

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗВО «УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

На правах рукопису,
остаточна версія



/Підпис студента/

РУДЕНКО Ганна Олександрівна

**РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ТЕХНІК MINDFUL SELF-COMPASSION
(MSC) ПРИ ПОДОЛАННІ ВИГОРАННЯ В РОБОЧОМУ
СЕРЕДОВИЩІ**

Спеціальність 053 - Психологія

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

Кафедра клінічної психології

Науковий керівник

Блозва Павло Ігорович

Викладач кафедри клінічної психології УКУ,

кандидат психологічних наук

/Підпис наукового керівника/

Львів – 2024

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра клінічної психології

Пояснювальна записка

до магістерської роботи

магістр

(освітній ступінь)

на тему:

**«Результативність технік Mindful Self-Compassion (MSC) при подоланні
вигорання в робочому середовищі»**

Виконала:

студентка 6 курсу групи ЗПК 22/М

спеціальності 053 «Психологія»

Руденко Г.О.



Керівник: викладач кафедри клінічної

психології УКУ, кандидат психологічних наук

Блозва П. І.

Рецензент: в.о. декана факультету психології

та педагогіки, доцент кафедри психології

розвитку та консультування ТНПУ ім. В.

Гнатюка, Адамська З.М.

Львів – 2024

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я
Кафедра клінічної психології

Освітній ступінь ___магістр_____
Спеціальність ___053 Психологія_____
Освітня програма Клінічна психологія з основами когнітивно-поведінкової
терапії_____

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри_____

“ ___ ” _____ 20__ року

**З А В Д А Н Н Я
НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЕКТ (МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ)
СТУДЕНТУ**

Руденко Ганна Олександрівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи — Результативність технік Mindful Self-Compassion (MSC) при подоланні вигорання в робочому середовищі
керівник роботи — Блозва Павло Ігорович, викладач кафедри клінічної психології УКУ, кандидат психологічних наук

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені Вченою Радою факультету від “ ___ ” _____ 20__ р. № протокол ___

2. Строк подання студентом _____

3. Вихідні дані до роботи У структуру роботи входить вступ, I, II, III розділи, висновки, список використаної літератури, додатки

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки 1) Провести теоретико-методологічний аналіз джерел на тему вигорання в робочому середовищі та самоспівчуття; 2) Знайти взаємозв'язки між вигоранням і самоспівчуттям; 3) Побудувати теоретичну модель; 4) Спланувати та провести емпіричне дослідження; 5) Проаналізувати результати.

5. Перелік графічного матеріалу Рисунок 1 «Концептуалізація вигорання за ВАТ», Рисунок 2 «Теоретична модель дослідження результативності технік Self-Compassion при подоланні вигорання в робочому середовищі»,

Руденко Г.О. Назва магістерського проєкту: «Результативність технік Mindful Self-Compassion (MSC) при подоланні вигорання в робочому середовищі». Магістерська робота за спеціальністю 053 «Психологія»

Руденко Г.О. / Український католицький університет. Кафедра клінічної психології; Наук. керівник: викладач кафедри клінічної психології УКУ, кандидат психологічних наук Блозва Павло Ігорович – Львів: УКУ, 2024. – 90 с.

Анотація: Тема дипломної роботи: «Результативність технік Mindful Self-Compassion (MSC) при подоланні вигорання в робочому середовищі». Робота складається з трьох розділів, кожен з яких має від одного до чотирьох підрозділів. Список використаної літератури складається 89 джерел. Робота містить 90 сторінок.

Метою роботи було вивчення результативності Mindful Self-Compassion (MSC) при подоланні вигорання в робочому середовищі. Явище вигорання в робочому середовищі є одним з причин погіршення ментального стану осіб не лише у сфері роботи, але й поза нею — вигорання є причиною презентизму, абсентеїзму, звільнень, а також погіршення психологічного та фізичного самопочуття. Вважається, що одним з предикторів вигорання є особистісні фактори, зокрема самокритика, перфекціонізм, невміння розуміти власний емоційний стан. В той самий час техніки Mindful Self-Compassion (MSC) можуть розвинути здатність бути більш співчутливим та уважним до себе.

Об'єктом дослідження стало вигорання у робочому середовищі.

Предметом дослідження була результативність впливу технік MSC при роботі з вигоранням у робочому середовищі.

Метою роботи було дослідити результативність впливу технік MSC на вигорання в робочому середовищі.

Методи дослідження: теоретичний аналіз наукової літератури, емпіричне дослідження за допомогою впливу на учасників техніками MSC.

Висновок: техніки усвідомленого самоспівчуття знижують прояви вигорання, при чому вплив через брошуру ефективніший за вплив через поєднання тренінга та брошури.

Ключові слова: вигорання, техніки Mindful Self-Compassion, самоспівчуття

The purpose of the thesis was to study the efficacy of methods for treating occupational burnout that involve mindful self-compassion (MSC).

Occupational burnout has an impact on people's life outside the workplace as well. It is a major factor in presenteeism, absenteeism, layoffs, and the decline of both physical and mental health. It is thought that personal characteristics, such as perfectionism, self-criticism, and an inability to recognize one's own emotional state, are among the elements that predict burnout. However, practicing Mindful Self-Compassion (MSC) can assist in cultivating a more compassionate and self-aware mindset.

The object of the thesis was to study the efficacy of methods for treating occupational burnout.

The subject of the study is the impact of MSC techniques on the occupational burnout.

Research methods are theoretical analysis of scientific literature, empirical research of the impact of the MSC techniques on the study participants.

Conclusion: Mindful self-compassion techniques lessen burnout symptoms, and exposure via a brochure works better than exposure via a mix of training and a brochure.

