m_educ_2025_159

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЧЕРНІВЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ЮРІЯ ФЕДЬКОВИЧА

Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи

Кафедра практичної психології

Особливості взаємозв'язку емпатійності та фасилятивного потенціалу медичних працівників різних ланок

Кваліфікаційна робота

Рівень вищої освіти – другий (магістерський)

Виконала:
студентка 2 курсу, 623 групи
Губарєва Тетяна Миколаївна
Керівник:
канд. психол. наук,
доц. **Гуцуляк Н. М.**

До захисту допущено
на засіданні кафедри
протокол № ___ від _____ 2024 р.
Зав. кафедри _____доц. Радчук В.М.

Чернівці – 2024

АНОТАЦІЯ

Губарєва Т.М. **Особливості взаємозв'язку емпатійності та фасилятивного потенціалу медичних працівників різних ланок**. Кваліфікаційна робота.

У сучасних умовах медична сфера вимагає від працівників не тільки високого професіоналізму, але й розвинутих комунікативних та емоційних навичок. Навички емпатії та фасилітації стають невід'ємною частиною їхньої роботи, сприяючи кращому взаєморозумінню з пацієнтами й підтримці ефективної командної роботи. У зв'язку з цим актуальним є виявлення взаємозв'язку рівня емпатії та фасилятивного потенціалу різних категорій медичного персоналу.

У теоретичному розділі розкрито концептуальні підходи до вивчення емпатії у різних напрямках психології, запропоновано структурно-динамічну модель її функціонування та визначено місце емпатії у психоемоційній сфері медичних працівників.

Проведене емпіричне дослідження спрямоване на з'ясування особливостей емпатійності та фасилятивного потенціалу середнього медичного й лікарського персоналу, на визначення специфіки взаємозв'язку даних феноменів. Доведено, що існують відмінності в особливостях взаємозв'язку емпатійності представників середнього медичного й лікарського персоналу та їх фасилятивного потенціалу. Підібрані нами техніки тренування емпатійних вмінь та фасилятивних навичок можуть бути використані в програмах підготовки медичних працівників для забезпечення ними кращої якості медичної допомоги та психологічної підтримки пацієнтів.

Ключові слова: емпатійність, фасилітація, фасилятивний потенціал, медичні працівники різних ланок, взаємозв'язок.

ABSTRACTS

Hubarieva T.M. **Peculiarities of the interrelation between empathy and facilitative potential among medical workers of different links.** Qualification work.

In modern conditions, the medical field demands not only high professionalism from its workers but also well-developed communication and emotional skills. Empathy and facilitation skills have become integral parts of their work, fostering better understanding with patients and supporting effective teamwork. In this context, it is crucial to explore the relationship between the levels of empathy and facilitative potential among various categories of medical personnel.

The theoretical section examines conceptual approaches to studying empathy across different branches of psychology. It presents a structural-dynamic model of its functioning and highlights the role of empathy within the psycho-emotional domain of medical workers.

The conducted empirical research focuses on identifying the characteristics of empathy and facilitative potential among nursing and medical staff and determining the specifics of the relationship between these phenomena. The study revealed differences in the relationship between empathy and facilitative potential among nurses and doctors. The training techniques for developing empathy and facilitative skills selected in this study can be applied in medical staff training programs to enhance the quality of medical care and provide better psychological support to patients.

Keywords: empathy, facilitation, facilitative potential, medical personnel at different levels, patient, interrelation.

m_educ_2025_159

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів наукових досліджень інших авторів мають посилання на відповідні джерела.

Т. М. Губарєва

ЗМІСТ

ВСТУП……6

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ РАКУРСИ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ ЕМПАТІЇ ТА СПЕЦИФІКИ ЇЇ ПРОЯВУ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ……10

1.1. Теоретичний аналіз проблеми емпатії в різних напрямках психології**…….10**

1.2. Структурно – динамічна модель функціонування емпатії**…….19**

1.3. Місце емпатії в системі психоемоційної сфери медичних працівників……**25**

РОЗДІЛ ІІ. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ: ХАРАКТЕРИСТИКА ВИБІРКИ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ……...33

РОЗДІЛ ІІІ. ПОРІВНЯЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЕМПАТІЙНОСТІ ТА ФАСИЛЯТИВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ У ПРЕДСТАВНИКІВ СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ТА ЛІКАРСЬКОГО ПЕРСОНАЛУ…….39

3.1. Дефінітивний аналіз поняття «фасилітація», специфіка її прояву у медичних працівників**……...39**

3.2. Порівняльний аналіз особливостей емпатійності та фасилятивного потенціалу медичних працівників різних ланок**……...48**

3.3. Індикація кореляційних зв'язків емпатійності та фасилятивного потенціалу представників середнього медичного та лікарського персоналу.**.....56**

3.4. Практичні рекомендації для медичних працівників: техніки тренування емпатійних вмінь та фасилятивних навичок **……..58**

ВИСНОВКИ……..67

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ ……70

ВСТУП

Актуальність теми. Емпатія є одним із ключових компонентів міжособистісної взаємодії, особливо в сферах, де взаємодія з людьми має вирішальне значення, зокрема, таких як медицина. Розвинена емпатійність сприяє більш чуткому відчуттю емоційного стану іншої людини, розумінню її переживання і виявленню співчуття. Емпатія допомогає формувати довірливі стосунки, покращує якість спілкування та чинить позитивний вплив на вирішення проблем пацієнтів. Вивчення емпатії вітчизняними й зарубіжними дослідниками підтверджує, що вона є важливим аспектом розвитку особистості, а такоє має вагоме значення для успішної професійної діяльності, особливо в медицині, де взаємодія з пацієнтом вимагає особливої чуйності та уважності.

Науково-обгрунтовані результати вивчення явища емпатії, як соціально-психологічного феномену окреслені у працях таких зарубіжних вчених, як: С. Гроф, Д. Гоулман, Г. Гарднер, В. Джеймс, Дж. Дьюї, Дж. Десеті, П. Джексон, А. Маслоу, Т. Робсон, К. Роджерс, З. Фрейд, В. Франкл, М. Ходжат, К. Юнг, тощо.

При цьому, суттєвий внесок у вивчення і дослідження цього психічного явища зробили і вітчизняні вчені, а саме: Я. Багрій, О. Безверхий, О. Брусенко-Кузнєцов, Т. Гаврилова, Л. Деркач, Л. Журавльова, Ю. Ірхін, М. Касинець, Ю. Ковалів, Л. Котлова, А. Корнєєва, І. Кузнецова, С. Максименко, М. Марусинець, Н. Матузаєва, Ю. Маєр, О. Міненко, Є. Тишкевич-Львова, Є. Троїцька, Г. Чуйко, Ю. Шайгородський, Н. Шикирава та інші.

Фасилітація також є важливим інструментом у сучасній медицині, адже вона допомогає створенню сприятливих умов для вирішення складних питань. У вітчизняній науковій літературі фасилітація набула широкого висвітлення через її важливість у контексті професійної діяльності медичного персоналу. Дослідження вітчизняних і зарубіжних вчених підкреслюють важливість впливу фасилітації на формування конструктивної взаємодії.

Найбільший внесок у вивчення фасилятивного потенціалу зробили такі зарубіжні вчені, як Дж. Браун, Дж. Дрейпер, Д. Ісаакс, С. Канер, С. Курц, Дж. Сильверман, Ф. Фанч, Е. Шейн. Щодо вітчизняних науковців, то наукове обґрунтування важливості фасилятивного потенціалу знаходимо у працях таких вчених: С. Андрейко, В. Бобух, Л. Волкова, О. Врубльовська, М. Гуцол, Г. Костюк, О. Левченко, І. Литвин, П. Лушин, О. Майер, Н. Матузаєва, О. Пушкіна, С. Ромашина, Є. Тишкевич-Львова, О. Шахматова та інші.

Значущий вклад у дослідження цього явища був зроблений вітчизняною вченою М. Казанжи. Науковиця акцентує увагу на важливості зв'язку емпатії та фасилятивності й зазначає, що це також було відображено в працях багатьох дослідників. Зокрема, вказувалось на емпатію як мотиваційний механізм допомоги - у тому числі й у розвитку людини, тобто фасилітації (М. Гофман, С. Нартова-Бочавер, Дж. Аронфрід, Б. Паскаль, К. Батсон та ін.), як структурний компонент певного виду фасилітації (І. Жижина), як складову готовності педагогів до здійснення фасилітативної діяльності (Н. Носова), як особистісну передумову фасилітації (О. Кондрашихіна), як базову фасилітаційну установку (К. Роджерс), як умову здійснення фасилітації (О. Орлов, М. Хазанова). Емпатія та фасилятивність також розглядались як зв'язані між собою психологічні феномени, що супроводжують прояви один одного (О. Шахматова, І. Шуніна, О. Врубльовська та ін.) тощо.

Вивчення взаємозв'язку емпатійності та фасилітації може сприяти глибшому розумінню, як взаємодія цих двох компонентів покращує комунікацію, підвищує ефективність командної роботи та як впливає на досягнення загальних цілей у професійній діяльності.

Зважаючи на недостатнє вивчення вищезазначеного взаємозв’язку, його соціального значення та постійну актуальність, було зроблено вибір теми кваліфікаційного дослідження **«Особливості взаємозв’язку емпатійності та фасилятивного потенціалу медичних працівників різних ланок».**

Об’єкт дослідження: емпатія як соціально-психологічний феномен.

Предмет дослідження: особливості взаємозв’язку емпатійності та фасилятивного потенціалу медичних працівників різних ланок.

Мета дослідження: теоретичне обґрунтування та емпіричне виявлення особливостей взаємозв’язку емпатійності та фасилятивного потенціалу представників середнього медичного й лікарського персоналу.

Гіпотеза дослідження: існують відмінності в особливостях взаємозв’язку емпатійності представників середнього медичного й лікарського персоналу та їх фасилятивного потенціалу.

Для досягнення мети дослідження та перевірки сформульованої гіпотези необхідно розв’язати такі **завдання**:

1) здійснити аналіз теоретичного осмислення понять «емпатія» та «фасилятивний потенціал» у наукових концепціях задля окреслення їх смислового навантаження;

2) визначити специфіку особливостей емпатійності та фасилятивного потенціалу у представників середнього медичного й лікарського персоналу;

3) охарактеризувати взаємозалежність емпатійності представників середнього медичного й лікарського персоналу та їх фасилятивного потенціалу;

4) розробити рекомендації щодо формування емпатійних здібностей та фасилятивних навичок медичних працівників різних ланок;

5) систематизувати та узагальнити опрацьований матеріал, сформулювати висновки.

Методи та методики дослідження. У процесі дослідження реалізовувався комплексний підхід, який передбачав поєднання наступних методів:

1) теоретичні - аналіз, синтез, узагальнення і систематизація концептуальних положень з досліджуваної проблеми;

2) емпіричні - тестування, зокрема методики: опитувальник «Шкала емоційного відгуку» (А. Меграбян, Н. Епштейн), методика діагностики рівня емпатійних здібностей (В. Бойко), методика «Діагностика рівня полікомунікативної емпатії» (І. Юсупов), тест-опитувальник фасилятивного потенціалу особистості (М. Казанжи);

3) методи математичної статистики та інтерпретації емпіричних даних (структурний метод).

Структура роботи: кваліфікаційна робота складається зі вступу, теоретичного розділу, двох практичних розділів, висновків та списку використаних джерел (55 найменуваннь). Робота викладена на 75 сторінках машинописного тексту, проілюстрована 6 рисунками та 3 таблицями.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ РАКУРСИ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ ЕМПАТІЇ ТА СПЕЦИФІКИ ЇЇ ПРОЯВУ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1. Теоретичний аналіз проблеми емпатії в різних напрямках психології

Теоретичний аналіз проблеми емпатії є надзвичайно важливим у багатьох напрямках психології і це підтверджується чисельними дослідження, які були виконані як західними, так і вітчизняними дослідниками у цій галузі. Багато науковців розглядали емпатію як складний психологічний феномен, що охоплює численні аспекти емоційних переживань і когнітивних процесів, пов’язаних із розумінням й співпереживанням емоцій інших людей. У межах різних психологічних напрямків емпатія аналізується з різних ракурсів, що сприяє глибшому розумінню її природи та механізмів.

У класичній психології емпатія розглядається як важлива складова міжособистісних стосунків, яка істотно впливає на соціальну взаємодію та емоційну близькість між людьми. Якщо посилатися до робіт В. Джеймса та Дж. Дьюї, емпатія є складним психологічним феноменом, який включає як афективні, так і когнітивні аспекти. В. Джеймс підкреслював, що емпатія дозволяє людині відчувати ті ж емоції, що й інша людина, тим самим створюючи глибокий емоційний зв’язок. На його думку, цей досвід включає не тільки здатність до емоційного резонансу, але й когнітивну здатність розуміти й інтерпретувати емоційні стани інших [13]. Дж. Дьюї, у свою чергу, розглядав емпатію як соціально значущу навичку, що сприяє інтеграції особистості в соціальні структури. Вчений наголошував, що емпатія допомагає не лише в особистих стосунках, а й у ширшому соціальному контексті, сприяючи гармонії та співпраці індивідів між собою у суспільстві [14]. Тож, емпатія в класичній психології виступає як механізм, що забезпечує соціальну згуртованість і підтримку, що є ключем для виживання й розвитку суспільства.

Слід відмітити, що з теоретичної точки зору класична психологія розглядає емпатію як інтегративний процес, що поєднує в собі емоційний і когнітивний компоненти. Ця позиція підтверджується дослідженнями в галузі соціальної та когнітивної психології, які свідчать про важливість емпатії в міжособистісних стосунках, а саме:

1. Дослідження Д. Гоулмана: науковець відомий своїми науковими працями з емоційного інтелекту, в яких наголошує на важливості емпатії. У своїх дослідженнях психолог доводить, що емпатія є одним із ключових компонентів емоційного інтелекту, який допомагає будувати ефективні та здорові міжособистісні стосунки [8; 45].

2. Г. Гарднер у своїх дослідженнях (1983р.) запропонував теорію множинного інтелекту, яка представляє інтелект як набір різних специфічних (переважно сенсорних) здібностей, а не як єдину загальну здатність. Зокрема, вчений звертає увагу на соціальний інтелект, який включає емпатію як один із ключових компонентів. Г. Гарднер підкреслює, що когнітивні здібності є багатогранними, а зв’язок між ними зазвичай дуже слабкий [46].

У психоаналітичному підході, заснованому на роботах З. Фрейда, емпатія розглядається як фундаментальний механізм, що забезпечує глибоке розуміння несвідомих переживань пацієнта. Я. Багрій стверджує, що З. Фрейд визначав емпатію як здатність терапевта проникати в несвідомі аспекти психіки пацієнта, завдяки чому можливо виявити приховані емоційні конфлікти і мотивації. Це досягається шляхом активного слухання, тлумачення символів та аналізу сновидінь, що сприяє розкриттю глибинних психологічних процесів. Емпатійне розуміння має вирішальне значення для створення терапевтичного альянсу, необхідного для успішної психоаналітичної терапії [2].

Такі психоаналітики, як К. Юнг і А. Фрейд, розширили розуміння емпатії, підкресливши її важливість у досягненні пацієнтом інсайту. Інсайт у психоаналітичному контексті означає усвідомлення пацієнтом своїх несвідомих

процесів і внутрішніх конфліктів, що сприяє їх подальшій обробці та інтеграції у свідому психіку. Емпатія дає терапевту можливість створити сприятливе середовище, в якому пацієнт відчуває себе достатньо безпечним, щоб відкрито досліджувати свої глибокі емоційні переживання.

Психоаналітичний підхід також підкреслює діалектичну природу емпатії. Терапевт, сприймаючи емоції пацієнта, одночасно відображає його власні емоційні реакції, що дозволяє глибше зрозуміти взаємодію свідомого і несвідомого. Така взаємодія сприяє побудові більш ефективної терапевтичної стратегії, що враховує як індивідуальні особливості пацієнта, так і динаміку його несвідомих процесів [41].

На думку Т. Робсона, теоретичний аналіз проблеми емпатії в психоаналізі також включає дослідження патологій емпатичних здібностей, таких як алекситимія, коли пацієнти відчувають труднощі з розпізнаванням і вираженням своїх емоцій. Психоаналітики вивчають, як дефіцит емпатії може вплинути на психопатологію та як терапевтична робота з емпатією може сприяти емоційному зціленню [34].

Підсумовуючи, можемо сказати, що теоретичний аналіз проблеми емпатії в психоаналізі показує, що емпатія розглядається як ключовий механізм, який забезпечує глибоке розуміння внутрішнього світу пацієнта і сприяє терапевтичній трансформації, допомагаючи пацієнту досягти розуміння та емоційного зцілення.

