навчати молодших спеціалістів», «шанований статус у громаді» і т.д.). Психолог пропонує техніку ведення «щоденника успіхів» – регулярно записувати навіть незначні щоденні перемоги (вдало вилікуваний випадок, подяка від пацієнта, виконане	Ця сесія спрямована на підвищення відданості та гордості професією. Через дискусії та творчі завдання учасники актуалізують для себе позитивний зміст своєї роботи, згадують, чому обрали цю справу. В результаті очікується зростання внутрішньої мотивації: медики знову відчують значущість своєї діяльності для інших і для себе, що протидіє розвитку цинізму. Техніка «щоденника успіхів» допоможе закріпити це відчуття в повсякденній практиці, формуючи більш позитивну самооцінку професійних досягнень.

№ сесії	Тема заняття	Ключовий зміст і методи	Очікувані результати для учасників
		вчасно завдання). Завершальна вправа: створення символу командної гордості (наприклад, спільне виготовлення стінгазети або колажу «Наш колектив – найкращий, тому що…»).	
7.	Практики усвідомленості (mindfulness) у роботі (резілієнтність і концентрація)	Ознайомлення з концепцією mindfulness як здатністю перебувати в моменті «тут і тепер», зберігаючи зосередженість і внутрішній спокій у реагуванні на події. Розгляд наукових даних щодо ефективності практик усвідомленості у зниженні рівня стресу та профілактиці професійного вигорання. Практична частина передбачає первинне занурення в техніки mindfulness: проведення короткої медитації, спрямованої на усвідомлене дихання (5–7 хвилин), із подальшим обговоренням суб'єктивних відчуттів учасників. Також виконується вправа «Сканування тіла» у скороченому форматі (близько 5 хвилин).	Учасники здобувають початковий досвід майндфулнес-практик, що довели ефективність у підвищенні резілієнтності медиків та профілактиці вигорання. Навіть коротке знайомство з техніками усвідомленого дихання і сканування тіла демонструє їм можливість швидко заспокоїти розум і відновити концентрацію. Очікується, що частина учасників продовжить практикувати ці методики самостійно, що довгостроково сприятиме зниженню рівня стресу і підвищенню залученості (через краще занурення в поточні завдання).

№ сесії	Тема заняття	Ключовий зміст і методи	Очікувані результати для учасників
		Учасникам надаються рекомендації щодо впровадження практик усвідомленості у щоденну професійну діяльність, зокрема через використання коротких пауз для усвідомленого дихання між прийомами пацієнтів та уважне відстеження власного емоційного стану під час взаємодії. Додатково пропонуються ресурси для самостійної практики, включаючи мобільні додатки для медитації та спеціалізовану літературу.	
8.	Завершення програми: закріплення знань і план дій	Підсумковий етап програми включає: повторне коротке опитування або рефлексію для оцінки змін у стані учасників та визначення найбільш корисних методів; групову активність «Клубок підтримки» для обміну теплими словами та побажаннями з метою зміцнення командного духу та позитивного завершення; повторне нагадування про важливість	На фінальному етапі учасники усвідомлюють свій прогрес та закріплюють намір використовувати здобуті навички надалі. Відбувається підсумкова консолідація групи – формування неформальної мережі взаємопідтримки серед колег, які разом пройшли тренінг. Пам’ятки та обговорення досвіду дозволяють перенести здобуті знання за межі тренінгової

№ сесії	Тема заняття	Ключовий зміст і методи	Очікувані результати для учасників
		звернення по допомогу при ознаках вигорання з акцентом на доступні ресурси (психолог лікарні, колеги, гарячі лінії); роздачу пам’яток «Профілактика вигорання» з переліком технік та принципів, опрацьованих під час програми; анкетування для оцінки задоволеності учасників тренінгами; а також неформальне прощання, наприклад, спільне чаювання	кімнати, у реальне життя лікарні. Таким чином, програма завершується створенням основи для довготривалого ефекту – подальшого підтримання високої залученості та запобігання рецидивам вигорання.