Keywords: occupational burnout, Mindful Self-Compassion techniques, self-compassion

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНІВ «ВИГОРАННЯ» ТА «УСВІДОМЛЕНОГО САМОСПІВЧУТТЯ».....	6
1.1. Означення концепції «вигорання» та інструментів його вимірювання.....	6
1.2. Аналіз факторів, що призводять до вигорання.....	17
1.3. Аналіз поняття «усвідомленого самоспівчуття» та підходів до його розвитку.....	21
1.4. Потенціал впливу усвідомленого самоспівчуття на вигорання.....	28
Висновки до розділу I.....	30
РОЗДІЛ II. МЕТОДИ ТА ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ.....	32
2.1. Методологічні особливості емпіричного дослідження впливу технік MSC на вигорання в робочому середовищі.....	32
Висновки до розділу II.....	37
РОЗДІЛ III. ОПИС РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.....	38
3.1. Аналіз даних.....	38
3.2. Описовий аналіз груп до та після впливу та кореляційний аналіз груп до експерименту.....	40
3.3. Дисперсійний та регресійний аналіз груп після експерименту.....	47
3.3.1. Дисперсійний аналіз груп до експерименту.....	48
3.3.2. Дисперсійний аналіз груп після експерименту.....	55
3.4. Особливості впливу факторів на показники після експерименту....	66
Висновки до розділу III.....	69
ВИСНОВКИ.....	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	74
ДОДАТКИ.....	83

ВСТУП

Зараз людство має все, щоби бути продуктивним: високі технології, можливість стрімко створювати продукти, їх аналізувати та покращувати. Це формує надвисокі стандарти щодо темпу, залученості, сфокусованості та ефективності. Тиск вимог є нескінченним і повсюдним — це випалює ментальний, емоційний і фізичний ресурс та не дозволяє вчасно його відновити, що створює ідеальні умови для **вигорання**.

Вигорання називають головною причиною звільнень (Limeade, 2022), абсентеїзму (коли беруть лікарняний через проблеми зі здоров'ям, підсилених вигоранням) (АХА, 2023) і презентеїзму (формальна присутність на роботі) (Nwosu et al, 2021). Воно превалує у сферах, де є стосунок людина-людина (медицина, освіта, соціальна робота, комунікації, креативна сфера тощо) (CBS, 2022), проте цей стан відомий більшості людей у світі: за звітом «Work Trend Index» (Microsoft, 2022), 76% опитаних відчувають себе такими, що вигоріли. Вигорання наразі формує ландшафт як професійних сфер, так і життя поза роботою: в «Керівних принципах з охорони психічного здоров'я на робочому місці» (ВООЗ, 2022) воно згадане як одна з причин ментальних негараздів.

Впливовими предикторами вигорання вважаються стресори роботи, але особистісні характеристики (перфекціонізм, чутливість до зовнішньої оцінки, вимогливість до себе тощо) можуть робити особу більш вразливою до вигорання. Мінімізувати вплив стресорів чи опанувати його наслідки допомагають адаптивні копінги (Shoman et al, 2021), які можуть базуватися на **самоспівчутті**, або вмінні *«підтримувати себе в моменти страждання та болю через власні помилки чи виклики ззовні»* (Neff, 2023). Дослідження підтверджують, що усвідомлене самоспівчуття є протективним фактором до вигорання (Montero-Marín et al, 2011; Dev et al, 2018).

Наразі більшість досліджень впливу на рівень вигорання стосуються практик усвідомленості для зниження стресу (MBSR), або їх поєднання з Mindful Self-Compassion (MSC) (Goodman, Schorling, 2012; dos Santos et al 2016; Magallón-Botaya et al, 2021). Емпіричне вивчення впливу саме технік MSC було розпочато, але це ще не є поширеним (Eriksson et al, 2018). Тому темою, яку ми обрали для дослідження, є «Результативність технік Mindful Self-Compassion (MSC) при подоланні вигорання в робочому середовищі».

Об'єкт: вигорання у робочому середовищі

Предмет: результативність впливу технік MSC при роботі з вигоранням у робочому середовищі

Мета: дослідити результативність впливу технік MSC на вигорання в робочому середовищі

Завдання:

1. Провести теоретико-методологічний аналіз літератури на тему вигорання в робочому середовищі та самоспівчуття;
2. Виокремити взаємозв'язки між вигоранням та самоспівчуттям;
3. Побудувати теоретичну модель;
4. Розробити та провести емпіричне дослідження;
5. Проаналізувати та підсумувати результати.

Гіпотези нашого дослідження:

Гіпотеза №1. Припускаємо, що навчання технік MSC та їх застосування знизить рівень прояву компонентів вигорання (виснаження, відчуження, когнітивних та емоційних порушень, вторинних симптомів).

Гіпотеза №2. Ймовірно здобуття навичок MSC в форматі онлайн-зустрічі, після якої будуть надані матеріали для самопідтримки для практики, буде ефективнішим за здобуття навичок через матеріали для самопідтримки.

Гіпотеза №3. Припускаємо, що в учасників контрольної групи, що не отримають технік MSC, рівень вигорання суттєво не зміниться.

Методами дослідження були обрані:

Загальнонаукові: індукція, дедукція, порівняння, аналіз, синтез.

Емпіричні: експеримент, проведений за допомогою авторських матеріалів з учасниками, відібраними за результатами відповіді на авторську анкету з питаннями щодо соціально-демографічної інформації й та повні версії психодіагностичних опитувальників: Burnout Assessment Tool (BAT) та Шкала вимірювання самоспівчуття (SCS).

Математико-статистичні: описовий, кореляційний, дисперсійний аналіз, апостеріорні тести та регресивний аналіз, виконані в програмі статистичної обробки даних IBM SPSS Statistics та розширенні XLMiner Analysis ToolPak для Google Sheets.

Наукова новизна роботи полягає в уточненні впливу технік самоспівчуття на компоненти вигорання, зокрема виснаженість.

Практична значущість. Висновки цього дослідження можуть бути корисними для розробки та імплементації програм на основі MSC для підтримки людей із різним рівнем вигорання.