Дж. Десети та П. Джексон запропонували інший погляд на емпатію в цілому. Нейронауковці розглядають емпатію, як модель, яка включає у свою структуру паралельну та розподілену обробку в ряді роз'єднаних обчислювальних механізмів. На думку вчених, емпатія пояснює природне суб’єктивне переживання різних почуттів, які є доволі вираженими та пов’язаними між собою. Емпатія передбачає не тільки афективне переживання фактичного чи передбачуваного емоційного стану іншої людини, але й певне

мінімальне визнання та розуміння емоційного стану іншого індивіда. Враховуючи багато рівнів аналізу, починаючи від психології розвитку, соціальної психології, когнітивної нейронауки та клінічної нейропсихології, вчені дійшли висновку, що спільні нейронні репрезентації, самосвідомість, розумова гнучкість і регуляція емоцій складають основні макрокомпоненти емпатії, які підкріплені специфічними нейронними системами. Згідно із їхніми поглядами, ця функціональна модель може бути використана для того, щоб зробити конкретні прогнози щодо різних дефіцитів емпатії, які можуть виникнути при різних формах соціальних і неврологічних розладів [44].

Ю. Ковалів [18] зауважує, що у гуманістичній психології вчені розглядають емпатію як фундаментальний компонент терапевтичного процесу та міжособистісних стосунків, що сприяє особистісному зростанню й самореалізації. Психологи-гуманісти А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл, Ш.Бюлер, С. Джурард та ін. підкреслюють, що здатність до емпатії є основою розвитку гармонійних міжособистісних стосунків, сприяючи кращому розумінню та підтримці між людьми. Це допомагає сформувати більш гуманний і співчутливий соціальний контекст, що відповідає основним цілям гуманістичної психології [35; 36].

А. Корнєєва у своїй праці посилається на К. Роджерса, який вважав емпатію ключовою умовою терапевтичного процесу. К. Роджерс визначав емпатію як здатність терапевта спрямовувати увагу на переживання клієнта, які охоплюють його почуття, думки, поведінкові реакції, фантазії, образи та тілесні відчуття, що клієнт осмислює в процесі терапії. Емпатія, таким чином, стає виразом безумовного позитивного ставлення до іншої людини. А. Корнєєва зазначає, що К. Роджерс вперше сформулював поняття емпатії у 1957 році, але з часом його визначення зазнавало змін у процесі розвитку клієнтоцентрованої теорії та практики. Спочатку К. Роджерс описував емпатію як стан, але пізніше розглядав її як процес. На його думку, емпатія означає проникнення в суб’єктивний світ іншої людини та його сприйняття як власного. [19].

Гуманістичний підхід також наголошує на інтерактивній природі емпатії. К. Роджерс вважав, що терапевт повинен не тільки розуміти емоції клієнта, але й активно демонструвати це розуміння через вербальне і невербальне спілкування. Саме такий підхід, на його думку, допомагає клієнту відчути, що його досвід є важливим і зрозумілим, що сприяє зниженню психологічних бар'єрів і відкриттю нових можливостей для особистісного зростання.

О. Брусенко-Кузнєцов звертає увагу, що когнітивна психологія, кардинально відрізняється від попередніх, щонайменше двома ключовими моментами: 1) передбачає застосування наукового методу і в цілому відкидає самоспостереження як дійсний метод дослідження, на відміну від феноменологічних підходів, таких як фрейдистська психологія; 2) чітко визнає існування внутрішніх психічних станів (наприклад, переконань, бажань і мотивацій), що відрізняє її від біхевіористської психології [3].

Враховуючи ці відмінності й спираючись на праці Д. Броадбента, найвідоміша з яких «Сприйняття і процес передачі інформації», С. Максименко, Ю. Ірхін, Л. Деркач, М. Марусинець, М. Касинець виявили, що когнітивна психологія приділяє особливу увагу когнітивним аспектам емпатії, досліджуючи її як процеси мислення, сприйняття та обробки інформації, які мають вплив на здатності індивіда. Згідно з когнітивним підходом, емпатія не обмежується емоційним резонансом, а включає складні когнітивні процеси, які дозволяють людині розуміти та передбачати емоційні стани інших.

Вчені погоджуються із дослідниками у когнітивній сфері Р. Фрейджер, Дж. Фрейдимен, К. Лоренц та Д. Кемпбелл, що когнітивні моделі емпатії також виконують роль виконавчих функцій, таких як увага, оперативна пам’ять і когнітивна гнучкість у формуванні емпатичних відповідей. Здатність до емпатії вимагає ефективного управління увагою, щоб зосередитися на емоційних сигналах інших, а також здатності зберігати та маніпулювати цією інформацією в оперативній пам’яті для правильної інтерпретації. Когнітивна гнучкість дозволяє адаптувати відповіді на основі змін у контексті соціальної взаємодії.

Крім того, С. Максименко, Ю. Ірхін, Л. Деркач, М. Марусинець, М. Касинець додають, що за визначенням К. Шеннона, нейрокогнітивна основа емпатії вказує на важливість певних структур мозку, таких як передня поясна кора, префронтальна кора та система дзеркальних нейронів. Діяльність цих сфер пов'язана з обробкою соціальної інформації, розпізнаванням емоцій і прийняттям точки зору інших людей. Зокрема, система дзеркальних нейронів відіграє важливу роль у здатності наслідувати та розуміти емоційні стани інших шляхом спостереження за їхньою поведінкою.

Науковці також наголошують, що когнітивна психологія також вивчає вплив культурних і соціальних факторів на розвиток і прояв емпатії. Культурні норми та цінності можуть впливати на те, як люди сприймають емоції інших і реагують на них, а також на ступінь розвитку когнітивних навичок, пов’язаних із емпатією [27].

Розглядаючи емпатію у такій нестандартній галузі, як трансперсональна психологія, не можемо не прийняти висновків дослідників, які говорять, що саме ця галузь вивчає духовні та трансцендентальні аспекти людського досвіду й розглядає явище емпатії не лише в контексті міжособистісних взаємодій, а й як більш глибокий, духовний феномен. Теоретичний аналіз емпатії в цьому напрямку зосереджується на її ролі в досягненні вищих станів свідомості, розвитку особистості та зв'язку з універсальним полем свідомості. Найбільш відомим і значущим представником даної течії є американський психолог і психіатр С. Гроф, який приділив тридцять років вивченню змінених станів свідомості. Дослідження вченого показують, що ці стани можуть посилювати емпатичні здібності, розширюючи межі свідомого сприйняття та сприяючи глибшому розумінню інших людей і всього Всесвіту. Ці дослідження підкреслюють важливість інтеграції емпатичних переживань у контексті особистого та духовного розвитку [10].

Аналізуючи наукову працю О. Безверхого, бачимо, що у трансперсональній психології підкреслюється, що емпатія може служити

мостом до переживання єдності з іншими людьми та навколишнім світом. Цей досвід, відомий як трансперсональна емпатія, виходить за рамки звичайної емоційної емпатії та включає глибоке відчуття зв'язку з усіма живими істотами та усвідомлення спільності людського досвіду. Таке розуміння емпатії сприяє почуттю єдності, яке лежить в основі багатьох духовних традицій.

Дослідник зауважує, що С. Гроф розглядав емпатію в трансперсональній психології також як важливий механізм особистісної трансформації. Здатність до глибокої емпатії дозволяє людині вийти за межі власного «его», розширити свою обізнаність і розвинути глибше розуміння себе та інших. Цей процес сприяє розвитку духовної мудрості, співчуття та альтруїзму, які є ключовими складовими особистого та духовного зростання [4].

Крім того, трансперсональна психологія наголошує на важливості емпатії в контексті екопсихології, яка є доволі новою галуззю, де вона розглядається як засіб досягнення гармонії з природою. Ю. Шайгородський говорить про співчуття до світу природи, що сприяє розвитку екологічної свідомості та відповідальності, які є важливими для сталого розвитку й збереження екосистем. Такий підхід розширює традиційні уявлення про емпатію, охоплюючи не тільки людей, а й все живе і неживе на планеті [40].

Щодо вітчизняної психології, то О. Міненко у своїй науковій роботі зазначає, що серед вітчизняних дослідників поняття емпатії вперше було розглянуто у працях Т. Гаврилової. Науковиця виділяє два типи емпатійних переживань: співпереживання та співчуття. Співпереживання вона вважає більш простою і базовою формою емпатії, тоді як співчуття є складнішою. Це, на думку авторки, пояснюється різницею у мотиваційній основі: співпереживання має егоїстичний характер і ґрунтується на власному минулому досвіді, орієнтуючись на особисті інтереси та благополуччя. Натомість співчуття є альтруїстичним і базується на розумінні потреб та інтересів іншої людини, пов'язаних із її неблагополуччям. О. Міненко також підкреслює важливу роль механізму ідентифікації, який Т. Гаврилова вважає ключовим у

процесі емпатії. Завдяки цьому механізму встановлюється емоційний зв'язок між суб’єктом і об’єктом емпатії, а переживання іншої людини сприймаються як власні [28].

Г. Чуйко у своїй статті посилається на думку Є. Троїцької, яка зазначає, що основою емпатії є не лише емоційне зараження, а й здатність розуміти почуття та думки іншої людини. Це завдання спрощується за умов подібності чи знайомства між людьми. Крім того, науковиця акцентує увагу на твердженні Т. Пашукової, яка підкреслює важливість уяви в емпатійному сприйнятті. Уява допомагає компенсувати брак інформації, оскільки для розуміння характеру та причин переживань об’єкта емпатії недостатньо лише отриманих вербальних чи невербальних сигналів. При цьому зазначається, що у випадку емпатії уява та уявлення зазвичай виникають мимовільно, хоча для деяких людей важливішим може виявитися саме інтуїція.

Л. Журавльова трактує емпатію як особливу форму психічного відображення об’єктивної реальності, яка здійснюється через внутрішній світ суб’єкта (емпата). Вона пояснює, що емпатія полягає у відображенні суб’єктом переживань іншої людини та їх подальшій трансформації у власний досвід. [15].

У. Михайлишина та Н. Пребуш звертають увагу на думку В. Бойка, який у структурі емпатії виділяє три основні канали:

-раціональний канал — передбачає спрямованість уваги, сприйняття й мислення емпатійної особистості на іншу людину, її стан, проблеми та поведінку. Він проявляється через спонтанний інтерес до іншої людини, що відкриває «двері» для емоційного й інтуїтивного відображення;

-емоційний канал — визначає здатність людини встановлювати емоційний зв’язок із оточуючими, співпереживати та проявляти співучасть. Емоційна чутливість слугує засобом гармонійного «налаштування» на енергетичне поле іншого;

-інтуїтивний канал — дозволяє людині розпізнавати поведінкові сигнали партнерів і діяти за умов недостатньої інформації, спираючись на підсвідомий досвід.

Науковці підкреслюють, що, на думку В. Бойка, емпатія є унікальною формою взаємного відображення, в якій емоційна чуйність, інтуїція та раціональне сприйняття відіграють ключові ролі. Емпатія дозволяє не лише розуміти, а й відчувати мотиви, сенс вчинків іншої людини, її інтереси чи байдужість, причини брехні або щирості, а також цілі. Таким чином, В. Бойко розглядає емпатію як синтез раціонального, емоційного та інтуїтивного відображення іншої особи, що допомагає подолати її психологічні бар'єри, зрозуміти причини й наслідки поведінки для прогнозування й відповідного впливу. Здатність до емпатії залежить від емоційного потенціалу, реактивності та активності особистості. Однак вона знижується навіть при незначних порушеннях інтелектуальної сфери [33].

Ю. Маєр підтримує позицію І. Юсупова, який визначає емпатію як цілісний феномен, що об'єднує свідомі та підсвідомі аспекти психіки. Її основною метою є «проникнення» у внутрішній світ іншої людини. Одним із ключових елементів емпатійного процесу є емпатійне розуміння, яке має свої особливості. Воно формується як результат соціалізації особистості та виникає завдяки взаємодії афективних, когнітивних і поведінкових компонентів.[30]. Л. Котлова та Н. Шикирава у своїй статті трактують співчуття та співпереживання як форми емпатії. Науковиці зазначають, що співчуття та співпереживання рідко проявляються в «чистому» вигляді, як правило, під час переживання співчуття може проявлятися співпереживання, а під час співпереживання – співчуття. Проте, вони констатують, що одна з форм прояву емпатії все таки є домінуючою [20].

Можемо підсумувати, що аналіз проблеми емпатії в класичній психології показує, що це явище є багатогранним і складним, включаючи емоційний і когнітивний компоненти, які взаємодіють, обумовлюючи глибоке розуміння і

співпереживання емоціям інших людей. Класична психологія наголошує на важливості емпатії як для розвитку особистості, так і для соціальної взаємодії, роблячи її центральним предметом дослідження в контексті міжособистісних стосунків.

Також можемо зробити висновок, що аналіз проблеми емпатії в трансперсональній психології розширює традиційне розуміння цього феномену, включаючи духовні, екологічні та трансцендентальні аспекти. Емпатія розглядається як багатовимірний процес, який сприяє особистісному зростанню, духовному розвитку та гармонії з природним світом. Трансперсональний підхід підкреслює, що емпатія є ключовим елементом у досягненні глибокої особистісної й духовної трансформації, сприяючи розвитку почуття єдності та взаємозв'язку з усім існуючим.

Щодо вітчизняних науковців можемо узагальнити, що проблема емпатії активно вивчається, як важлива складова міжособистісної взаємодії, про що свідчить чисельна кількість наукових праць і досліджень. Вивчення емпатії є важливою проблемою, яка охоплює і теоретичні аспекти, і практичні дослідження її значущості в різних сферах життя людини.

1.2. Структурно–динамічна модель функціонування емпатії

Структурно-динамічна модель функціонування емпатії відображає комплексний підхід до розуміння емпатії, як багатокомпонентного процесу, що змінюється та розвивається в часі під впливом різноманітних факторів. Дана модель дозволяє розглядати емпатію не тільки як стійку психологічну характеристику, а й як динамічний процес, який формується і проявляється в різних ситуаціях.

На думку Л. Журавльової, емпатія є складною, багатовимірною та ієрархічно структурованою системою. Відображення переживань та їх трансформація можуть мати різні рівні складності, які включають:

неусвідомлений (фізіологічний) рівень, частково усвідомлений (психофізіологічний), усвідомлений (соціопсихологічний) і надсвідомий (духовний) [15].

У своїй статті Л. Котлова та Н. Шикирава наголошують, що розвинена емпатія є важливим чинником успішного професійного становлення в багатьох видах діяльності [20].

Як зауважує Л. Журавльова, емпатія, як і будь-яке інше психічне явище, має процесуальний характер, а дослідження будь-якого психічного процесу розкриває його фазність. Якщо ж розглядати структурно-динамічну модель функціонування емпатії, то вона описує різні компоненти та етапи цього процесу, відображаючи, як емпатія розвивається й проявляється в міжособистісних взаємодіях. Ця модель включає різні аспекти емпатії та базується на численних дослідженнях і теоріях, запропонованих провідними вченими [16].

У когнітивному компоненті структурно-динамічної моделі, який передбачає здатність розуміти емоційні стани інших людей, їх причини та мотивації, найбільш значущими є роботи Ж. Піаже. У теорії когнітивного розвитку вчений описав, як діти розвивають здатність сприймати та розуміти думки та почуття інших людей. Дана теорія також відома своєю структурою, що включає чотири окремі стадії, кожна з яких характеризується унікальним набором когнітивних здібностей. Ці стадії, як засвідчили подальші дослідження, не є універсальними чи незмінними, оскільки залежать від індивідуальних особливостей розвитку. Діти можуть досягати цих характеристик у різному віці:

1. Сенсомоторна стадія (від народження до приблизно двох років): на цій початковій стадії діти починають розуміти постійність об'єктів, тобто усвідомлюють, що об'єкти існують навіть тоді, коли їх не видно. Вони також демонструють кругові реакції, повторюючи дії, які викликають зацікавлення.

2. Передопераційна стадія (від двох до семи років): характеризується егоцентризмом, через який дітям важко уявити точку зору інших. На цій стадії вони починають опановувати концепцію збереження — розуміння, що деякі властивості об'єктів залишаються незмінними, навіть якщо їхній зовнішній вигляд змінюється.

3. Конкретна операційна стадія (від семи до одинадцяти років): цей період характеризується здатністю логічно мислити в конкретних ситуаціях. Діти починають виконувати операції, пов’язані з поняттями оборотності та класифікації.