Шановний голово, члени комісії, вашій увазі пропонується кваліфікаційна робота магістра Домбровська Леся Дмитрівна на тему «Взаємозв'язок захопленості роботою і професійного вигорання у співробітників»

Актуальність теми зумовлена тим, що дуже багато працівників мають професійне вигорання особливо ті хто дотично працюють з людьми особливо медичні працівники, це пливає на якість роботи а в медичних та емоційний стан. Н

Об'єкт дослідження – психологічні стани , пов'язані з працездатністю та емоційним станом працівника а саме захопленість роботою та професійним вигоранням .

Предмет дослідження – взаємозв'язок між захопленістю роботою та професійним вигоранням особистості

Мета дослідження полягає в тому щоб всебічно дослідити, як пов'язані між собою захопленість роботою та професійне вигорання, а також на основі отриманих результатів розробити дієві психологічні заходи, спрямовані на запобігання вигоранню та підвищення працездатності працівників.

Для досягнення мети дослідження в роботі поставлено такі **завдання**:

1. Проаналізувати сучасні наукові підходи до вивчення феноменів захопленості роботою та професійного вигорання в психології й розкрити їхній зміст та взаємозв'язок**.**
2. Провести емпіричне дослідження захопленості роботою та професійного вигорання у вибірці працівників, здійснивши їх вимірювання та аналіз отриманих показників.
3. Визначити характер і напрям взаємозв'язків між показниками захопленості роботою та професійного вигорання, а також психологічні чинники, що сприяють посиленню захопленості й зниженню ризику вигорання.
4. Розробити та впровадити програму психологічної профілактики професійного вигорання і підвищення захопленості роботою, обґрунтувати її теоретичні засади та оцінити ефективність запропонованих заходів.

Для розв’язання поставлених завдань було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів, а саме:

Аналіз наукової літератури, узагальнення та систематизація для об’єднання різних наукових поглядів, порівняння зокрема JD-R моделі також теоретичне моделювання для побудови концепції взаємозв’язку. В емпірично дослідженні методики опитувальника MBI для вимірювання стресу вигорання /UWES для оцінки захопленості роботою. Кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона), дисперсійний аналіз (ANOVA), регресійний аналіз для вивчення показників залученості роботою і рівень вигорання.

Вибірку досліджуваних склали 55 медичних працівників (лікарі та медичні сестри)

Відповідно до першого завдання було здійснено теоретичний аналіз наукових підходів до вивчення захопленості роботою та професійного вигорання. У роботі розкрито сутність цих феноменів, їх основні складові, а також показано, що захопленість роботою є позитивним ресурсним станом особистості, тоді як професійне вигорання виникає як наслідок тривалого професійного стресу. Також було обґрунтовано, що між цими явищами існує тісний обернений взаємозв’язок.

Відповідно до другого завдання було проведено емпіричне дослідження на вибірці 55 медичних працівників, серед яких були лікарі та медичні сестри. За допомогою методик MBI та UWES визначено рівні професійного вигорання і захопленості роботою. Отримані результати дали змогу встановити, що у частини респондентів спостерігаються прояви емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження відчуття професійної ефективності, а рівень захопленості роботою в досліджуваних є неоднорідним.

Відповідно до третього завдання було визначено характер взаємозв’язків між показниками захопленості роботою та професійного вигорання. Результати

кореляційного, дисперсійного та регресійного аналізу показали, що вищий рівень захопленості роботою пов’язаний із нижчим рівнем професійного вигорання. Зокрема, енергійність, відданість роботі та поглиненість діяльністю виступають важливими психологічними ресурсами, що знижують ризик розвитку вигорання.

Відповідно до четвертого завдання було розроблено та впроваджено програму психологічної профілактики професійного вигорання і підвищення захопленості роботою. Програма була побудована на сучасних підходах психологічної підтримки, розвитку саморегуляції, стресостійкості та особистісних ресурсів. Оцінка результативності програми засвідчила її ефективність, оскільки після впровадження було виявлено зниження показників вигорання та підвищення рівня захопленості роботою.

Висновок У ході виконання кваліфікаційної роботи було підтверджено що між захопленістю роботою та вигоранням існує обернений зв’язок. Встановлено що високий рівень залученості роботою виступає важливим психологічним рисурсом, який з нижує рівень розвитку вигорання. Розроблен програма профілактики довела свою ефективність, оскільки сприяла зниженню рівня вигорання та підвищеню залученості роботою.

Дякую за увагу!