Структура роботи. Магістерська робота містить вступ, три розділи, висновки, перелік використаних джерел і додатків.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНІВ «ВИГОРАННЯ» ТА «УСВІДОМЛЕНОГО САМОСПІВЧУТТЯ»

1.1. Означення концепції «вигорання» та інструментів його вимірювання

Найгучніше тема вигорання (англ. — burnout) звучить від кінця ХХ століття, хоча сама його концепція відома багато віків. Стан, схожий на вигорання («асідія», *acedia*), описував преподобний Іоанн Касіян Римлянин у своїх згадках про ченців в єгипетських монастирях V ст. (Parker & Tavella, 2021). Приклади вигорання містяться і в художній літературі: у збірнику «Пристрасний пілігрим» Вільяма Шекспіра 1599 року та оповіданні «Перевтілення» Франца Кафки є описи вигорання (в першому випадку — від кохання, в другому — від роботи). Наслідки вигорання документувалися та офіційно: зокрема в Японії в 1969 році вперше було зареєстровано явище раптової смерті через перепрацювання, що отримало окрему назву — «кароші», *karōshi*. Сьогодні вигорання знайоме всім поколінням, але поширене серед людей віком до 40 років. На загал 14% зумерів (нар. 1997–2010 рр.) та 17% міленіалів (нар. 1981–1996 рр.) називають вигорання причиною звільнення з попередньої роботи (Deloitte, 2024).

Термінів, які описують вигорання, безліч — деякі з них можна вважати майже синонімічними до визначення, проте деякі описують цей стан лише частково. В західній науковій літературі превалює термін «burnout» і зустрічається «Clinical burnout» (van Dam, 2021) та «Work-related depression» (Unger, 2007), в той час, як в наукових роботах пострадянського середовища можна знайти такі формулювання як «синдром емоційного вигорання», «психічне вигорання» тощо.

Вигорання не вважається медичним станом, проте воно є синдромом, що погіршує стан ментального та фізичного добробуту.

В Міжнародному класифікаторі хвороб, МКХ (The International Classification of Disease, ICD), термін «burnout» вперше з'явився у 10-й редакції у 1994 році (ICD-10, 2016) під кодом Z73.0 у розділі «Чинники, що впливають на стан здоров'я і звернення до системи охорони здоров'я» і був описаний як «стан життєвого виснаження». Середній рівень вигорання є предиктором підвищеного ризику серцево-судинних захворювань, діабету II типу та загальної смертності (Ahola et al., 2010). У 2003 році Шведська національна рада з питань охорони здоров'я та соціального забезпечення ввела схоже до опису вигорання поняття — «розлад виснаження» (utmattningssyndrom) (Kalliomäki & Brodda Jansen, 2021), який був прийнятий як офіційний діагноз за шведською версією МКХ-10 під кодом F43.8A та стосується розладів адаптації. Цей розлад описується не менш ніж 2-тижневими симптомами нестачі ментальної та фізичної енергії, порушенням концентрації, пам'яті та сну, емоційною нестабільністю, а також фізичним болем, тремтінням та запамороченнями — через стресори (пов'язані не лише з роботою), що впливають на особу протягом щонайменше 6 місяців до моменту звернення. Зокрема це дає підставити отримати лікарняний. Низка країн (серед яких Франція, Австрія, Люксембург) (Aumayr-Pintar et al., 2018) вважають вигорання проблемою, що привертає до себе увагу науковців та соціальних організацій.

У МКХ-11 (ICD, 2019) «вигорання» отримало новий код, QD85, та його опис був розширений. Вигорання визначили як *«синдром, сформований внаслідок неопанованого хронічного стресу на робочому місці»*, що характеризується трьома вимірами:

- почуттям виснаженості або браку енергії;

- відстороненням від своєї роботи/ відчуттям негативізму/ цинізму щодо роботи;
- відчуттям власної неефективності та браку досягнень.

За цим означенням, вигорання пов'язується саме з робочим середовищем і сам термін звучить як «burnout», а не як «occupational burnout». Це наводить на думку, що будь-яке вигорання стосується робочих обов'язків. Цікаво, що, хоча «вигорання» передусім стосується робочого середовища, все частіше дослідники виокремлюють ознаки стану вигорання у студентів («академічне вигорання») (Bakhtiarpour, S., 2022), соціальних активістів (Danquah, R. et al., 2021), батьків дітей з тяжкими хронічними захворюваннями (Mikolajczak, M. et al., 2019) або людей, які доглядають за хворими чи літніми родичами. Про те, що вигорання не обов'язково спричинене роботою, говорять і дослідники – і далі ми будемо зупинятися на цьому. Передбачаємо, що незабаром офіційне визначення вигорання буде уточнення — з'явиться формулювання, яке підкреслить, що вигорання пов'язане не стільки з професійною діяльністю, скільки з постійним виконанням будь-яких вимогливих обов'язків.

Вигорання є широкою і досі не до кінця означеною концепцією, елементи опису якої перетинаються з ознаками тривожних та депресивних станів (хоча вже є дослідження, які диференціюють вигорання та депресію за аналізом результатів ЕКГ (Tement et al, 2016), фізичного та ментального виснаження, а також втомою від співчуття та травмою свідка (WebMD, 2022). Виснаження (ментальне, емоційне, фізичне) як реакція на пролонгований емоційний, ментальний та фізичний дистрес не є вигоранням, просте може стати його ознакою. В МКХ-11 цей стан рекомендують диференціювати (ICD-11, 2019) від розладу адаптації, розладів, пов'язаних зі стресом, тривожних та фобічних розладів, а також розладів настрою. При цьому синдром «вигорання» як діагностичний стан

не згадується в жодній з редакцій керівництва Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

Далі ми будемо наводити різні концепції розуміння та визначення вигорання, запропоновані авторами низки відомих опитувальників в цій темі. Але для початку згадаємо історію виникнення наукового дискурсу навколо феномену вигорання, його концептуалізацію та інструментарій для вимірювання.