4. Формальна операційна стадія (приблизно з одинадцяти років): на цій стадії розвивається абстрактне мислення та здатність до гіпотетичних міркувань. Люди починають вирішувати складні проблеми та аналізувати можливі майбутні сценарії. Ж. Піаже вважав, що когнітивний розвиток є основою для розвитку емпатії, оскільки він дозволяє дітям зрозуміти, що інші можуть мати думки та емоції, відмінні від їхніх власних [51; 52].

Емоційний компонент емпатії включає здатність відчувати емоції, подібні до тих, які переживає інша людина.

М. Гоффман розробив теорію емпатичного розвитку, в якій описав різні стадії розвитку емпатійних реакцій у дітей. Вчений вважав, що емоційні реакції є основою розвитку емпатії та моральної поведінки. Наукові праці М. Гоффмана, насамперед, зосереджуються на розвитку емпатії та її зв’язку з моральним розвитком, який він визначає як «повагу людей до інших». Його дослідження також торкаються таких сфер, як емпатичний гнів, співчуття, провина та почуття несправедливості. Науковець наголошував на психосоціальних аспектах розвитку емпатії, а не на поведінково-когнітивних і генетичних аспектах.

У роботі професора «Емпатія та моральний розвиток» розглядаються типи упереджень, які можуть вплинути на емпатію та моральні дії.

Саморуйнівні та самообмежуючі якості емпатії досліджуються та інтегруються в дарвінівський спосіб. М. Гоффман стверджує, що мораль, заснована лише на емпатії, не була б справедливою у великих змішаних або великих людських групах і призвела б до упередженості та конфлікту. Щоб мирно жити разом, необхідно, щоб емпатія була вбудованою в моральні принципи. Вчений показує, як емпатія (афект) стає пов'язаною або зв'язаною з моральними принципами (когнітивного та соціального походження) у міру розвитку особистості. Синтез цих понять потужно використовується для пояснення збереження соціальних атрибутів турботи та справедливості в суспільстві [9].

Мотиваційний компонент емпатії включає мотиви, які спонукають людину до емпатійних дій.

Д. Батсон, відомий своїми дослідженнями альтруїзму, припустив, що емпатія може спонукати людей допомагати іншим із альтруїстичних причин. Дослідник розробив концепцію емпатично-альтруїстичної гіпотези, яка пояснює, як емпатія може викликати безкорисливі дії на благо інших [5].

Г. Чуйко наступним чином описує бачення Д. Батсона: «Д. Батсон, визначивши два основні питання, які стосуються емпатії (як хтось може знати, що думає чи переживає інший, та що спонукає одну людину відповідати з чутливістю та турботою на страждання іншої?), і які окремі вчені вважають непов'язаними, та пояснивши, що відповіддю на перше є те, що ми уявляємо себе у ситуації іншої людини і «прочитуємо» її внутрішній стан, виходячи з нашого власного (наших переживань), а на друге – те, що емпатійні почуття до інших людей (такі, як симпатія, співчуття, ніжність і схожі) зменшують страждання людей, до яких відчувають емпатію, виділив вісім взаємопов'язаних, але різних феноменів, що стосуються емпатії:

1) знання внутрішнього стану іншої людини, включаючи її думки та почуття;

2) «прийняття» стану іншої людини чи реакція нервової системи у відповідь на ту, що проявляється в іншої людини;

3) переживання тих самих почуттів, що й інша людина;

4) інтуїтивне відчуття ситуації чи проектування себе в неї;

5) передбачання, як почувається і що думає інша людина;

6) уявлення себе (своїх думок та почуттів) в аналогічній ситуації (на місці іншого);

7) співчуття до людини, яка страждає;

8) посилення співчуття до тих, хто страждає [38, с. 3].

В. Зливков і С. Лукомська, спираючись на теорію соціальних норм Е. Гоулднера та дослідження Д. Батсона, розглядають альтруїстичну поведінку як дотримання суспільних правил, що регулюють взаємодію між людьми. Автори виділяють два типи альтруїзму: взаємний і справжній.

1. Взаємний альтруїзм: проявляється в тому, що людина допомагає тим, хто раніше допоміг їй. Якщо ж допомогти неможливо, виникає почуття провини. Цей тип альтруїзму особливо помітний у ситуаціях, коли добрі вчинки стають публічно відомими, отримуючи схвалення суспільства.

2. Справжній альтруїзм, навпаки, визначається нормою соціальної відповідальності, яка мотивує надавати допомогу незалежно від очікування взаємності. У цьому випадку процес допомоги часто не супроводжується приємними емоціями, а є результатом виконання морального обов'язку [17].

Поведінковий аспект емпатії охоплює реальні дії, які людина здійснює у відповідь на емоційні стани інших.

Аналізуючи праці К. Роджерса, А. Корнєєва зазначає, що в них підкреслювалася важливість емпатичного слухання та відображення емоцій у терапевтичному контексті. Вчений вважав, що активне слухання і вираження емоцій сприяють створенню довірчих відносин між терапевтом і клієнтом, що є ключем до успішного терапевтичного процесу [19].

Соціальний аспект емпатії відображає, як емпатія функціонує в соціальному контексті, впливаючи на міжособистісні стосунки та соціальні взаємодії.

У дисертаційному дослідженні М. Байда описує, як Е. Аронсон досліджував, як членство в групі та взаємодія між членами групи можуть впливати на рівень емпатії. Науковець виявив, що в групах, де цінується співпраця та взаємопідтримка, рівень емпатії серед членів групи зростає. Наприклад, проводячи експерименти в аудиторіях, вчений використовував техніку «Педагогічна мозаїка», яка вимагала від учнів спільної роботи для досягнення спільної мети. Це призвело до підвищення рівня емпатії між учнями, оскільки вони змогли побачити ситуації з різних точок зору та розвинути почуття спільності [6].

Слід відмітити, що Е. Аронсон також досліджував, як соціальні норми впливають на розвиток емпатії. Дослідник показав, що в суспільствах або групах, де соціальні норми підкреслюють важливість взаємодопомоги та підтримки, рівень емпатії серед індивідів вищий. Його дослідження показали, що коли люди бачать приклади емпатичної поведінки в інших, то вони стають більш схильними виявляти емпатію самі. Одним із найвідоміших експериментів науковця є «клас головоломок», де студенти різного етнічного походження працювали разом у групах, щоб виконати завдання, кожна з яких мала унікальну інформацію, необхідну для виконання завдання. Цей прийом допоміг розвинути емпатію та зменшити упередження, оскільки студенти почали сприймати своїх однокласників як партнерів, а не суперників [42].

Також, описуючи соціальний аспект емпатії, слід окреслити таке вагоме дослідження Дж. Дарлі та Б. Латана, як «ефект стороннього спостерігача». Д. Майерс у своїй книзі описує ці дослідження і показує, як соціальний контекст може впливати на емпатійні реакції та поведінку допомоги. Вчений підкреслює, що дослідники провели серію експериментів, які виявили один із найсильніших і найбільш повторюваних ефектів у соціальній психології. У проведеному

експерименті учасник діє або один, або з групою людей. Перед ними розігрується надзвичайна ситуація і дослідники оцінюють, скільки часу знадобиться учасникам, щоб втрутитися, якщо вони це зроблять. Наприклад, в одному з експериментів учасникам довелося допомогти на вулиці незнайомій жінці, яка почувалася погано. 70% учасників, які були одні, зголосилися допомогти після того, як побачили, що вона впала і їй дуже погано. Але в тому ж експерименті, де були представлені інші люди на вулиці, лише 40% пропонували допомогу. Таким чином, вони виявили, що наявність інших спостерігачів може знижувати ймовірність надання допомоги в надзвичайних ситуаціях [49].

Підсумовуючи вищесказане, можемо зробити висновок, що структурно-динамічна модель емпатії базується на синтезі різних аспектів, забезпечуючи комплексний підхід до розуміння емпатії, як складного та багатовимірного явища. Це дозволяє враховувати, як внутрішні психологічні процеси, так і зовнішні соціальні контексти, які впливають на розвиток і прояв емпатії. Ця модель важлива для розуміння ролі емпатії в міжособистісних взаємодіях, професійній діяльності та соціальній поведінці.

1.3. Місце емпатії в системі психоемоційної сфери медичних працівників

Емпатія відіграє важливу роль у професійній діяльності медичних працівників і є невід'ємною складовою їхньої психоемоційної сфери. В умовах медичної практики вміння розуміти та відчувати емоційні стани пацієнтів допомагає будувати довірливі стосунки, підвищує якість обслуговування й лікування, а також знижує ризик професійного вигорання у самих медичних працівників.

Н. Матузаєва, посилаючись на І. Кузнецову, визначає емпатійну культуру як інтегративне системне утворення, яке включає ряд здібностей, як-от:

гуманне ставлення до іншої людини, здатність емоційно проникати в переживання інших та реагувати на них, вміння слухати та вникати в стан іншого, а також діяти, прагнучи допомогти. Емпатія також включає психічний стан, у якому переважає емоційне залучення та розподіл переживань із іншою особистістю. Це процес, що включає емоційну ідентифікацію, особистісну рефлексію, моральну свідомість, а також здатність «входити» в світ іншої людини так, як якщо б ти перебував там вдома. Крім того, емпатійна культура є механізмом комунікації, що допомагає досягти гармонії в взаємодії.

Вчена також зазначає, що етичний кодекс медичної сестри України підкреслює важливість цієї професії в суспільстві. У передмові Кодексу професійної етики зазначено: «Для тих, хто тільки вступає в цю професію, Етичний кодекс визначає основні моральні обов'язки щодо догляду за пацієнтами і може бути джерелом для освіти та роздумів; для тих, хто вже працює, Кодекс є основою для самооцінки та відповідального ставлення до своїх дій» [31].

І. Гусакова підкреслює, що в сучасній психології зазвичай застосовується інтегративний підхід до розуміння емпатії як складного соціально-психологічного феномену, який безпосередньо пов'язаний з процесом соціалізації. Формування емпатії залежить від таких факторів, як виховання, індивідуальний досвід спілкування та особливості міжособистісних відносин. У медичному контексті термін "емпатія" має особливе значення: "клінічна емпатія" розуміється як здатність адекватно сприймати внутрішні психічні процеси пацієнта, пов'язані з його проблемами зі здоров'ям. Вчена зазначає, що К. Степиен та А. Бьорнштерн описують клінічну емпатію не лише як розуміння емоцій пацієнта, але і як втілення цього розуміння у відношенні до нього. Вона також додає, що, за словами С. Меркера, клінічна емпатія включає в себе такі складові:

-здатність зрозуміти стан пацієнта, його емоції;

-здатність комунікувати з пацієнтом для точного розуміння його психічного стану та перевірки правильності цього розуміння;

-здатність діяти відповідно до розуміння психічного стану пацієнта, вибираючи терапевтичний підхід [11].

Якщо звертатися, до праць зарубіжних вчених, то С. Марсер підкреслює, що емпатія — це складне багатовимірне явище, яке містить моральні, когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти. На його думку, клінічна емпатія включає в себе такі здатності:

1) розуміти ситуацію пацієнта, перспективу та почуття (і їхні пов'язані значення);

2) повідомляти про це розуміння та перевіряти його точність;

3) діяти на основі цього розуміння з пацієнтом у корисний (терапевтичний) спосіб.

Вчений говорить про те, що дослідження впливу емпатії на результати здоров'я в первинній медичній допомозі наразі не є обширними й багатогранними, але дослідження психічного здоров'я та сестринського догляду показують, що вона відіграє ключову роль. Він вважає, що емпатію можна вдосконалити та успішно навчати цьому в медичній школі, особливо якщо вона закладена в реальний досвід студентів з пацієнтами. Науковець уточнює, що у загальній медицині, психіатрії та сестринській справі також використовували різноманітні методи оцінки та зворотного зв'язку [50].

У своєму дослідженні М. Ходжат вивчав зміни в емпатії студентів-медиків під час навчання у медичній школі та визначив, коли відбуваються найбільш значущі зміни. Згідно даних дослідження, показники емпатії істотно не змінювалися протягом перших двох років навчання в медичній школі. Однак, наприкінці третього курсу вчений відзначив значне зниження показників емпатії, яке тривало до закінчення школи. Показники зниження

емпатії були подібними, як для чоловіків, так і жінок різних медичних спеціальностей. Науковець зробив висновок, що значне зниження емпатії відбувається на третьому курсі медичного факультету. Він відмічав парадокс того, що зниження емпатії відбувається в той час, коли навчальна програма зміщується в бік діяльності до догляду за пацієнтами, саме тоді, коли коли співчуття є найважливішим. Наразі, вчений продовжує працювати над програмою для збереження та посилення емпатіїності [47].

С. Мітіна зазначає, що останнім часом емпатія активно досліджується в контексті професійної діяльності як важлива характеристика особистості фахівців соціономічних професій. Вона підкреслює, що професіоналізм клініциста, окрім наявності фахової компетентності, передбачає високий рівень соціальної поведінки та володіння загальними компетенціями, зокрема комунікативними. Встановлення ефективних взаємин з пацієнтами включає елементи психотерапевтичної роботи, де особливу роль відіграє емпатія, рівень якої безпосередньо впливає на якість медичної допомоги.

Вчена також посилається на Є. Ільїна, який розглядає емпатію в контексті підтримувальної поведінки, визначаючи її як джерело альтруїзму та основний фактор "поведінки допомоги". Чим більша схильність людини до співпереживання, тим вища її готовність допомогти. Проте, якщо уявлення себе на місці того, хто потребує допомоги, не супроводжується емпатійною емоцією, це не призводить до бажання допомогти. Ільїн наголошує, що співчуття, як відповідь на страждання іншого, не завжди є проявом емпатії, іноді воно є просто жестом ввічливості. Емпатія ж обов'язково передбачає емоційне реагування – співпереживання, тобто усвідомлення того, що почуття, які людина відчуває, відображають почуття її співрозмовника. Якщо цього не відбувається, то це, за Ільїним, не є емпатією, а скоріше ідентифікацією.

Також С. Мітіна звертається до поглядів О. Юдіної, яка вважає емпатійність складним функціональним утворенням особистості, де пізнавальний та емоційний компоненти взаємопов'язані. Дослідниця

підкреслює, що емпатія можлива тільки за умови емоційної соціальної децентрації, тобто вміння людини поставити себе на місце іншого. В основі схильності до співпереживання лежить процес емоційної ідентифікації, що є необхідною умовою для розвитку емпатійності особистості [29].

Ю. Чорненко спільно з науковим керівником М. Папучею у дипломному дослідженні зазначають, що медицина є сферою діяльності, в якій переважають негативні емоційні стани. Пацієнти очікують від медичних працівників співчуття та турботи, що вимагають високого рівня емпатії. Тому вважається, що люди з розвиненою емпатією більш схильні до роботи в медицині, так само, як і в інших соціально-комунікативних сферах. Високий рівень емпатії у медперсоналу сприяє кращому розумінню стану пацієнта. Досвідчені медичні працівники, як правило, здатні ефективно долати неприємні емоційні враження. Автори також посилаються на думку Є. Клімова, який визначає важливі якості для медичних працівників усіх ланок, особливо для середнього медичного персоналу. До них відносяться: стійкий позитивний настрій під час роботи з людьми, потреба в спілкуванні, здатність розуміти наміри, настрої та думки людей, уміння швидко оцінювати взаємини та знаходити спільну мову з різними людьми.

Можемо погодитися із наступним висновком, який роблять М. Папуча та Ю. Чорненко у дипломній роботі: «Отже, сфера компетентності медичного працівника захоплює не лише сформованість професійних знань, умінь та навичок, а тісно пов'язана і з емоційними факторами міжособистісної взаємодії з хворими людьми, високим рівнем соціальної поведінки, володіння загальними компетенціями, зокрема комунікативними. Медичний працівник, зокрема медична сестра, має розуміти, що встановлення взаємин із пацієнтом містить елементи психотерапевтичної роботи, де особливе місце відводиться саме емпатії. Саме від рівня сформованості емпатії безперечно і залежить рівень надання якісної медичної допомоги пацієнту» [39, с. 11].

Якщо зосередитись на явищі емпатії у представників середньої медичної ланки, зокрема у медичних сестер, то можна погодитись з думкою Т. Павлюк і Т. Толокової, які стверджують, що емпатія є невід'ємною складовою позитивного мислення (оптимізму) медсестри. Це мислення передбачає пошук і надання особливого способу отримання, обробки та перевірки достовірності інформації, отриманої від пацієнта, заснованого на співчутті. Збір і аналіз інформації здійснюються через два підходи: мотивуючи пацієнта до надання інформації для посилення його залученості в процес спілкування або ж надаючи зворотний зв'язок на вже зібрану інформацію. Емпатія, як властивість особистості, виступає як фактор, що постійно впливає на виникнення ситуацій утрудненого спілкування та на їх подолання. Це трактування емпатії підкреслює її роль як механізму міжособистісної комунікації, вказуючи на двосторонній зв'язок між учасниками емпатії.

Науковці також наголошують, що мистецтво сестринської справи полягає в гармонійному поєднанні професійних компетенцій і ефективного спілкування в процесі догляду за пацієнтами. Важливим є вміння медичної сестри захистити пацієнта від його хвилювань, негативних думок і почуттів, що можуть затрудняти процес одужання. Професійна діяльність медичної сестри відбувається в системі «людина – людина», що вимагає глибокого розуміння переживань і почуттів пацієнтів. Взаємодія медичної сестри з пацієнтом дозволяє проявити особистісні характеристики, серед яких найважливішою є емпатія. Цей аспект роботи медичної сестри передбачає чутливе ставлення до пацієнта, прийняття його як цілісної особистості, емоційну нейтральність та відсутність оціночних суджень. Емпатія є динамічним і процесуальним психічним процесом, що визначається цінностями і мотиваційними установками медичної сестри [32].

Є. Тишкевич-Львова вважає, що однією з основ ефективної лікувальної діяльності є вміння медичної сестри зрозуміти та вислухати пацієнта, що сприяє налагодженню психологічного контакту. Важливо враховувати характер

захворювання, особливо хронічних, які потребують тривалого лікування та нагляду, оскільки це має суттєве значення для взаємодії з пацієнтом. Безумовно, така зацікавленість може позитивно впливати на відносини між медичним персоналом і пацієнтом.

Науковиця також зазначає, що як індивідуальні риси медичної сестри, так і психічні особливості пацієнта впливають на встановлення позитивних психологічних зв'язків і довіри. Відповідальність за ці відносини, які є ключовими для успішного лікування, покладається на медичного працівника. Тишкевич-Львова вважає, що ефективність лікування значною мірою залежить від віри пацієнта в одужання, що тісно пов'язано з рівнем довіри до лікаря та медсестри. Довіра до медичної сестри формується на основі першого враження, яке включає міміку, жестикуляцію, тон голосу, вираз обличчя, манеру розмови та зовнішній вигляд. Медична сестра може заслужити довіру пацієнта, якщо вона спокійна, впевнена, але не зарозуміла, а її наполегливість і рішучість супроводжуються людяністю та делікатністю. Важливо, щоб пацієнт відчув, що медичних працівників цікавить не тільки його діагноз, а й його як особистість [37].

Якщо ж говорити конкретно про представників лікарського персоналу, а саме лікарів, то І. Гусакова у своїй науковій праці підкреслює, що емпатія є одним із елементів професіоналізму лікаря. Науковиця зазначає, що будь-яке спілкування між лікарем і пацієнтом сприяє виникненню емпатичних взаємин і формуванню емпатичної відповіді. Вона вважає, що цей процес є багатофазним і включає внутрішню резонансну фазу, комунікативну фазу та рецептивну фазу [11].

У той же час І. Колісник, А. Панькевич та А. Гоголь вважають емпатію важливим компонентом професійної діяльності лікарів усіх спеціальностей. Вони підкреслюють, що розвиток емпатії серед студентів є необхідною складовою професійної підготовки майбутніх лікарів і умовою їхньої успішної діяльності. За словами авторів, це складне питання, яке потребує особливої

уваги в умовах підготовки лікарів в Україні, оскільки різноманітні визначення емпатії можуть призвести до відмінностей у пропозиціях навчальних програм для студентів-медиків та практикуючих лікарів. Емпатійність лікаря допомагає створити атмосферу довіри з пацієнтом, заспокоїти хворого, подолати страх перед медичними маніпуляціями та налаштуватися на позитивний результат лікування [21].

Таким чином, можемо сказати, що емпатія є критично важливим аспектом психоемоційної сфери медичних працівників, від якого залежить як ефективність їх професійної діяльності, так і особисте благополуччя. Інтеграція емпатійних практик у медичну освіту та практику необхідна для забезпечення високоякісного медичного обслуговування та задоволення потреб пацієнтів.

РОЗДІЛ ІІ. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ: ХАРАКТЕРИСТИКА ВИБІРКИ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Враховуючи той факт, що на даний момент не було проведено досліджень щодо взаємозв'язку емпатійності й фасилятивного потенціалу серед представників різних медичних ланок, а також, беручи до уваги важливість цих двох явищ серед представників даної соціономічної професії, нами було прийняте рішення провести емпіричне дослідження щодо вивчення цього взаємозв'язку.

Емпіричне дослідження проводилось на базі КНП «Чернівецький Обласний Перинатальний Центр», в якому взяли участь 20 представників середнього медичного персоналу і 20 представників лікарського персоналу.

Дослідження проводилось у декілька етапів:

- на першому етапі була сформульована тема дослідження та складена його програма: визначені об'єкт, предмет, мета, завдання; розроблена гіпотеза дослідження;

- на другому етапі дослідження був здійснений аналіз теоретичних, практичних та методичних розробок на основі літературних джерел. Виходячи з теоретичної та практичної розробки досліджуваної проблеми, було здійснено планування емпіричного дослідження й підбір методичного інструментарію, а також обрані методи збору інформації та обробки даних;

- на третьому етапі виявлялися особливості емпатійності й фасилятивного потенціалу серед представників різних медичних ланок та їх взаємозв'язку;

- на четвертому етапі була проведена статистична обробка даних, аналіз, узагальнення та інтерпретація отриманих даних, описані результати дослідження, зроблені загальні висновки та оформлено текст роботи.

Система методик, що застосовувались у діагностичному обстеженні, була визначена теоретичними передумовами, а також метою і завданнями дослідження. Розроблена нами програма емпіричного дослідження передбачала наступний діагностичний інструментарій:

1) для виявлення емпатії, тобто здатності особистості співпереживати проблемам інших людей – методика «Діагностика рівня емпатії» за В. Бойком;

2) для виявлення ступеня здібності особистості до емоційного відгуку на переживання інших людей – опитувальник «Шкала емоційного відгуку» за А.Меграбяном та Н. Епштейном;

3) для виявлення рівня емпатійних тенденцій – «Діагностика рівня полікомунікативної емпатії» за І. Юсуповим;

4) для визначення показників фасилятивного потенціалу особистості – тест-опитувальник фасилятивного потенціалу особистості М. Казанжи.

Пропонуємо опис методик, які використовувалися в процесі емпіричного дослідження. Важливо зазначити, що всі методики, обрані для основного етапу дослідження, є стандартизованими та мають високі показники надійності й валідності. Всі методики були адаптовані для використання в Україні.

Методика «Діагностика рівня емпатії» за В. Бойком [55]

Метою цієї методики є визначення рівня емпатії, тобто здатності особистості співпереживати проблемам інших людей. Результати експериментальних досліджень представлені у вигляді шести шкал з номерами певних тверджень.

Раціональний канал емпатії фокусується на здатності людини сприймати і розуміти сутність іншої особистості, її стан, проблеми і поведінку. Це

проявляється в спонтанному інтересі до іншого, що відкриває можливості для емоційного та інтуїтивного відображення партнера.

Емоційний канал емпатії відображає здатність увійти в емоційний резонанс з іншими людьми – співпереживати і брати участь. Емоційна чуйність дозволяє проникнути в енергетичне поле партнера, що дає можливість зрозуміти його внутрішній світ, передбачити його поведінку та впливати на неї.

Інтуїтивний канал емпатії дозволяє людині передбачати поведінку інших на основі досвіду, що зберігається в підсвідомості, навіть коли інформація обмежена. Тут зібрані та узагальнені різноманітні відомості про партнерів.

Установки, які блокують емпатію, знижують її ефективність. Якщо людина намагається уникати особистих контактів або вважає недоречним виявляти інтерес до інших, її емоційна чуйність і емпатичне сприйняття обмежуються.

Здатність проникливо відчувати інших є важливою комунікативною властивістю, яка створює атмосферу відкритості та довіри. Розслабленість партнера сприяє емпатії, тоді як напруженість і підозрілість можуть цьому заважати.

Ідентифікація є необхідною умовою для успішної емпатії. Це здатність поставити себе на місце партнера, що ґрунтується на співпереживанні. Вона вимагає емоційної гнучкості і здатності до наслідування.

Методика В. Бойко складається з 36 питань, на які учасники відповідають за принципом згоди чи незгоди з запропонованими твердженнями. Підраховується кількість правильних відповідей відповідно до "ключа" кожної шкали, і визначається загальна сума балів. Оцінки за кожною шкалою можуть коливатися від нуля до шести балів і вказують на важливість певного параметра в структурі емпатії.

Методика «Рівень емоційного відгуку» за А. Меграбяном та Н. Епштейном [55]

Опитувальник складається з 25 тверджень закритого типу, як прямих, так і зворотних. Респондент має оцінити рівень своєї згоди або незгоди з кожним твердженням. Шкала відповідей (від «повністю згоден» до «повністю не згоден») дозволяє висловити ставлення до кожної ситуації спілкування. У порівнянні з початковою версією опитувальника, шкала відповідей була дещо змінена, а також були розроблені таблиці для перерахунку «сирих» балів у стандартні оцінки. Загальна оцінка визначається шляхом підсумовування балів. Ступінь вираженості здатності особистості до емоційного відгуку на переживання інших людей (емпатії) встановлюється за допомогою таблиці перерахунку «сирих» балів у стандартні оцінки шкали стенів.

Методика визначення рівня емпатії за І. Юсуповим [55]

Ця методика дозволяє визначити рівень емпатійних тенденцій, де респондент має відповісти («так» або «ні») на кожне з 36 тверджень. Методика оцінює не лише загальний рівень емпатії, а й її прояви в різних сферах життя через шість діагностичних шкал:

Шкала «Емпатія з батьками»: визначає здатність до співчуття та співпереживання з батьками, небайдужість до їхнього життя, почуттів і настрою, схильність розуміти сім'ю та прощати образи.

Шкала «Емпатія з тваринами»: оцінює здатність до співчуття тваринам, інтерес до них, готовність допомогти бездомним тваринам та постраждалим.

Шкала «Емпатія зі старшими людьми»: визначає схильність до співчуття та співпереживання з людьми старшого віку, розуміння та терпимість до їхніх турбот і емоцій, зокрема під час хвороби.

Шкала «Емпатія з дітьми»: оцінює рівень емпатії до дітей, здатність до співчуття, розуміння їхнього настрою, здатність знаходити спільну мову і взаємодіяти з ними.

Шкала «Емпатія з героями художніх творів»: виявляє схильність до співчуття героям фільмів чи книг, здатність вжитися в їхні емоції, глибше сприймати сюжет та переживання персонажів.

Шкала «Емпатія з незнайомими або малознайомими людьми»: оцінює здатність до співпереживання з іншими людьми, небайдужість до їхніх бід, готовність вислухати та допомогти.

При обробці результатів використовуються додаткові шкали нещирості, достовірності та психологічного захисту, що дозволяють точно оцінити отримані показники.

Тест-опитувальник фасилятивного потенціалу особистості

М. Казанжи [22]

Фасилятивний потенціал особистості складається з двох основних складових: актуалізаційної та потенційної (ресурсної). Актуалізаційна складова включає ціннісно-смисловий, потребово-мотиваційний і поведінковий компоненти, і відповідає за реалізацію емоційних, когнітивних і вольових ресурсів для сприяння розвитку іншої людини. Якщо ця складова недорозвинена, особистість може використовувати свої ресурси для маніпуляцій або з обмеженою метою. Потенційна складова включає емоційний, когнітивний і вольовий компоненти.

В опитувальнику надається серія тверджень, на які потрібно відповісти, оцінюючи їх відповідність звичайній поведінці, ставленню до людей, поглядам

на життя тощо. Результатом тестування є інтерпретація шкал і аналіз різних компонентів фасилятивного потенціалу.

Емоційний компонент фасилятивного потенціалу: високі бали вказують на здатність підтримати іншого емоційно, проявляючи співчуття, підбадьорення та створення позитивної емоційної атмосфери. Низькі бали вказують на відсутність здатності впливати на емоційну сферу іншої людини.

Когнітивний компонент фасилятивного потенціалу: високі бали показують вміння надавати поради, знаходити рішення складних ситуацій та допомагати в подоланні життєвих труднощів. Низькі бали свідчать про протилежні характеристики.

Вольовий компонент фасилятивного потенціалу: високі бали вказують на здатність діяти навіть у складних умовах, долати труднощі і направляти свої зусилля в певному напрямку, або ж стримувати себе від дій. Низькі бали свідчать про слабкість вольових зусиль і нездатність до концентрації.

Поведінковий компонент фасилятивного потенціалу: високі бали свідчать про активну допомогу іншим через конкретні дії, які сприяють їх особистісному розвитку та благу. Низькі бали вказують на відсутність допомоги іншим.

Потребово-мотиваційний компонент фасилятивного потенціалу: високі бали показують виражене бажання допомагати іншим, радість від позитивних змін у житті іншої людини. Низькі бали вказують на відсутність бажання або потреби підтримувати інших.

Ціннісно-смисловий компонент фасилятивного потенціалу: високі бали свідчать про визнання позитивних змін у житті іншої людини як важливої цінності. Людина бачить сенс свого життя не лише у власних задоволеннях, а й у розвитку оточуючих. Низькі бали вказують на відсутність цієї цінності та відсутність смислу в розвивальному впливі на інших людей.

РОЗДІЛ ІІІ. ПОРІВНЯЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЕМПАТІЙНОСТІ ТА ФАСИЛЯТИВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ У ПРЕДСТАВНИКІВ СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ТА ЛІКАРСЬКОГО ПЕРСОНАЛУ

3.1. Дефінітивний аналіз поняття «фасилітація», специфіка її прояву у медичних працівників

Фасилітація – це процес, за допомогою якого одна або кілька осіб сприяють покращенню комунікації, співпраці та досягненням у групі чи команді. Метою фасилітації є м'який супровід дискусій, підтримка активної участі всіх учасників, створення умов для конструктивної взаємодії та спільного прийняття рішень. У медичній сфері фасилітацію можна використовувати для групових дискусій, тренінгів, вивчення нових технік, вирішення командних конфліктів і в роботі з пацієнтами, особливо під час сеансів групової терапії.

Якщо ж звертатися до праць західних дослідників, то погоджуємося з думкою Е. Шейна, який вважає, що ефективна комунікація між медичним працівником і пацієнтом є ключовим фактором надання високоякісної медичної допомоги. Фасилітація в цьому контексті забезпечує розвиток навичок активного слухання, емпатії, а також уміння медичного працівника створювати атмосферу довіри та відкритості. На його думку, це включає використання підходів, які дозволяють пацієнтам відкрито говорити про свої страхи, занепокоєння та побажання, що, у свою чергу, може призвести до покращення результатів лікування та підвищення задоволеності від догляду [53].

С. Канер визначає фасилітацію як ключове поняттям у багатьох галузях людського життя, включаючи психологію, соціологію, менеджмент і медицину. Вчений стверджує, що це явище відіграє значну роль у покращенні спілкування, продуктивності та ефективності роботи як окремих людей, так і груп. Згідно з його поглядами, важливо розуміти та впроваджувати

фасилітаційні підходи в медичній сфері, де вони можуть вплинути на якість медичної допомоги, взаємодію між медичними працівниками і пацієнтами, а також на професійний розвиток персоналу [48].

Термін «фасилітація» походить від латинського «facilis», що означає «легкий» або «зручний». Дж. Браун та Д. Ісаакс говорять про те, що у психології та соціальних науках фасилітація розуміється як процес або дія, спрямована на полегшення виконання певної діяльності, надання підтримки, сприяння розвитку або підвищення ефективності. Це може бути як індивідуальний процес, коли людина сама використовує власні ресурси для досягнення кращого результату, так і соціальний, коли присутність або взаємодія з іншими людьми позитивно впливає на результати діяльності [43].

Дж. Сильверман, С. Курц та Дж. Дрейпер припускають, що невирішені конфлікти та тривога можуть призвести до блокування ефективного спілкування між лікарем та пацієнтом. Вчені наголошують, що у клінічній практиці підготовка до прийому є вкрай важливою, оскільки, саме це, на їх думку, дозволяє приділити пацієнту більше своєї уваги, не відволікаючись на інші проблеми. Науковці зауважують, що не дивлячись на те, що це може бути просто одна з багатьох рутинних консультацій протягом дня для лікаря, для пацієнта це може бути набагато важливішою і значущою подією. Хворий зазвичай повністю зосереджений на майбутній розмові – очевидно, було б корисно, якби лікар відповів взаємністю [54].