Одним з перших явище перевтоми від роботи описав американський психолог Едвард Лі Торндайк, стверджуючи, що головний принцип втоми є *«нестерпність будь-яких зусиль»* (Thorndike, 1914). Він вважав, що втома є як нездатністю, так і небажанням витратити зусилля на роботу, що відображається відповідно на енергетичній і мотиваційній складовій. Втім першим термін «вигорання» для означення психологічного стану виснаження через виконання робочих обов'язків використав уповноважений виправної служби США Гарольд Б. Бредлі. У 1969 році він вжив словосполучення «вигорання персоналу» (staff burnout), описуючи власні спостереження за поведінкою офіцерів, які керували корекційною програмою для умовно засуджених молодих правопорушників.

В науковій сфері термін «вигорання» (burnout) вперше застосував психолог-практик психоаналітичного підходу Герберт Фрейденбергер, коли описував результати формального дослідження психічного стану волонтерів медичного закладу, де надавали безоплатну допомогу безхатченкам та споживачам наркотичних речовин. Автор зібрав комплекс симптомів (виснаження від надмірних вимог до роботи, головний біль, безсоння, «вибухи гніву», ментальна негнучкість) в один стан — і дав йому назву «вигорання», яку запозичив із лексикона споживачів наркотичних речовин (цим словом вони описували наслідки хронічного зловживання) (Schaufeli et al., 2009). Фрейденбергер назвав вигорання

*«станом психічного та фізичного виснаження, викликаного професійним життям людини» (Kraft, 2024), що склався «через надвисокі вимоги щодо енергії, сили та ресурсів» (Heinemann & Heinemann, 2017). Він описував ознаки вигорання як **«фізіологічні** (відчуття виснаження та втоми, нездатність позбутися тривалої застуди, часті головні болі та шлунково-кишкові розлади, безсоння та задуха) та **поведінкові** (ознаками є швидкість прояву гніву співробітника та його миттєве роздратування та розчарування)» (Freudenberger, 1974).*

Серед найперших наукових дослідників вигорання були Алайя Пайнс та Еліот Аронсон, які в 1981 році опублікували роботу «Burnout: From Tedium to Personal Growth» та визначили стан вигорання як такий, що *«є ідентичним до знудження щодо визначення та симптоматики, але є унікальним для людей, що працюють з людьми в емоційно вимогливих ситуаціях. Знудження — це переживання фізичного, емоційного та ментального виснаження. Воно характеризується емоційним і фізичним виснаженням і відреченням від самого себе, свого оточення, своєї роботи та свого життя» (Pines & Aronson, 1981). Вони вважали, що вигорання може статися не лише у тих, хто працює з людьми, а й студентів, партнерів, політичних активістів, батьків і домогосподарок, та створили опитувальник для широких мас — Burnout Measure (BM). Його перша версія вийшла у 1981 році та містила питання щодо фізичного, емоційного та ментального виснаження. В 1988 році автори опублікували іншу роботу, «Career Burnout: Causes and Cures», де описали компоненти вигорання: **«фізичне виснаження** характеризується низькою енергією, хронічною втомою та слабкістю», **«емоційне виснаження** включає насамперед почуття безпорадності, безнадійності та поглинання», а **«ментальне виснаження** характеризується розвитком негативного ставлення до себе,*

роботи та самого життя» (Pines & Aronson, 1988). Тоді ж до ВМ внесли оновлені версії формулювання запитань.

Формулювання Пайнс та Аронсона є одним з найперших, та більш точним на той час було означення, запропоноване Пітером Л. Брілем. Він зазначив, що вигорання є пов'язаним з роботою, дисфоричним і дисфункціональним станом особи без вираженої психопатології — особи, котра мала належний рівень продуктивності та афективності в тій самій робочій ситуації, проте зараз не може відновитися до попереднього рівня без сторонньої допомоги чи зміни середовища (Brill, 1984).

Одночасно з Фрейденбергером (але незалежно від нього) проблемою емоційного стану працівників соціальних сфер зацікавилася дослідниця соціальної психології Крістіна Маслах та її колеги. Вони помітили, що адвокати, що працювали з бідними верствами населення, часто використовували слово «burnout» для опису поступового виснаження, цинізму та втрати готовності виконувати обов'язки. Маслах адаптувала цей термін для опису схожого стану, який спостерігала у соціальних працівників — вони мали емоційне виснаження, почали негативно сприймати своїх підопічних, а також зіштовхувалися з кризою професійної компетентності (Maslach, 1976, 1993). Дослідники концептуалізували цей стан як *«синдром емоційного виснаження, знеособлення та зниження відчуття персональних досягнень, що виникає в осіб, які виконують соціальну роботу певного формату»* (Maslach & Jackson, 1986).

На основі висновків про природу вигорання, створили опитувальник для оцінки ступеня вигорання Maslach Burnout Inventory (МВІ). Спочатку Маслах і її колеги говорили, що вигорання стається виключно у сфері людина-людина, але у 1996 році випустили загальну версію МВІ, що описує кризу в стосунках людини з роботою не лише в гуманітарній сфері. Наразі МВІ є в варіантах (для медиків, соціальних робітників, освітян,

студентів і загальний) та має три шкали: **виснаження** (втрату енергії через перевантаження та стрес), **цинізм** (втрата емоційного, соціального і когнітивного зв'язку з роботою та людьми, дотичними до неї) та **професійна ефективність** (вмотивованість, впевненість у своїй компетенції, спроможності мати досягнення та здатності справлятися з викликами). МВІ став найуживанішим опитувальником для оцінки рівня вигорання, проте виникло багато критики через нечіткість формулювань (наприклад, через те, що «цинізм» є не компонентом, а копінгом, і те, що цей опитувальник не безоплатний, а значить, і не загальнодоступний).