Н. Матузаєва акцентує увагу на тому, що в сучасних наукових дослідженнях із психології значно зросла увага до спілкування як ключового компонента загальної культури та важливої умови самореалізації молодших медичних спеціалістів.

Науковиця підкреслює, що для медичної сестри комунікативна компетентність є обов’язковою складовою професійної кваліфікації. У взаємодії з пацієнтами нерідко виникають питання міжособистісних відносин,

вирішення яких значною мірою визначає ефективність лікувального процесу. Щоб спілкування відповідало очікуванням пацієнтів і було максимально продуктивним, медична сестра повинна мати базові знання й практичні навички у сфері психології спілкування та медичної деонтології. Вчена підкреслює, що спілкування є невід'ємним елементом діяльності медичної сестри на всіх етапах медсестринського процесу: від початкового етапу обстеження, в якому важливу роль відіграє розпитування, до підсумкової оцінки результатів медичних втручань.

Вчена особливу увагу приділяє невербальній комунікації, яка становить понад половину міжособистісного спілкування. Знання особливостей невербального спілкування є важливим чинником для встановлення ефективного контакту між медичною сестрою та пацієнтом і створення спільного комунікативного простору. Оволодіння методами візуальної психодіагностики потребує від медичних сестер розвитку таких якостей, як спостережливість, об'єктивність, критичність, компетентність, а також обачність у використанні отриманих даних [31].

Як зазначає П. Лушин, фасилітація часто розглядається в контексті соціальної фасилітації, явища, коли присутність інших людей підвищує ефективність виконання простих або добре засвоєних завдань. Однак, у більш широкому сенсі фасилітація охоплює будь-які дії чи стратегії, які допомагають у досягненні поставлених цілей [26].

У своїй статті Л. Волкова [7], посилаючись на Ф. Фанча, підкреслює, що фасилітація - це організація процесу колективного розв'язання проблем у групі, який керується фасилітатором (ведучим, головуючим). На думку М. Гуцол [12], викладач-фасилітатор має створювати сприятливі умови для комунікації, роблячи її зручною та легкою для всіх учасників. Його завдання полягає в тому, щоб допомогти групі усвідомити спільну мету та підтримувати позитивну динаміку для її досягнення в ході обговорення, залишаючись нейтральним і не захищаючи жодну з позицій. Фасилітація розглядається як процес і сукупність

навичок, що дозволяють ефективно організувати обговорення складної теми, уникнути втрат часу та за короткий період виконати всі заплановані завдання з максимальною участю кожного учасника. Головна відмінність фасилітації від традиційного управління полягає у відсутності директивності. Якщо за класичних підходів управління керівник змушує учасників виконувати його інструкції та вказівки, то фасилітатор, навпаки, виступає одночасно керівником, лідером і учасником процесу, забезпечуючи відкриту та гнучку взаємодію.

У науковій праці М. Казанжи [25] зазначається, що в медицині (зокрема, у неврології та фізіології) фасилітація являє собою процес, при якому нейрон отримує імпульси, що проходять через кілька різних синапсів. Окремо ці імпульси не є достатніми для формування потенціалу дії, проте їх сукупний вплив може викликати деполяризацію мембрани. Дослідниця підкреслює, що нервова фасилітація є потенційним джерелом порушень у роботі центральної нервової системи, тому її не варто сприймати як стан комфорту чи полегшення. Навпаки, вона може стати передумовою для виникнення проблем, адже характеризується надмірним подразненням імпульсів уздовж нервових шляхів, що інколи призводить до загального подразнення цілих відділів нервової системи.

Також зазначається, що термін "фасилітація" має різні трактування залежно від контексту. У політичній термінології він стосується процесу допомоги групі у виконанні завдань, розв’язанні проблем чи досягненні згоди. У психолого-педагогічному контексті фасилітація розглядається як феномен, що сприяє створенню сприятливих психоемоційних умов для співпраці в освітньому процесі. Багато дослідників акцентують увагу на ролі фасилітації в подоланні складних навчально-виховних ситуацій, розглядаючи її як діяльність, спрямовану на підвищення ефективності роботи учня в умовах труднощів.

У соціальній психології фасилітація розуміється як підвищення ефективності роботи малої групи під впливом фасилітатора, що регулює групові процеси. Термін "фасилятивність" і його похідні найбільш активно

використовуються в галузях, що вивчають взаємодію людей у різних аспектах життєдіяльності, таких як психологія, педагогіка та психотерапія.

М. Казанжи наголошує на важливості врахування ціннісно-смислового та мотиваційного аспектів фасилятивності. Вона вважає, що здатність до фасилітації має базуватися на цінності цієї діяльності та її розвивальному впливі. Без цього фасилітація може бути використана з інгібіторною метою. Дослідниця підкреслює, що здатності до фасилітації пов'язані зі спрямованістю особистості та є суб'єктивними умовами здійснення тієї чи іншої діяльності. Розгляд фасилятивності в контексті теорії здібностей, за її словами, органічний із позиції діяльнісного підходу. У цьому контексті фасилітація вивчається, наприклад, Р. Димухаметовим, який визначає її як усвідомлену, цілеспрямовану діяльність, властиву викладачам, та як специфічний вид діяльності педагога в андрогогічній моделі навчання.

М. Казанжи визначає термін "фасилятивність" як психологічну якість особистості, яка проявляється у процесі реалізації фасилятивного потенціалу. Вона зазначає, що ця якість, на відміну від стабільних рис чи властивостей особистості, є менш постійною, оскільки активізується лише під час усвідомленої фасилятивної діяльності. У періоди, коли немає потреби в допомозі іншим у розвитку, фасилятивність може ставати латентною, переходячи в потенційний стан. Те саме стосується і інгібітності, яка, за своєю природою, є явищем, протилежним фасилятивності, проте також може перебувати в потенційному стані.

Фасилятивний потенціал особистості, за словами науковиці, є особистісним утворенням, що включає особливості взаємодії та сприяє розвитку фасилятивної якості. Цей потенціал складається з двох основних складових: актуалізаційної та ресурсної (потенційної). Актуалізаційна складова включає ціннісно-смисловий, потребово-мотиваційний і поведінковий компоненти. Казанжи підкреслює, що обидва перші компоненти є за своєю природою мотиваційними, а їх розділення є умовним і спрямоване на більш

детальне вивчення. Актуалізаційна складова відповідає за активацію ресурсного потенціалу для підтримки розвитку іншої людини. Ресурсна складова включає емоційні, когнітивні та вольові якості, які формують здатність впливати на інших. Водночас, якщо актуалізаційна складова недостатньо розвинена, потенціал може набувати інгібітного характеру.

Фасилятивний потенціал також акумулює техніки, методики та прийоми фасилітації, але їх застосування в процесі взаємодії не є механічним відтворенням, а залежить від конкретних обставин і особистості фасилітатора, які їх трансформують і адаптують.

М. Казанжи [25] посилається на праці інших дослідників для обґрунтування багатогранності феномену фасилятивності. Зокрема, О. Шахматова визначає фасилятивність як професійно важливу якість, що об’єднує емоційні, інтелектуальні та поведінкові характеристики, які позитивно впливають на міжособистісну взаємодію. С. Ромашина та О. Майер вважають, що фасилітація формується на основі інтеграції емпатійних і рефлексивних компонентів, виконуючи ключову роль у професійній спрямованості соціонома. О. Левченко підкреслює важливість ціннісно-смислового зв’язку між суб’єктами фасилятивної взаємодії, а О. Пушкіна вбачає необхідність врахування таких компонентів, як суб’єкт, середовище та мета самовизначення у процесі професійної фасилітації.

О. Врубльовська виділяє кілька груп характеристик, що забезпечують фасилятивний вплив:

-когнітивні (інформованість, усвідомлення, розуміння джерел активізації);

-вольові (саморегуляція, витриманість, розвиненість почуття гідності);

-емоційно-чуттєві (емпатія, залученість у міжособистісне спілкування);

-поведінкові (співпраця, взаємодопомога).

І. Литвин [24], своєю чергою, структурує фасилітацію як єдність трьох компонентів: індивідуально-настановчого (здатність до співчуття, доброзичливість), когнітивно-діяльнісного (комунікативна компетентність, формування суб'єкт-суб'єктних відносин) і рефлексивно-оцінного (адекватна самооцінка, саморегуляція).

Узагальнюючи, М. Казанжи визначає фасилятивний потенціал особистості як багатокомпонентне утворення, що включає:

-інтеграцію особистісних характеристик, які визначають рівень фасилятивного впливу;

-систему цінностей, мотивів і смислів, що регулюють фасилятивну діяльність;

-особистісні ресурси, які дозволяють адаптуватися до змінних умов і накопичувати нові знання та навички;

-особливості, що сприяють фасилятивному впливу, але не є строго обов'язковими для його реалізації [25].

М. Казанжи наголошує, що навички фасилітації є особливо важливими для представників соціономічних професій, у тому числі медичних працівників, оскільки вони впливають на якість медичної допомоги, взаємодію з пацієнтами та ефективність медичних команд. Вчена підкреслює, що важливо враховувати кілька ключових аспектів фасилітації в роботі медичних працівників. Медична практика часто передбачає командну роботу, де ефективність лікування та догляду за пацієнтом залежить від гармонійної взаємодії між членами медичної бригади. У цьому контексті сприяння означає створення умов, які сприяють кращому спілкуванню, координації та співпраці між лікарями, медсестрами, фармацевтами та іншими медичними працівниками. Це може включати організацію регулярних зустрічей команди, впровадження прозорих процедур для обміну інформацією та вирішення конфліктів, а також розвиток навичок ефективного спілкування для всіх членів команди [23].

С. Андрейко та В. Бобух [1] підкреслюють важливість безперервної освіти та підвищення кваліфікації, що, на на їх думку, є необхідними елементами роботи медичних працівників. Фасилітація в цьому контексті означає створення умов, які сприяють активному залученню медичних працівників до процесу навчання, обміну досвідом і знаннями. Цього можна досягти шляхом організації навчальних семінарів, практикумів, симуляційного навчання та інших форм навчання, які забезпечують практичну підготовку та розвиток професійних навичок.

Крім цього, посилаючись на М. Казанжи, вчені зосереджують увагу на тому, що фасилітація виступає одним із інструментів впровадження концепції спільного навчання, яка передбачає, що всі учасники освітнього процесу, як колективно, так і індивідуально, повинні володіти навичками співпраці та командної роботи. Якщо у дорослих ці вміння можуть бути вже частково сформовані, то для дітей вони є надзвичайно важливими і необхідними для успішного розвитку. Ці навички формуються та вдосконалюються протягом усього життя, набуваючи особливої значущості для професійної діяльності людини.

Науковці підкреслюють, що фасилітація може бути унікальною інноваційною формою навчання і виховання, що надає пріоритет вибору людиною власного шляху реалізації свого потенціалу. Викладач-фасилітатор більше не обмежується лише передачею нових знань. У фасилітаційному процесі ключовими стають такі аспекти особистості, як цінності, ставлення та потреби, які в рівній мірі важливі як для викладача, так і для учня.

Для фасилітатора-професіонала основними завданнями є:

-сприяння активній та рівноправній участі учасників;

-навчання групової взаємодії та прийняття зважених колективних рішень;

-формування відповідальності за власні дії та рішення;

-розвиток уміння відстоювати власну точку зору або життєву позицію.

Викладач-фасилітатор має враховувати кілька ключових аспектів:

1) фасилітатор не навчає напряму. Його завдання — ставити запитання, які стимулюють інтерес групи до теми обговорення. При цьому він не намагається нав'язати конкретні висновки чи результати, що є головною відмінністю фасилітації від модерування.

2) довіра до мудрості групи. Фасилітатор вірить у здатність групи створювати "багатогранну мудрість" — формувати цілісне уявлення з різних точок зору.

3) відповідальність за процес. Фасилітатор бере на себе зобов’язання забезпечити ефективний і продуктивний хід обговорення.

С. Андрейко та В. Бобух підкреслюють важливість організації активного обміну думками через влучні й своєчасно поставлені запитання, які спрямовують групу до глибшого розуміння предмета обговорення. Застосування фасилітативних технік, технологій, методів і прийомів вимагає більше навчального часу порівняно з традиційними практичними заняттями. Це ставить викладача-фасилітатора перед суперечністю: з одного боку, знаннєво орієнтоване навчання, на якому зазвичай базуються освітні та робочі програми, і з іншого — компетентнісно орієнтоване навчання, передбачене реформою освіти в Україні. Останнє робить акцент не лише на знаннях, уміннях і навичках, а й на цінностях і ставленнях здобувачів освіти. Для подолання цієї суперечності виникає необхідність корегувати освітні програми, а також організовувати додаткові тренінги, воркшопи та інші заходи, спрямовані на розвиток фасилітативних умінь і навичок у викладачів та студентів як рівноправних учасників освітнього процесу [1].

Є. Тишкевич-Львова підкреслює, що одним із ключових обов’язків медичних працівників є усунення бар’єрів у спілкуванні з пацієнтом, а також формування довіри, заснованої на щирій участі та емоційній підтримці. Вона

зауважує, що довіра пацієнта до медицини може бути серйозно підірвана, якщо він помітить напружені відносини між лікарем і медсестрою, недоречні репліки з боку медсестри під час прийому або неякісне виконання вказівок лікаря.

Дослідниця акцентує, що особистісні риси медичних працівників середньої ланки відіграють важливу роль у побудові якісних взаємин із пацієнтами. Серед основних якостей, якими повинна володіти медична сестра, вона виділяє уважність, старанність, терпимість, чуйність, врівноваженість, товариськість і дбайливість [37].

Можемо зробити висновок, що фасилітація є важливим елементом діяльності медичних працівників, який сприяє підвищенню ефективності їхньої роботи, покращенню спілкування та співпраці, а також розвитку професійних навичок. Вона відіграє ключову роль у створенні умов для надання якісної медичної допомоги та задоволення потреб пацієнтів. Ефективне впровадження фасилітаційних підходів у медичну практику може значно підвищити якість медичних послуг, сприяти професійному зростанню медичних працівників та покращити результати лікування пацієнтів.

3.2. Порівняльний аналіз особливостей емпатійності та фасилятивного потенціалу медичних працівників різних ланок

Аналіз наукових джерел щодо психологічних аспектів емпатії та фасилятивного потенціалу у медичних представників різних ланок дав можливість переконатися у тому, що їх розвиток і прояв є важливим як для їхнього соціального становлення, так і для особистісного розвитку.

На першому етапі дослідження ми використали методику В. Бойка (див. розділ ІІ), яка спрямована на вивчення рівня емпатії. Кількісні показники отриманих результатів загального рівня емпатійних здібностей за даною методикою наведено в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Рівні емпатійних здібностей у медичних представників різних ланок

Рівні визначення емпатійних здібностей				
Досліджувані групи	Високий рівень емпатії	Середній рівень емпатії	Занижений рівень емпатії	Дуже низький рівень емпатії
Лікарський персонал	0%	15%	30%	55%
Середній медичний персонал	0%	20%	75%	5%

Дані таблиці демонструють, що серед лікарів 55% представників мають дуже низький рівень емпатії, 30% – занижений рівень і лише 15% – середній. Щодо представників середнього медичного персоналу, то бачимо протилежну картину, а саме: лише 5% мають дуже низький рівень емпатії, 75% – занижений рівень і 20% – середній рівень емпатії. Високий рівень емпатії у представників обох досліджуваних груп за даними цього тестування відсутній.

Аналізуючи вищезазначені дані, можемо припустити, що загальний відсоток із дуже низьким і заниженим рівнями емпатії (85%) серед представників лікарського персоналу пов'язаний із різницею у ролях і обов’язках: лікарі часто зосереджуються на діагностиці та прийнятті рішень у плані лікування пацієнтів, що, в свою чергу, може викликати дистанціювання від емоційних аспектів спілкування аби уникати емоційного вигорання. Крім того, лікарі часто стикаються із складними медичними ситуаціями, які потребують прийняття зваженого рішення, що потенційно підштовхує психіку до побудови психологічного захисту, який проявляється у зниженні емпатії. Також, враховуючи загальний відсоток зниженого рівня і дуже низького рівня емпатії (80%) серед середнього лікарського персоналу, можемо припустити, що

така тенденція спостерігається через відчуття постійної відповідальності за людське життя, що призводить до чималого напруження і тиску, через що і знижується емпатійна здатність.