Темою вигорання також зайнялася група дослідників Євангелія Демеруті, Арнольд Б. Беккер, Іоанна Вардаку та Арістотеліс Кантас. Вони визначили професійне вигорання як *«тривалий психологічний стан поганого самопочуття, який сигналізує про те, що особи більше не можуть і не хочуть докладати зусиль у своїй роботі»* (Bakker & Vergel, 2020). Дослідники багато у чому погоджуються з іншими колегами, проте передумовами вигорання вбачають **високі вимоги до роботи**, що вимагають тривалих фізичних, емоційних чи когнітивних зусиль (робоче навантаження, неоднозначність ролей, рольовий конфлікт, стрес через виконання ролі, стресові події та тиск роботи), та **брак ресурсів** (фізичних, психологічних, соціальних чи організаційних аспектів роботи, що допомагають досягти робочих цілей і сприяють особистому зростанню) для подолання цього (Bakker & de Vries, 2021). Насправді ідея того, що в основі вигорання лежить дисбаланс вимог та ресурсів, звучала ще в 1980 році — Кері Черніс був одним з перших, хто описав професійне вигорання як процес взаємодії ресурсів та вимог. Він писав, що Перша стадія передбачає дисбаланс між ресурсами та вимогами (стрес), друга стадія — безпосереднє, короткочасне емоційне напруження, втому, виснаження (перенапруга), а на третій стадії відбувається низка змін у ставленні особи

та її поведінці — схильність поводитися з клієнтами відсторонено та механічно або мати цинічний фокус на власних потребах, що працює як захисний копінг (Cherniss, 1980).

Щоби описати, як дисбаланс між робочими та особистісними ресурсами та вимогами роботи, що веде до виснаження та зниження залученості, у 2001 році Євангелія Демеруті, Арнольд Б. Беккер, Фрідгельм Нахрейнер і Вільмар В. Шауфелі представили Job Demands–Resources (JD–R) Model of Burnout (Demerouti et al., 2001). За цією теорією, вигорання виникає, коли особа відчуває, що результати роботи не відповідають докладеним до неї зусиллям (Schaufeli et al., 2011). Це породжує емоційне виснаження, яке може стати хронічним. Щоб не стикатися з дискомфортом, як стратегію подолання стресу особа використовує деперсоналізацію або цинічне ставлення і в результаті має низьку самореалізацію. У 2001 році Демеруті, Беккер та їхні колеги створили опитувальник Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), що оцінює аспекти вигорання за двома основними шкалами: **виснаження** як наслідок інтенсивного фізичного, афективного та когнітивного напруження та **відсторонення від роботи**, або ж дистанціювання від об'єкта та змісту своєї роботи, негативного, цинічного ставлення до неї загалом. Результати відповідей за цим опитувальником вкладаються в три рівні (низький, середній та високий) та шкалюють ступінь вигорання відповідним чином.

Іншими дослідниками, яки занурилися в цю тему, стали Тейдж С. Крістенсен, Маріан Боррітс, Ебб Вілладсен та Карл Б. Крістенсен. За означенням Т. С. Крістенсена, вигорання — це не просто втома чи виснаження особи, бо додатковою ключовою ознакою є їх зв'язок з доменами чи сферами життя людини. Одним із таких доменів є робота, а більш конкретним — робота з клієнтами (Kristensen et al., 2005).

Дослідники виявили, що фактором ризику є не робота сама по собі, а умови, в яких вона відбувається. За Т. С. Крістенсенем, основними факторами ризику є так звані «фактори стосунків»: погане керівництво, відсутність соціальної підтримки, визнання та оцінки, конфлікти на роботі, булінг та харасмент тощо. У людиноорієнтованій роботі факторами ризику є, наприклад, клієнти з погрозами, скаргами та проявами жорстокості.

У 2005 році Т. С. Крістенсен і його колеги опублікували власний опитувальник для вимірювання вигорання — Copenhagen Burnout Inventory, CBI — як інструмент 5-річного дослідження PUMA, ініційованого у 1997 році на замовлення данської профспілки працівників сфери послуг. Вона помітила, що її члени стали частіше брати лікарняні та передчасно виходити на пенсію, тож звернулася до Національного інституту гігієни праці із запитом провести незалежне наукове дослідження для пояснення такої ситуації. Мета PUMA полягала у вивченні розповсюдження, поширеності, причин та наслідків вигорання, а також втручань для його зменшення. Опитувальник CBI містить питання для оцінки фізичного та ментального виснаження, викладених в трьох доменах: *особистісне вигорання* (для всіх), вигорання, пов'язане з роботою (для тих, хто має оплачувану роботу), та вигорання, *пов'язане зі взаємодією з клієнтом* (для тих, хто працює з клієнтами). Результати опитування за цими шкалами дають розуміння, чи схильні досліджувані до того, щоби скоро піти на лікарняний, мати проблеми зі сном, вживати знеболювальні препарати і звільнитися (Kristensen et al., 2005).

Вільмар Шауфелі, який довго співпрацював з Маслах, Беккером та іншими науковцями в темі вигорання, продовжив розвивати свої напрацювання окремо. На основі досліджень, які Шауфелі проводив зі колегами, він виділив понад 130 симптомів, асоційованих з вигоранням, та концептуалізував вигорання як поєднання одного основного показника

(*виснаження*) і чотирьох супутніх загальних симптомів: (1) *дистрес* (афективний, когнітивний, фізичний і поведінковий); (2) *відчуття зниження ефективності*; (3) *зниження мотивації*; (4) *дисфункціональне ставлення та поведінка на роботі*. Тож, за визначенням дослідників, вигорання є тривалим негативним ментальним станом «нормальних» осіб, що є пов'язаним з роботою та насамперед характеризується виснаженням, що супроводжується дистресом, відчуттям зниженої ефективності та мотивації і розвитком нефункціональних думок і поведінки на роботі. Це розвивається поступово, і залучена особа протягом тривалого часу може його не помічати (Schaufeli & Enzmann, 1998).

У 2019 році Вільмар В. Шауфелі, Ханс Де Вітт та Штефі Десарт презентували новий інструмент для вимірювання рівня вигорання — Burnout Assessment Tool (BAT), який у 2020 році отримав оновлення. В цьому опитувальнику є розділення на *первинні* (виснаження, відчуження, когнітивні та емоційні порушення) та *вторинні* (психологічні та психосоматичні скарги) симптоми (Burnout Assessment Tool, 2023). Дослідники сформувавши концепцію вигорання, яка використовується в BAT, за допомогою Рис. 1.1.

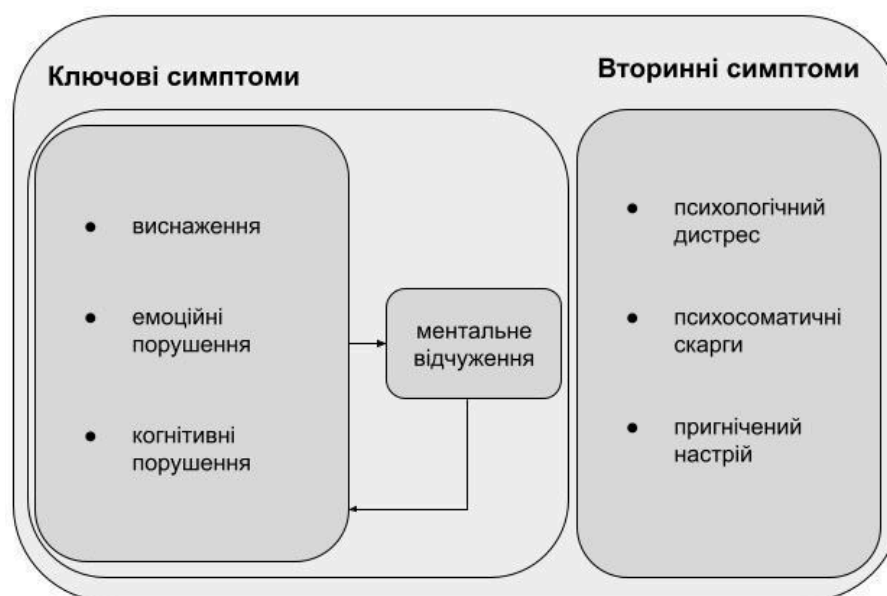


Рис. 1.1. Концептуалізація вигорання за Burnout Assessment Tool

Серед тих, хто продовжує досліджувати тему вигорання сьогодні, є Гордон Паркер, Керрі Айерс та Габріела Травелла, які розробляють ідею того, що вигорання пов'язане не стільки з впливом робочої діяльності як такої, скільки з властивостями особистості. Вони також підкреслюють, що ознаками вигорання є виснаження, тривога, байдужість, пригнічення, роздратованість, проблеми зі сном, брак мотивації та пристрасті до справи, когнітивні труднощі, знижена продуктивність, відстороненість від людей, соматичні симптоми, емоційна нестійкість (Parker et al., 2022), в той час, як вигорання звикли описувати комплексом з таких елементів як виснаження, знеособлення та заниженого відчуття персональних досягнень. За опитувальником Sydney Burnout Measure (SBM), шкалами вигорання є виснаженість, когнітивна дисфункція, втрата емпатії, соціальна відстороненість, знижена робоча продуктивність та нестабільний настрій — фактично це і є компоненти вигорання.

Не менш важливим за саме визначення «вигорання» є розуміння його *предикторів* — факторів, які створюють умови для виникнення цього синдрому. Формування вигорання — це достатньо тривалий процес, на який впливає низка факторів. Велику роль в формуванні вигорання віддають робочому середовищу, менеджменту, впливу корпоративної культури, а також вимогам, які висуває перед працівником сфера, в якій він або вона залучені. Проте не меншу роль відіграють і особистісні фактори, вміння особи справлятися з викликами, ступінь її готовності долати стрес, а також відновлюватися після нього.

В наступній частині ми більш детально розглянемо предиктори (предиспозитори, фактори, чинники) описують ті дослідники, які займаються відповідною темою. І також спробуємо дослідити роль вказаних основних факторів на формування вигорання.

1.2. Аналіз факторів, що призводять до вигорання

Як ми вже вказували на початку, більшість дослідників синдрому вигорання сходяться на тому, що його предиспозитори можна розділити на дві категорії: **організаційні** (стосуються роботи та процесу її виконання) та **індивідуальні** (стосуються особи, яка ту роботу виконує).

Організаційними є професійні виклики, ритм та навантаження, притаманні сфері, вимоги щодо ставлення до виконання обов'язків, структура процесів, стосунки з клієнтами, керівництвом та колегами, організація робочого часу, вимоги, атмосфера в колективі. Попри те, що численні дослідження задокументували зв'язок між факторами стресу на роботі та вигоранням, за висновками метааналізу, робочий стрес насправді є несуттєвим предиспозиторами вигорання. Аналіз емоційного виснаження та відсторонення/цинізму показав, що існують взаємозв'язки між виснаженням і стресом на роботі, проте відсторонення та негативізм/цинізм не пов'язані з факторами робочого стресу безпосередньо (Guthier et al., 2020). Також немає переконливих доказів, що робочий стрес є предиктором саме вигорання, а не депресії (Sen, 2022).

Організаційні фактори створюють умови для вигорання, проте саме індивідуальні фактори можуть стати модифікаторами цього процесу — вони можуть як йому посприяти, так і уповільнити чи навіть зупинити. Серед **індивідуальних** факторів можна вказати неефективні копінг-стратегії, прагнення високих стандартів, відчуття потреби конкурувати, жорстке ставлення до власних помилок та висока критичність до себе. Фрейденбергер відмічав, що більш схильними до вигорання є ті, хто є «*відданим та присвячує себе*» (Freudenberger, 1974). **Очікування**, які працівники мають щодо своєї роботи, також впливають — чим вони вищі та більш амбіційними є цілі, тим більше зусиль витрачається, що

призводить до більшого емоційного виснаження та деперсоналізації. Рівень *залученості* також є важливим — надмірна залученість вважається потужним тригером, особливо коли неможливо досягти цілей, і невідповідність між очікуваннями та реальністю може призвести до розчарування та виснаження.