Слід зауважити, що методика «Діагностика рівня емпатії» також дає змогу виявляти відмінності по окремих каналах. Як зазначалося в розділі ІІ, автор методики виділяє 6 каналів: раціональний, емоційний, інтуїтивний, установки, що перешкоджають емпатії, проникливa здатність в емпатії та ідентифікація.

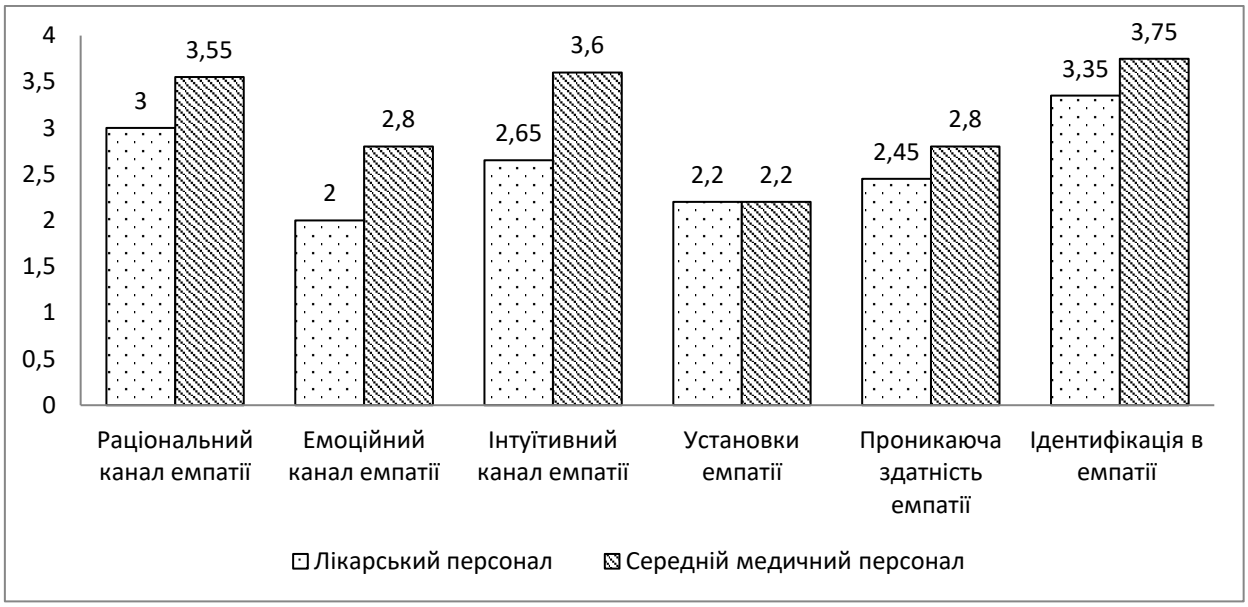


Рис. 3.1**. Рівні сформованості каналів емпатії у медичних представників різних ланок**

При аналізі даних, проілюстрованих на рис. 3.1, виявлено, що по шести представлених каналах представники середнього медичного персоналу мають більш значущі показники, ніж представники лікарського персоналу. Лише по одному каналу, а саме установках, що сприяють емпатії, показники є однаковими. Дана відмінність, на нашу думку, може бути пов’язана із тим, що середній медичний персонал більш залучений до догляду за пацієнтами, що передбачає постійний емоційний контакт і спілкування з ними, що, в свою чергу, сприяє розвитку співпереживання і небайдужості до їхніх проблем. Отже, на основі вищезазначеного, можемо стверджувати, що представники

середнього медичного персоналу мають більш високі показники загального рівня емпатії та її каналів у порівняння із лікарським персоналом.

На наступному етапі дослідження ми звернули увагу на виявлення ступеня здібності досліджуваних до емоційного відгуку на переживання інших людей. Для розв'язання цього завдання ми використали методику «Рівень емоційного відгуку» за А. Меграбяном та Н. Епштейном (див. розділ II).

Таблиця 3.2.

Рівні сформованості емоційного відгуку лікарського та середнього медичного персоналу

Рівні визначення емоційного відгуку			
Досліджувані групи	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Лікарський персонал	5%	25%	70%
Середній медичний персонал	25%	65%	10%

Згідно даних таблиці 3.2, більше половини представників середнього медичного персоналу продемонстрували середній рівень емоційного відгуку, десята частина – низький рівень емоційного відгуку, а високий рівень емоційного відгуку має четверта частина даних респондентів. Щодо лікарського персоналу, то більшість показала низький рівень емоційного відгуку, четверта частина мають середній рівень відгуку і лише п'ята частина – високий рівень. Ці дані можуть свідчити про суттєві відмінності у рівні емоційного відгуку між лікарським та середнім медичним персоналом.

Низький рівень емоційного відгуку у більшості лікарів (70%) може вказувати на те, що вони менш схильні до емоційного включення у роботу. Це може бути зумовлено професійними вимогами, зокрема необхідністю зберігати

об'єктивність та емоційну дистанцію в стресових ситуаціях. Лише 5% лікарів мають високий рівень емоційного відгуку, що може обмежувати їхню здатність встановлювати емпатичний контакт із пацієнтами.

Високий рівень емоційного відгуку серед представників середнього медичного персоналу свідчить про значно більшу залученість в емоційний аспект взаємодії з пацієнтами. Переважання середнього рівня емоційного відгуку демонструє здатність медсестер до збалансованого включення у комунікацію з пацієнтами.

Припускаємо, що для лікарів домінування низького рівня емоційного відгуку може бути як професійною необхідністю, так і проявом емоційного вигорання або недостатньої роботи над розвитком емоційної складової професійної діяльності. Для середнього медичного персоналу високий та середній рівні емоційного відгуку є критично важливими, оскільки вони більше залучені до безпосередньої взаємодії з пацієнтами, надаючи як фізичну, так і емоційну підтримку.

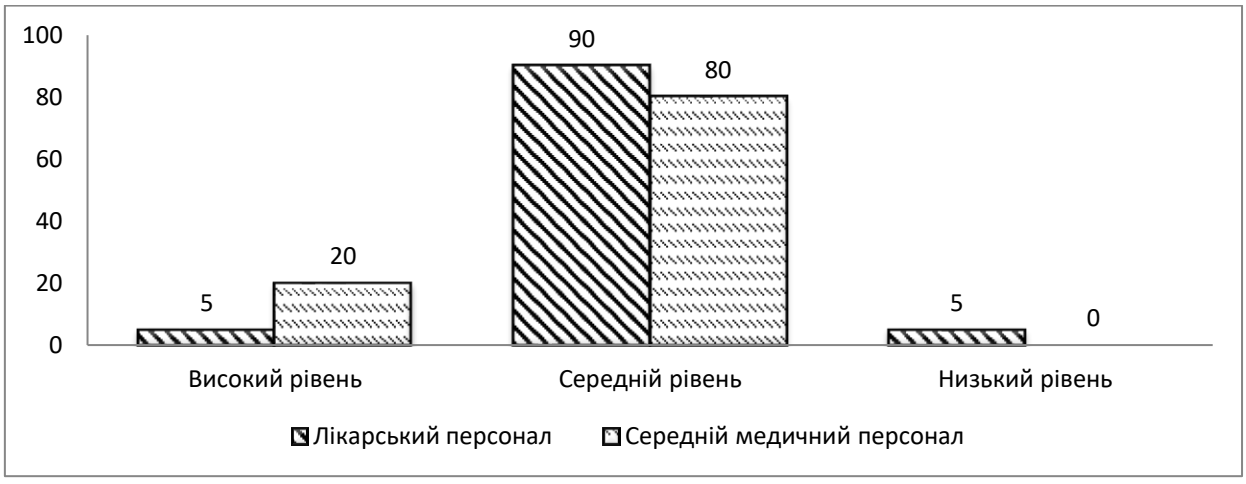


Рис. 3.2. **Рівні сформованості емпатії у медичних представників різних ланок**

Під час проведення наступної методики (див. рис. 3.2.), а саме методики визначення рівня емпатії за І. Юсуповим (див. розділ ІІ), було зафіксовано те, що майже всі респонденти, а саме 80% представників середньої медичної ланки

і 90% представників лікарського персоналу мають середній рівень емпатії. Це означає, що вони не належать до числа занадто чутливих осіб, а, зазвичай, добре контролюють свої емоції. Вони уважні у спілкуванні, намагаються зрозуміти більше, ніж сказано, хоча, в той же час, можуть втратити терпіння, якщо стикаються із занадто бурхливим проявом емоцій співрозмовником. Вони схильні утримуватися від висловлювання своєї думки, якщо не впевнені, що вона буде сприйнята належним чином. Під час читання книг або перегляду фільмів такі люди більше зосереджуєтеся на подіях, ніж на внутрішніх переживаннях героїв. При цьому, вони можуть відчувати певні труднощі з передбаченням розвитку стосунків між людьми, через що їхні дії можуть бути несподіваними. Емоційну відкритість можна назвати недостатньою в даному випадку, що чинить вплив на сприйняття ними інших людей.

Високий рівень емпатії, згідно із результатами вищезазначеної методики, демонструє 5% представників лікарського персоналу і 20% представників середнього медичного персоналу. Такі люди чутливі до потреб і проблем оточуючих, мають непідробні відчуття співпереживаня і розуміння. Зазвичай, їм подобається міркувати про майбутнє знайомих, вони чуйні, цінують дружбу, швидко встановлюють контакти з оточуючими та знаходять з ними спільну мову. До них часто тягнуться діти, вони намагаються не допускати конфліктів і знаходити компромісні рішення. Крім того, добре переносять критику на свою адресу. Оцінюючи події, більше довіряють своїм відчуттям та інтуіції, ніж аналітичним висновкам. Поважають і прагнуть до роботи в команді більше, ніж до самостійної, відокремленої праці. Але, через розвинену емоційну чутливість, таких людей легко вивести з рівноваги.

Низький рівень емпатії мають лише 5% представників лікарського персоналу. Скоріш за все, вони відчувають труднощі в установленні контактів з людьми, незручно почуваючи себе серед великої їх кількості. Емоційні прояви у вчинках оточуючих іноді здаються їм зайвими та безглуздими. Зазвичай, вони прагнуть працювати наодинці, ніж перебувати в колективі. Однозначно, такі

люди прибічники раціональних рішень. Ця відчуженість зумовлена носінням "панциру", байдужістю до проблем і поведінки близьких й оточуючих. Серед представників середнього медичного персоналу респондентів із низьким рівнем емпатії виявлено не було. Дуже низький рівень емпатії не продемонстрував жоден медичний представник.

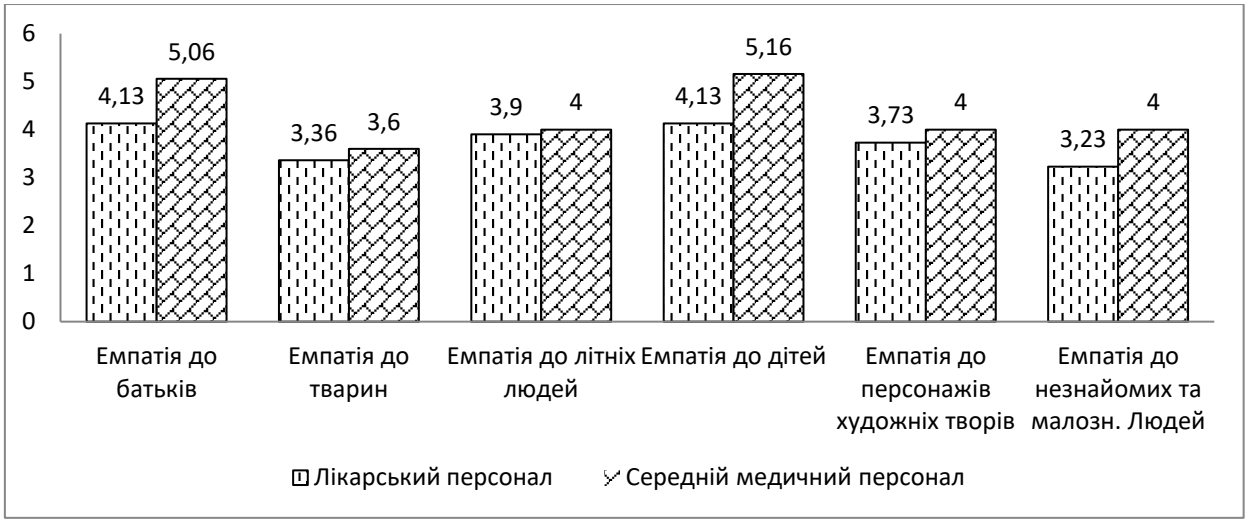


Рис. 3.3. **Рівні прояву медичними представниками різних ланок емпатії в різних сферах життя**

Проілюструвавши на рисунку 3.3. результати прояву емпатії досліджуваних груп у різних сферах людського життя, виявили наступне: у категоріях «Емпатія до тварин», «Емпатія до персонажів художніх творів» та «Емпатія до незнайомих та малознайомих людей» представники середнього медичного персоналу мають дещо вищі показники, ніж представники лікарського персоналу. Щодо шкали «Емпатія до літніх людей», то тут показники майже однакові у представників обох медичних ланок. У той же час, у категоріях «Емпатія до батьків» та «Емпатія до дітей» ці показники значно вищі. На нашу думку, це пояснюється тим, що середній медичний персонал у зв’язку із специфікою роботи має більш тісний контакт з пацієнтами та їх родичами, що дозволяє їм глибше зрозуміти емоційні стани, потреби пацієнтів та їх сімей. Також, часто пацієнти можуть бути більш емоційно вразливими чи нестабільними, маючи потребу у додатковій підтримці і уваги, що, у свою

чергу, має вплив на розвиток емпатійності представників середнього медичного персоналу. Вочевидь, вони більш зосереджені на людсьому аспекті догляду.

Відповідно до завдань нашого дослідження, заключним його етапом було виявлення особливостей фасилятивного потенціалу представників середнього медичного та лікарського персоналу. Для цього ми використали методику діагностики фасилятивного потенціалу М. Казанжи (див. розділ ІІ).

Таблиця 3.3.

Рівні сформованості фасилятивного потенціалу лікарського та середнього медичного персоналу

Рівні фасилятивного потенціалу			
Досліджувані групи	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Лікарський персонал	0%	100%	0%
Середній медичний персонал	0%	100%	0%

За даними таблиці 3.3 всі респонденти лікарського та середнього медичного персоналу, мають середній рівень фасилятивного потенціалу. Це свідчить про те, що медичні працівники обох досліджуваних груп здатні підтримувати та сприяти розвитку професійних і міжособистісних стосунків, але в їхніх навичках ще є простір для вдосконалення.

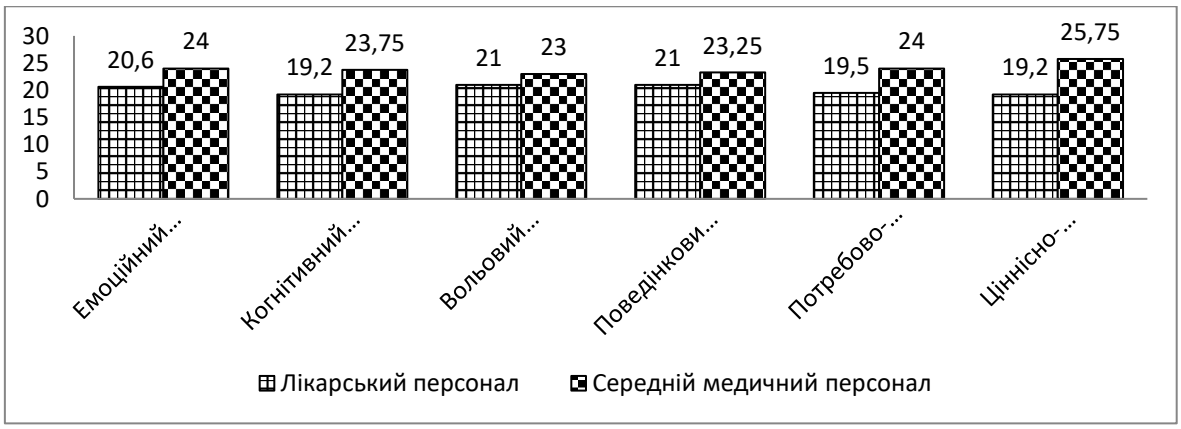


Рис. 3.4. **Рівні сформованості компонентів фасилятивного потенціалу у медичних представників різних ланок**

На основі даних рисунку 3.4. можемо стверджувати, що за всіма показниками по компонентах фасилятивного потенціалу середня кількість балів по кожному із них є більшою у представників середнього медичного персоналу, ніж у представників лікарського персоналу. Це обумовлено, згідно із нашими поглядами, тим, що представники середнього медичного персоналу, враховуючи специфіку їхніх обов'язків, більшу кількість часу проводять із пацієнтами, надаючи психологічну підтримку, через що мають можливість більшою мірою розвинути в себе навички емпатії та сприяння. Їхня робота спрямована на створення середовища, яке підтримує пацієнтів емоційно та психологічно, що є ключовим фактором у розвитку цих якостей. Крім того, враховуючи отримані дані стосовно фасилятивного потенціалу, можемо припустити, що медсестри, часто виконуючи роль фасилітаторів у комунікації між лікарями, пацієнтами та їхніми родичами, допомагаючи вирішувати конфлікти і забезпечуючи злагодженість у роботі медичної команди, мають більш розвинені навички фасилітації.