Маслах та Лейтер сформулювали модель (Maslach & Leiter, 1997), яка фокусується на тому, наскільки особі вдалося налагодити зв'язок між собою та шістьма сферами: (1) *робоче навантаження*; (2) *контроль*; (3) *винагорода, стосунки з іншими*; (4) *справедливість* та (5) *цінності*. При цьому самі фактори, які впливають на формування вигорання, можна згрупувати у наступні кластери (Maslach et al., 2001):

- *особистісні характеристики* — демографічні фактори, брак соціальної підтримки, високі очікування щодо роботи;
- *характеристики роботи* — конфлікт ролей, перевантаження через виконання ролі, неоднозначність ролі та погані взаємостосунки;
- *організаційні характеристики* — робочий контекст, випадковість і непередбачуваність результатів.

За дослідженнями Деспіоїни Ксантопулу та Арнольда Беккера (Xanthoroulou et al., 2007), предикторами вигорання в першу чергу є: (1) *високі вимоги роботи*; (2) *брак робочих ресурсів* (автономія, підтримка, можливості для зростання); (3) *тиск від клієнтів*; (4) *брак особистісних ресурсів* (зокрема, самозарадності).

Шауфелі пише, що вигорання — це «*результат невідповідності між прагненнями особи та реаліями роботи*» (Schaufeli & Enzmann, 1998). Також зазначається, що часто вигорання підтримує саме себе через неадекватні стратегії подолання, пов'язані з цим синдромом. Передумови для розвитку синдрому вигорання створюються фрустрованими прагненнями та неадекватними стратегіями подолання проблем. За

висновками Шауфелі, зробленими на основі досліджень колег, потенційними предиспозиторами вигорання є (Peeters et al., 2013):

- **вимоги роботи:** (1) робоче перевантаження; (2) тиск часу; (3) кількість робочих годин; (4) кількість клієнтів; (5) проблеми через виконання обов'язків за роллю; (6) дисбаланс робота–дім; (7) емоційні вимоги.
- **ресурси роботи:** (1) брак соціальної підтримки з боку колег і керівників; (2) брак зворотного зв'язку; (3) брак участі у прийнятті рішень; (4) брак контролю над роботою.

До вигорання може призвести поєднання **кількісних** (наприклад, велике робоче навантаження, тиск часу, довгий робочий день і часта комунікація з клієнтами або клієнтами) та **якісних** вимог до роботи (наприклад, конфліктні робочі ролі, брак інформації для виконання роботи, емоційно напружені ситуації, дисбаланс між роботою та домом). Це відбувається тому, що вимоги роботи виснажують, і особі доводиться докладати більше зусиль, щоби їх задовольнити (Schaufeli & Salanova, 2014).

Паркер вказує, що предиспозиторами вигорання, крім робочих обов'язків та демографічних факторів, є особистісні риси, і саме цей компонент є ключовим: (1) **нейротизм**; (2) **внутрішній локус контролю**; (3) **орієнтація на досягнення**; (4) **низька самодостатність**; (5) **низький емоційний інтелект**; (6) **чутливість до зовнішньої оцінки**; (7) **інтровертність**; (8) **перфекціонізм**. Дослідник відмічає, що, вірогідно, модель вигорання варто формувати за принципом «вразливості–стресу»: під впливом **зовнішніх стресових подій** (наприклад, жорсткого стилю керівництва або загрози звільнення) активуються **внутрішні фактори** (зокрема, емоційна вразливість, перфекціонізм, схильність до самокритики). Відповідно до синдрому вигорання менше схильні ті, хто не

має відповідних характеристик. У концепції вигорання, розробленої Паркер та його колегами, суттєву відповідальність віддають саме внутрішнім факторам: якщо прибрати зовнішні та не опрацювати внутрішні, симптоми вигорання можуть зменшитися, але згодом повернуться (Parker et al., 2022). Один з ранніх поглядів на вигорання також фокусується на індивідуальних факторах — зокрема, нарцисизмі. За думкою Х. Дж. Фішера, якщо особа ідеалізує свою роботу і далі зазнає розчарування, вона зазвичай або зменшує свої ідеали, або виходить з ситуації. Однак ті, хто вигорають, натомість подвоюють зусилля, щоб досягти нереалістичних цілей. Вони мотивовані страхом відмовитися від нарцисичної ілюзії грандіозності та уявлення про те, що вони особливі та вищі за інших, бо на цьому ґрунтується їхнє почуття самоцінності (Fisher, 1983).

В межах системного огляду (Shoman et al., 2021) було виявлено, що предикторами вигорання, чий помірний вплив був підтверджений, стали зокрема *вимоги роботи* та *негативне ставлення до роботи*, а захисними факторами — *підтримувальна комунікація*, *адаптивні копінги* та *відпочинок*, проте високу доказовість жодного з факторів впливу встановити не вдалося. В той самий час дослідники кажуть, що зниження впливу негативних факторів може бути недостатньо і потрібно підсилювати протективні предиктори. Мінімізувати вплив стресорів чи опанувати його наслідки допомагають адаптивні копінги, які можуть базуватися на усвідомленому самоспівчутті (Mindful Self-Compassion, MSC) — вмінні «*підтримувати себе в моменти страждання та болю, який маємо через власні помилки чи виклики ззовні*» (Neff, 2023).

Провідна роль індивідуальних факторів у формуванні вигорання не означає, що це привід передавати *всю* відповідальність за вигорання особі, а не робочому середовищу, стилю керівництва, робочому навантаженню,

робочим ресурсам тощо. Проте велика доля успіху в захисті від вигорання або відновленні після нього в першу чергу належить людині й може бути здобутим завдяки власним прагненням.

1.3. Аналіз поняття «усвідомленого самоспівчуття» та підходів до його розвитку

Концепцію усвідомленого самоспівчуття простіше осягнути, розглянувши його компоненти: «усвідомленість» та «співчуття». Спробуємо проаналізувати кожне з цих понять.