3.3. Індикація кореляційних зв'язків емпатійності та фасилятивного потенціалу представників середнього медичного та лікарського персоналів

Для встановлення взаємозв'язку між рівнем емпатичних здібностей та фасилятивним потенціалом серед представників різних медичних ланок нами було проведено кореляційний аналіз, результати якого зображені на рисунках 3.5. та 3.6. Для обчислення кореляційних зв'язків було застововано коефіцієнт Пірсона.

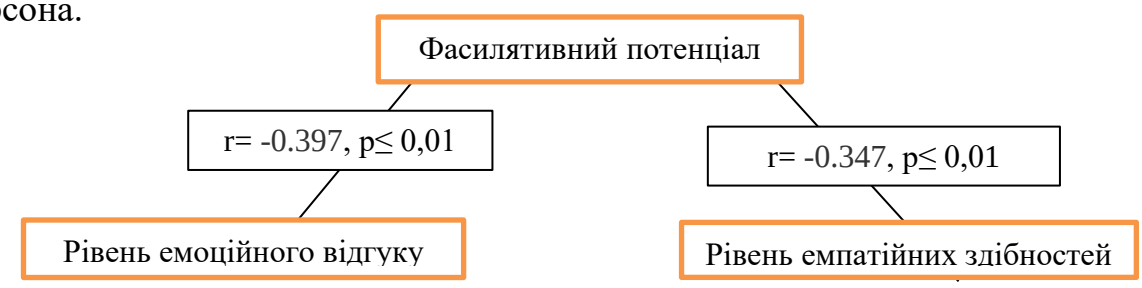


Рис. 3.5. **Кореляційна плеяда статистичних зв'язків фасилятивного потенціалу й емпатійності представників лікарського персоналу**

На основі даних рисунку 3.5. нами було виявлено помірний негативний кореляційний зв'язок між змінними «Фасилятивний потенціал – Рівень емпатійних здібностей» та «Фасилятивний потенціал – Рівень емоційного відгуку», який складає r=−0.347; p≤ 0,01 та r= -0.397, p≤ 0,01 відповідно. Це свідчить про те, що зі збільшенням однієї змінної інша матиме тенденцію зменшуватися, але цей зв'язок не є дуже сильним. Підсумовуючи ці дані, можемо стверджувати, що фасилятивний потенціал та емпатичні здібності представників лікарського персоналу функціонують окремо один від одного.

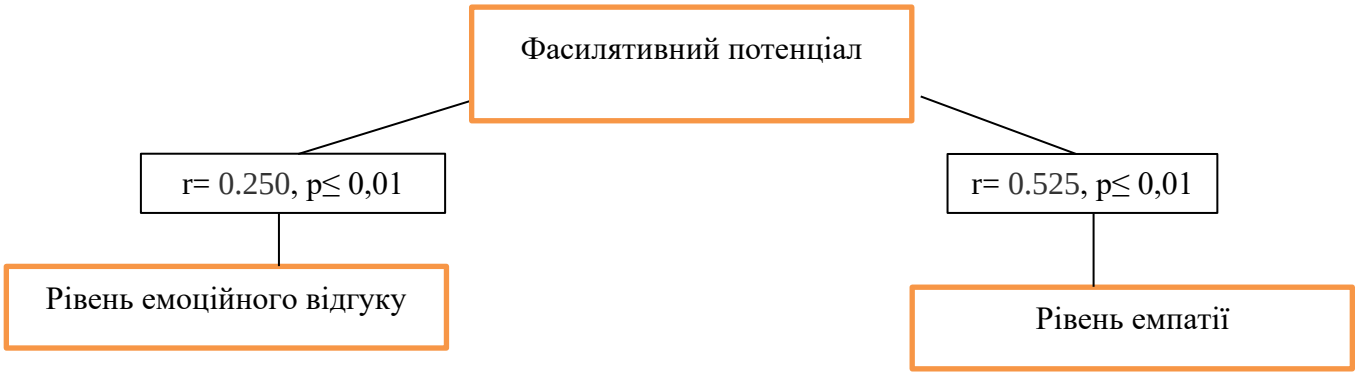


Рис. 3.6**. Кореляційна плеяда статистичних зв’язків фасилятивного потенціалу й емпатійності представників середнього медичного персоналу**

Як бачимо з рисунку 3.6., нами був визначений слабкий позитивний зв’язок між змінними «Фасилятивний потенціал – Рівень емоційного відкугу», який дорівнює r= 0.250, p≤ 0,01. Це означає, що зі збільшенням одного показника інший також зростає, але не суттєво. Тож, у цьому випадку, фасилятивний потенціал і рівень емоційного відгуку мають певний позитивний взаємозв’язок: зі зростанням емпатії фасилятивний потенціал також буде підвищуватись, хоча і в незначній мірі.

Крім цього, нами було виявлено помірний позитивний зв’язок між змінними «Фасилятивний потенціал – Рівень емпатії», який складає r= 0.525, p≤ 0,01. Таке значення кореляції свідчить про те, що ці дві змінні мають позитивний помітний зв’язок і при збільшенні одного показника інший також зростає. Тож, можемо сказати, що зі збільшенням рівня емпатії рівень фасилятивного потенціалу також помітно збільшиться.

Таким чином, у результаті проведення емпіричного дослідження ми підтвердили гіпотезу про те, що існують відмінності в особливостях взаємозв'язку емпатійності представників середнього медичного й лікарського персоналів та їх фасилятивного потенціалу. Можемо стверджувати, що середньому медичному персоналу притаманний позитивний зв'язок між емпатійністю та фасилятивним потенціалом, а представникам лікарського персоналу притаманний негативний зв'язок між даними феноменами. Це може свідчити про те, що певний рівень емпатійні здібностей у середнього молодшого персоналу сприяє розвитку фасилятивного потенціалу. Припускаємо, що у лікарського персоналу, можливо, існують інші фактори, що мають вплив на ці змінні. Отримані результати дали нам підставу для розробки практичних рекомендацій, які допоможуть у тренуванні й розвитку емпатійних вмінь та фасилятивних навичок досліджуваних груп.

3.4. Практичні рекомендації для медичних працівників: техніки тренування емпатійних вмінь та фасилятивних навичок

Техніки тренування – це методи чи комплекс вправ, які використовуються для розвитку та вдосконалення певних професійних, соціальних чи особистих навичок людини. Здебільшого вони спрямовані на те, щоб людина не тільки отримувала нові знання, а й навчилася ефективно застосовувати їх на практиці. Техніки тренування складаються зі спеціальних вправ, які підкріплені конкретними стратегіями та інструментами, що допомагають систематично розвивати навички за допомогою постійної практики й зворотного зв'язку.

Наразі, у багатьох сферах діяльності людини застосовуються техніки тренування і розвитку необхідних вмінь. Ці техніки мають практичне втілення у вигляді рольових ігор, навчальних сценаріїв та кейсів, менторства й коучінга, саморефлексій групових обговорень тощо. Враховуючи неспинний темп

нашого життя і постійний розвиток, який торкається всіх сфер сьогодення, важливість тренування вмінь і навичок крокує поруч із кожним спеціалістом. Перш за все, це обумовлює позитивну динаміку у покращенні виконання професійних обов'язків, підвищує продуктивність праці. Отримані нові навички чи розвиток існуючих забезпечують кар'єрне зростання та підвищують професійну кваліфікацію. Тренування навичок дозволяє краще адаптуватися до нових робочих викликів та допомогає знизити рівень стресу при складних чи кризових робочих ситуаціях. Крім цього, це сприяє розвитку соціальних та комунікативних навичок у спілкуванні з колегами, пацієнтами чи клієнтами.

Пропонуємо наступні практичні вправи, які можуть виконуватись, як додаткові, під час тренінгу з розвитку емпатійних навичок, так і як окрема програма роботи під супроводом психолога. Вправи розраховані на групову роботу.

Вправа №1 «Що відчуває людина?».

Мета: тренування навичок розуміння емоцій сторонньої людини.

Що необхідно: папір; олівці кольорові й чорні; кулькові ручки; фотокартки.

Хід виконання: психолог роздає кожному учаснику папір і набір олівців, після чого кожен учаник отримує фотокартку із зображенням людини, яка переживає певні емоції, що відображено відповідним виразом обличчя. Психолог пропонує уважно роздивитися фотокартки. Після чого, учасникам пропонується обговорити те, що вони бачать. Психолог направляє учасників, задаючи питання «Як ви думаєте, що відчуває ця людина?», «Що могло викликати ці емоції?», «Про що говорить вираз обличчя?»

Після обговорення психолог пропонує намалювати події, які могли викликати обговорені емоції у людей із фотокарток.

Вправа №2 «Як я маю вчинити?».

Мета: тренування навичок спостереження, піклування про інших.

Що необхідно: фотокартки із сюжетними зображеннями.

Хід виконання: психолог заздалегідь готує фотокартки із сюжетними зображеннями конфліктного змісту. Наприклад:

- фотокартка №1 із зображенням фізичного протистояння: бійка підлітків, повз яких байдуже проходять дорослі;

- фотокартка №2 із зображенням непорозуміння чи образи: група дітей грається, а одна дитина стоїть осторонь;

- фотокартка №3 із зображенням конкуренції: двоє персонажей змагаються при нерівних умовах за певний приз;

- фотокартка №4 із зображенням суперечки або сварки: група людей активно сперечається, проявляючи ворожість один до одного;

- фотокартка №5 із зображенням соціального конфлікту: напруженість у групі людей на підставі етнічної відмінності одного з учасників.

Картки розкладаються на столі зображенням донизу. Психолог пропонує учаснику взяти одну картку навмання. Група розглядає фотокартку і описує ситуацію, яка зображена на ній. Після цього психолог пропонує кожному знайти вихід із запропонованої конфліктної ситуації.

Вправа №3 «Причина – це…».

Мета: тренування навичок виходу із конфліктної ситуації.

Що необхідно: відеолекторій, персонажі яких кривдять один одного або конфліктують.

Хід виконання: психолог пропонує переглянути ряд відеороликів, на яких забражені різні конфліктні взаємодії між людьми. Після перегляду психолог пропонує кожному учаснику зробити припущення щодо причин цих

конфліктів. Група обговорює бачення кожного учасника і кожен учасник висловлює свою щодо завершення тієї чи іншої конфліктної ситуації.

Вправа №4 «Відчуй себе…».

Мета: тренування навичок аналізу різних емоційних станів.

Що необхідно: заздалегідь підготовлені картки із зображенням природніх явищ, як «позитивних», таких як сонячна, тиха погода, різдвяний снігопад чи теплий морський бриз, так і «негативних»: повінь, шторм, пиловий смерч тощо; папір; кулькові ручки.

Хід виконання: спочатку психолог роздає картки із зображенням «позитивного» явища природи. Завдання кожного учасника: уважно роздивитись зображення і скласти невелику емоційну розповідь від імені цього явища, починаючи, наприклад, фразою «Якби я був/була різдвяним снігопадом, я б відчував/відчувала…». Основне завдання – передати найбільш притаманні цьому явищу події, описуючи їх за допомогою емоцій. Після цієї розповіді психолог міняє картки, роздаючи зображення «негативних» явищ і просить скласти такий самий опис, але вже згідно нового явища. Після написання розповідей психолог ініціює обговорення того, в якиї сферах свого життя учасник відчувають описані емоції.

Вправа №6 «Проект щастя».

Мета: тренування власних навичок розуміння щастя.

Що необхідно: підбірка журналів; брошур; клей; ватман; ножиці.

Хід виконання: психолог пропонує учасникам за допомогою вирізок із журналів і брошур створити загальний проект, на якому кожен учасник зобразить своє бачення щастя. Під час виконання психолог пропонує відповісти на такі запитання: «Чи залежать наші емоції від емоцій інших людей?», «Чи

важливо розрізняти емоції інших людей?», «Чи залежить наше власне відчуття щастя від емоцій інших? Якщо «так», то чому? Якщо «ні», то чому?».

Вправа №7 «Відображення емоцій».

Мета: розвинути навички розпізнавання емоцій пацієнтів.

Що необхідно: картки із описом різних медичних діагнозів.

Хід виконання: учасники розбиваються на пари, кожна з яких отримує картку з описом певного діагноза. Завдання однієї людини – грати роль пацієнта, описуючи ситуацію, друга людина в парі – медпрацівник, завдання якого не лише слухати пацієнта, а й зчитати емоції і озвучити їх, використовуючи фрази «Я розумію, що ви відчуваєте…», «Я басу, що вас турбує…» тощо. Після виконання, люди в парі міняються місцями, але отримують нову картку із діагнозом. Після виконання впарв учасники разом із психологом обговорюють наскільки успішно їм вдалося відобразити емоції і чи важко це було зробити.

Вправа №8 «Емоційний пазл».

Мета: розвиток вміння розпізнавати складні емоції пацієнтів.

Що необхідно: папір; кулькові ручки.

Хід виконання: учасники розбиваються на пари і кожен з учасників викладає на папері будь-яку стресову ситуацію і емоції, які пережив. Після чого, один з них, граючи роль «пацієнта», намагається відтворити цю ситуацію, не називаючи її, а використовуючи лише невербальні жести, міміку та емоції. Задача іншого – відгадати, розпізнати емоції і окреслити ситуацію, яку намагалися відтворити. Після виконання вправи група разом із психологом обговорює наскільки складно було відгадати емоції через невербальні жести і як ці навички можуть бути корисними у медичній практиці.

Вправа №9 «Ігра з фасилятативними техніками».

Мета: підвищити здатність медперсоналу допомогати пацієнтам приймати складні рішення.

Що необхідно: виконується без додаткових матеріалів.

Хід виконання: вправа виконується групою. Розігрується ситуація, в якій одному з учасників, «пацієнту», необхідно прийняти складне рішення стосовно свого лікування (наприклад, лягти на термінову, позапланову операцію). Інші учасники, виконуючи роль медичного консіліума, мають підтримати «пацієнта», використовуючи фасилятативні техніки, такі як, підтримуючі запитання, активне слухання, пропонування варіантів рішення тощо. Після виконання кожен учасник ділиться своїми відчуттями, висловлюючи думку, наскільки запропоновані рішення були вдалими і чи можливо їх вдосконалити.

Вправа №10 «Інтерпретація».

Мета: розвинути навички підтримки через фасилітацію.

Що необхідно: додаткові матеріали не потребуються.

Хід виконання: учасники розбиваються на пари, один з яких, виконуючи роль «пацієнта», описує медичний стан, але використовуючи лише загальні або нечіткі формулювання типу «Мені десь тут болить…», «Мені важко», «Я не знаю як це описати», «Якось тубує, але не розумію де» тощо. Інший учасник, використовуючи уточнюючі запитання і через надання підтримки, має вивести розмову з «пацієнтом» на більш конкретний рівень обговорення його емоцій і самопочуття. Після виконання група разом із психологом обговорює, як фасилітація допомогає пацієнтам відкритися.

Враховуючи той факт, що деяким людям може бути важко чи некомфортно працювати у групі, відкриваючи свій внутрішній світ, пропонуємо комплекс вправ для індивідуального виконання.

Вправа №1 «Щоденник емпатії».

Мета: розвиток усвідомлення власних емоційних реакцій.

Хід виконання: пропонується щодня записувати ситуації взаємодії із пацієнтами, акцентуючи увагу на почуттях пацієнта: чи підвищувався тон, як змінювалась міміка, чи змінювалась інтонація голосу тощо. Таку ж увагу слід приділити своїм власним почуттям на прояв емоцій пацієнтом, задаючи собі питання «Я відреагував/ла саме так, тому що…?», «Що я відчув/ла, коли почув/ла…?», «Чи важко мені прийняти цю емоцію пацієнта?» тощо. Прислухайтесь до себе, чи відчували ви в певні моменти внутрішні емоційні бар'єри?

В кінці кожного тижня рекомендується переглядати записи і проаналізувати, в яких ситуаціях було легко надавати підтримку пацієнту, а в яких ця підтримка далася важко. Це може допомогти у розумінні власних емоційних тригерів.

Вправа №2 «Зміни перспективу погляду».

Мета: розвинути навички бачення ситуації очима іншої людини.

Хід виконання: оберіть одну або декілька ситуацій з пацієнтами, що викликали складні або незрозумілі емоції. Уявіть себе на місці пацієнта і поставте собі такі запитання: «Що цей пацієнт відчував?», «Як він сприймає цю ситуацію?», «Як він її переживає особисто?», «Як він сприймає реакцію медпрацівника на події?».

Аналіз подібних ситуацій може допомогти краще розуміти пацієнтів і виявляти більше емпатійності у спілкуванні із ними.

Вправа №3 «Аналіз невербальної комунікації».

Мета: розвинути здатність розпізнавати емоції через невербальні знаки.

Хід виконання: під час роботи чи спілкування з пацієнтами свідомо звертайте увагу на невербальні знаки: рух очей, жестикуляцію, міміку, зміну

пози чи хитання ногою. Після взаємодії проаналізуйте, які невербальні знаки якими емоціями могли бути викликані. Які емоції виражали ці знаки? Як вони змінювалися і що цьому передувало?

Регульрний аналіз невербальних знаків розвиває здатність розуміти емоції пацієнта та покращує комунікацію загалом.

Вправа №4 «Оцінка емпатії в дії».

Мета: свідоме тренування навичок емпатії.

Хід виконання: оберіть конкретного пацієнта із конкретною медичною історією і діагнозом, поставте перед собою завдання максимально проявляти емпатію під час спілкування з цим пацієнтом. Використовуйте активне слухання, відображайте почуття пацієнта і підтримуйте невербальну комунікацію. Після спілкування проаналізуйте свій стан і як це вплинуло на взаємодію із пацієнтом. Бажано фіксувати результати власних спостереженнь письмово, щоб мати можливість оцінити прогрес і відмітити, як прояв емпатії впливає на комунікацію і подальшу роботу.

Вправа №5 «Фасилітація – підтримка».

Мета: тренування навичок фасилітації через надання підтримки пацієнтам.

Хід виконання: оберіть пацієнта, в якого складна медична ситуація і який потребує допомоги у прийнятті рішення чи подоланні труднощів. Намагайтеся ставити відкриті запитання, цікавтеся потребами пацієнта, допоможіть йому знайти необхідне рішення, але без прямого впливу на нього чи відкритої поради.

Після цього проаналізуйте, наскільки реалізовані вами навички були успішними, чи зміг пацієнт прийняти рішення і які техніки потребують доопрацювання і покращення.

Надані рекомендації спрямовані на підвищення емоційної компетентності медичних працівників різних ланок, розвиток емпатійної взаємодії, що сприятиме підвищенню якості надання медичних послуг. Рекомендовані вправи можуть допомогти у розвитку емпатії та фасилятивного потенціалу медичних працівників, що поліпшить взаємодію з пацієнтами.

ВИСНОВКИ

Аналіз наукової літератури з досліджуваної проблеми і результати проведеного емпіричного дослідження дозволяють сформулювати наступні висновки:

1) проблема вичення взаємозв'язку емпатійності й фасилятивного потенціалу у медичних представників різних ланок є вкрай важливою, оскільки це обумовлює якість медичної допомоги, сприяє покращенню міжособистісної комунікації в медичній сфері, зменшенню професійного вигорання та дотримання сучасних етичних стандартів, що підтверджується чисельними науковими працями зарубіжних й вітчизняних дослідників;

2) у рамках різних наукових підходів емпатія розглядається як процес ідентифікації та інтерналізації почуттів інших, що сприяє становленню особистості та розумінню внутрішніх конфліктів. Також вченими підкреслюється роль емпатії, як ключового чинника розвитку автентичних міжособистісних стосунків і самореалізації особистості та наголошується важливість когнітивних процесів у формуванні емпатичних реакцій;

3) емпатія є багатовимірним та динамічним явищем, що має складну структуру, включаючи в себе як внутрішні (емоційні та когнітивні), так і зовнішні (поведінкові) аспекти. Її функціонування залежить від індивідуальних особливостей, ціннісно-мотиваційної сфери, досвіду та здатності людини адаптуватися до різних ситуацій спілкування;

4) у порівняні з емпатією, дослідження фасилятивного потенціалу у психології все ще є відносно новим і менш поширеним. У медичній сфері дослідження фасилятивного потенціалу стає все більш актуальним у зв'язку з необхідністю створення ефективного командного середовища та збільшенням потреби у покращенні комунікації між медичним персоналом і пацієнтами.

Зарубіжні вчені зосереджуються на фасилітаційних навичках медичних працівників у контексті лідерства, взаємодії з пацієнтами та міждисциплінарної співпраці. В українських дослідженнях явище фасилітації також починає бути більш актуальним, особливо в галузях, які вивчають динаміку групової роботи. Проте, незважаючи на зростання інтересу до фасилітації, її дослідження у професійній діяльності медичних працівників все ще залишаються менш систематизованими порівняно з іншими аспектами професійної діяльності;

5) аналізуючи дані емпіричного дослідження, можемо підсумувати, що явище емпатійності виявилося більш розвиненим серед представників середнього медичного персоналу, що ми пов’язуємо з їхньою безпосередньою довготривалою взаємодією з пацієнтами та потребою в догляді, підтримці й розумінні. У лікарського персоналу загальний рівень емпатії дещо нижчий, вочевидь через те, що їхня роль передбачає більшу відповідальність за прийняття рішень, що призводить до зниження емоційної чутливості у стосунках із пацієнтами;

6) показники фасилятивного потенціалу, який включає у себе здатність сприяти ефективному розв’язанню конфліктів та покращенню командної взаємодії, виявилися також вищими у представників середнього медичного персоналу. Зростання цього потенціалу, як показують результати, пов'язане з розвитком емпатії, що підкреслює взаємозв'язок між цими двома компонентами;

7) аналіз кореляційних плеяд свідчить про те, що емпатія та фасилятивний потенціал неоднаково взаємодіють у представників різних ланок медичного персоналу. Певна самостійність цих двох феноменів спостерігається у лікарів, тоді як у середнього медичного персоналу вони більш пов’язані між собою. Скоріш за все, це пов’язано з різними професійними обов’язками та рівнем емоційного проникнення при спілкуванні з пацієнтами. Тож, гіпотеза, яку ми висунули на початку нашого емпіричного дослідження, отримала підтвердження;

8) розвиток емпатійних навичок та навичок фасилітації у медичних працівників різних ланок потребує цілеспрямованих тренінгів та практичних занять, що сприятиме не лише покращенню якості медичної допомоги, а й емоційному благополуччю персоналу та пацієнтів. Керуючись результатами дослідження нами були розроблені практичні рекомендації для медичних працівників, а саме техніки тренування емпатійних вмінь та фасилятивних навичок;

9) подальші дослідження можуть бути спрямовані на виявлення специфічних особливостей взаємозв'язку емпатійності та фасилятивного потенціалу у представників різних медичних ланок, що, в свою чергу, дозволить розробити індивідуальні стратегії розвитку цих якостей залежно від професійних ролей. Вивчення даного взаємозв'язку може сприяти вдосконаленню управлінських підходів, що включають емоційний інтелект, адаптивне лідерство та підтримку персоналу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Андрейко С. С., Бобух В. В. Фасилітація в освітньому процесі медичного закладу вищої освіти. Сучасні тренди розвитку медичної освіти: перспективи і здобутки. Полтава, 2021. С. 13-14.

2. Багрій Я. Т. Психоаналіз: Навчальний посібник. Київ, 2016. 138 с.

3. Бреусенко-Кузнєцов О. А. Когнітивна психологія: комплекс навчально-методичного забезпечення для підготовки бакалаврів усіх напрямів. Київ, 2017. 43 с.

4. Безверхий О. Змінені стани свідомості в сучасній практичній психології. Індивідуальність у психологічних вимірах спільнот та професій: Збірник наукових праць / За заг. ред. Л. В. Помиткіної, О. М. Ічанської. Київ, 2020. 231с.

5. Батсон К. Д. Альтруїзм у людини. Журнал особистості та соціальної психології. Нью-Йорк, 2011. №77 (3). С. 103-108.

6. Байда М. В. Підготовка майбутніх учителів філологічних спеціальностей до реалізації технологій кооперативного навчання у професійній діяльності: дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук за спеціальністю 13.00.04 – Теорія і методика професійної освіти. Житомир, 2016. 237 с.

7. Волкова Л. Й. Формування фасилятивності – інтегративної професійно-особистісної якості у майбутніх учителів засобами педагогічного тренінгу. Педагогічний альманах. Херсон, 2014. Випуск 22. С. 57-70.

8. Гоулман Д. Емоційний інтелект / Пер. С.-Л. Гумецька. Харків, 2023. 512 с.

9. Гофман М. Л. Емпатія та моральний розвиток: наслідки для турботи та справедливості. Журнал «Емпатія: філософські та психологічні перспективи». Нью-Йорк, 2001. С. 53-64.

10. Гроф С. Психологія майбутнього: уроки з сучасних досліджень свідомості / Пер. з англ. Я. Винницької, О. Редчиць. Львів, 2015. 328 с.

11. Гусакова І. В. Емпатія у сфері медичної освіти – діагностичні інструменти. Медична освіта. Вінниця, 2013. №1. С. 51-54.

12. Гуцол М. І. Розмаїття методів фасилітації та застосування їх на онлайн-практиці навчання латинської мови та медичної термінології у вищій школі. Актуальні питання лінгвістики, професійної лінгводидактики, психології і педагогіки вищої школи: Зб. статей V Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Полтава, 19–20 листопада 2020 р.). Полтава, 2020. С. 125–130.

13. Джеймс В. Філософський енциклопедичний словник / За ред. В. І. Шинкарук та ін. Київ, 2002. 742 с.

14. Д'юї Дж. Демократія і освіта / Пер. М. Олійник, І. Босак, Г. Пехник. Львів, 2003. 294 с.

15. Журавльова Л. П. Психологія емпатії: Монографія. Житомир, 2007. 328с.

16. Журавльова Л. П. Психологічні основи розвитку емпатії людини: дисертація на здобуття ступеня доктора психологічних наук за спеціальністю 19.00.07 – Педагогічна та вікова психологія». Одеса, 2008. 429 с.

17. Зливков В. Л., Лукомська С. О. Психологічні особливості волонтерської діяльності у сучасній Україні: мотиваційний аспект. Науковий вісник МНУ ім. В.О. Сухомлинського «Психологічні науки». 2015. Випуск 2(15). С. 40-46.

18. Ковалів Ю. І. Гуманістична психологія. Літературознавча енциклопедія: у 2 т. Київ, 2007. Т. 1. 246 с.

19. Корнєєва А. Г. Емпатія в теорії Карла Роджерса. Promising areas of theoretical and applied research. 2022. November. С. 80-84.

20. Котлова Л. О., Шикирава Н. М. Структурно-динамічна модель розвитку емпатії практичних психологів. Social and Economic Aspects of Education in Modern Society. 2020. December. RS Global. С. 46-47.

21. Колісник І. А., Панькевич А. І., Гоголь А. М. Становлення емпатичного лікаря: сучасні погляди і виклики. Український стоматологічний альманах. 2022. № 4. С. 68-72.

22. Казанжи М. Й. Психологічні особливості фасилятивності як властивості особистості: дисертація на здобуття вченого ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.01 – загальна психологія, історія психології. Одеса, 2006. 252 с.

23. Казанжи М. Й. Особливості взаємозв'язку показників емпатійних здібностей та фасилятивного потенціалу особистості. Наука і Освіта. Одеса, 2011. Випуск №9. С. 101-105.

24. Казанжи М. Й. Структура фасилятивного потенціалу особистості: досвід побудови. Одеса, 2013. 252 с.

25. Казанжи М. Й. Поняття фасилятивності, її види та деякі грані прояву основної функції. Теорія і практика сучасної психології. 2012. Випуск 5. С. 19-28.

26. Лушин П.В. Личностные изменения как процесс: теория и практика. Одесса, 2005. 334 с.

27. Максименко С. Д., Ірхін Ю. Б., Деркач Л. М., Марусинець М. М., Касинець М. М. Психологічна організація модульного формування когнітивних здібностей: генетико-креативний підхід: Навчальний посібник: в 2 томах. Том 2. Київ, 2023. 356 с.

28. Міненко О. О. Теоритичний аналіз проблем емпатії в різних напрямах психології. Розвиток наукової думки постіндустріального суспільства: сучасний

дискурс. Секція XIX «Психологія та Психіатрія». МЦНД. Львів, 28 квітня 2023. С. 160-162.

29. Мітіна С. В. Емпатія як професійно важлива якість медичного фахівця. Науковий вісник Херсонського державного університету. 2017. Випуск 1, Том 1. С. 82-88.

30. Маєр Ю. В. Психологічні особливості розвитку емпатії у підлітків – вихованців навчальних закладів закритого типу. Проблеми сучасної психології. 2013. Випуск 21. С. 348-358.

31. Матузаєва Н. О. Психологічні та етико-деонтологічні аспекти підготовки медичної сестри до спілкування з пацієнтом. Магістр Медсестринства. 2015. №2 (14). С. 34-40.

32. Павлюк Т. В., Толокова Т. І. Емпатія у професійній діяльності медичних сестер. Медсестринство. 2018. №1. С. 53-56.

33. Пребуш Н. З., Михайлишин У. Б. Емпатія як психологічна особливість особистості, Молодіжна наукова ліга. Секція 17 «Психологія та Психіатрія». 2023. С. 197-199.

34. Робсон Д. Життя без емоцій / Пер. А. Олійник. Харків, 2021. 321 с.

35. Синявський В. В., Сергєєнкова О. П. Психологічний словник / За ред. Н.А. Побірченко. Київ, 2007. 274 с.

36. Сергєєнкова О. П., Столярчук А. О., Коханова О. П., Пасєка О. В. Загальна психологія: Навчальний посібник. Київ, 2012. 297 с.

37. Тишкевич-Львова Є. В. Психологічні особливості спілкування медичної сестри і пацієнтів із позицій медичної деонтології. Медсестринство. 2021. №1. С. 57-59.

38. Чуйко Г. В. Емпатія в контексті моральних почуттів. Psychological journal. 2018. № 5 (15). С. 40-54.

39. Чорненко Ю. С. Рівень розвитку професійних якостей у випускників медичного коледжу: дипломна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр». Науковий керівник: доктор психологічних наук, професор Папуча М.В. Ніжин, 2020. 70 с.

40. Шайгородський Ю. Ж. Екологічна психологія. Екологічна енциклопедія: у 3 т. / Редкол. А. Толстоухов (голов. ред.) та ін. Т. 1. Київ, 2006. 320 с.

41. Юнг К. Г. Про Психоаналіз / Пер. К. Котюк. Харків, 2023. 232 с.

42. Aronson E. The jigsaw classroom. Journal «Creative Education». 1978.Vol. 5. № 16. Pp. 451-467.

43. Brown J., Isaacs D. The World Café: Shaping Our Futures Through Conversations That Matter. Berrett-Koehler Publishers. 2005. 242 p.

44. Decety J., Jackson P. L. The functional architecture of human empathy. Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews. 2004. 61 p.

45. Goleman D. Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ**.** Bantam Books. 2005. 352 p.

46. Howard G. Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences. New York, 1983. 430 p.

47. Hojat M. et al. The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. Academic Medicine. 2009. Vol. 84. №11. Pp. 1182-1191.

48. Kaner S. Facilitator's Guide to Participatory Decision-Making. Jossey-Bass. 2007. 363 p.

49. Meyers D. G. Social Psychology (10th Ed). Access Library Journal New York, 2010. Vol. 6. №3. Pp. 987-1014.

50. Mercer S. W., Reynolds W. J. Empathy and quality of care. British Journal of General Practice. 2002. Vol. 8. №6. Pp. 1487-1499.

51. Piaget J. The Origin of the Idea of Chance in Children (Psychology Revivals). London, 2014. 270 p.

52. Piaget J. The child and reality: Problems of genetic psychology (Trans. Arnold Rosin). Grossman. 2016. 307 p.

53. Schein E. H. Process Consultation Revisited: Building the Helping Relationship. Addison-Wesley. 1999. 256 p.

54. Silverman J., Kurtz S., Draper J. Skills for Communicating with Patients. 2005. 317 p.

55. https://я-психолог.укр/cpanel/cpanel