За означенням Джона Кабат-Зінна (Mindful, 2022), *«усвідомленість (mindfulness) — це уважність, яке виникає через навмисне та неосудливе приділення уваги поточному моменту»*. Застосування майндфулнес в сфері ментального здоров'я пропагувалося протягом століть як частина буддистської та інших духовних традицій, а в західному світі це явище відносно нове — воно почало формуватися 1970-х роках. Усвідомленість теоретично та емпірично пов'язана з психологічним добробутом, а елементи майндфулнес (зокрема усвідомлення та неосудне прийняття поточного досвіду), вважаються ефективними протидіями поширеним проявам психологічного дистресу — румінаціям, тривозі, страху, гніву тощо, — багато з яких часто містять дезадаптивні стратегії уникнення, притиснення думок та емоцій або злиття з ними (Hayes & Feldman, 2004).

За Словником української мови, «співчуття» — це 1) чуйне ставлення до чийого-небудь горя, до чийхсь переживань, 2) доброзичливе, прихильне ставлення до кого-небудь; підтримка, схвалення. За Далай Ламою, співчуття — це *«чутливість до своїх страждань та страждань інших, із наміром спробувати полегшити біль та йому запобігти»* (Dalai Lama, 2017).

Загалом *співчуття* визначається як позитивний конструкт, який передбачає: (1) визнання та розуміння універсальності страждання, (2) відчуття емоційного зв'язку зі стражданням інших, (3) толерантність до дискомфортних почуттів, які виникають у рамках збереження усвідомленості та прийняття страждань інших і (4) спонукання діяти, щоб полегшити страждання (Strauss et al, 2016). Було запропоновано (Shonin et al., 2014) п'ять психологічних механізмів, які лежать в основі розвитку співчуття: (1) *позитивний афект* (емоційний стан, сформований умовно позитивними емоціями); (2) *позитивне мислення* (результат підтримки оптимістичного ставлення); (3) *емпатія* (відчуття та розуміння почуттів інших); (4) *покращення міжособистісного спілкування* (зв'язків між двома або більше людьми) і (5) *зменшення психологічного стресу* (стану душевного страждання).

Концепція *співчуття* є в основі підходу Compassion-Focused Therapy (CFT), який сформулював Пол Гілберт на основі надбань еволюційній психології, когнітивно-поведінковій терапії та психології тибетського буддизму. За визначенням Гілберта співчуття — це процес, який не лише лежить в основі просоціальних стосунків та має великий потенціал для зцілення розуму та тіла. Співчуття передбачає відкритість до своїх страждань та страждань інших, без засудження та захисту. Воно також передбачає бажання полегшити страждання, мати пізнання щодо причин страждання та діяти (Gilbert, 2005). CFT включає широкий спектр практик, відомих як Compassionate Mind Training, які здебільшого спрямовані на розвиток самоспівчуття.

Гілберт концептуалізував співчуття з еволюційного погляду, з фокусом на розвиток афіліативної системи ссавців (і людей зокрема), які дозволяють шукати ресурси та уникати шкоди. Ці системи відповідають за

низку емоцій щодо конкуренції та соціального статусу, співпраці/обміну, турботи та піклування, а також пошуку турботи та реакції на неї:

- Система **загроз** є центральною для виявлення загрози та реакції на неї (LeDoux, 1998). Активація цієї системи може призвести до зосередження уваги/упередженості та призвести до умовно негативних емоцій (зокрема гніву, тривоги та відрази), які ведуть до боротьби, втечі або підкорення. Робота цієї системи асоціюється з активацією амігдали, а також вивільненням адреналіну та кортизолу. Вона мотивує «бити» — перестрахуватися, щоби згодом не довелося пошкодувати.
- Система **спонукань** виконує заохочувальну функцію, спрямовуючи увагу на винагороди та ресурси (їжа, сексуальні можливості), і породжує умовно позитивні емоції мотивації, хвилювання та вітальності. Робота цієї системи асоціюється з активацією прилеглою ядра, а також вивільненням дофамін. Вона мотивує «бігти» — щоби знайти бажані ресурси.
- Система **задоволеності/заспокоєння** розвивалася разом із прихильністю/ приналежністю (DePue & Morrison-Strupinsky, 2005). Хоча ця система також породжує умовно позитивні емоції, вони відрізняються від тих, що продуковані системою спонукань, і включають відчуття умиротворення, благополуччя, задоволення і небажання продовжувати пошуки. Робота цієї системи асоціюється з активацією префронтальної кори, а також вивільненням опіатів, вазопресину та окситоцину. Вона мотивує вгамувати дистрес та сприяє прив'язаності.

За концепцією CFT, дистрес формується тоді, коли з'являється дисбаланс між трьома цими системами (зазвичай це відбувається як наслідок недостатнього функціонування системи заспокоєння). Людям зі

схильністю до високого рівня сорому та самокритичності зазвичай дуже непросто спрямовувати до себе співчуття. Також відомо, що сором та самокритика часто формуються через досвід жорстокого поводження, знущань, афективної емоційності у родині, нехтування та/або браку прихильності (Kaufman 1989; Schore 1998). Особи, які зазнали такого раннього досвіду, можуть стати дуже чутливими до загроз відторгнення чи критики з боку зовнішнього світу і швидко розвинути схильність до самонападу. Тож мета СFT в тому, щоб допомогти людині розбудувати приязнь до себе та розвинути більш співчутливий внутрішній голос для активації відчуття безпеки та прихильності. З'являється все більше доказів того, що зосередження на співчутті та його практикування можуть впливати на нейрофізіологічну та імунну системи (Davidson et al., 2003; Lutz et al 2008).

Варто звернути увагу на визначення співчуття від засновників інших форматів втручань, спрямованих на розбудову теплого ставлення до себе. За означенням Туптен Джінпи, засновника 8-тижневої програми Compassion Cultivation Training (CCT), мати «співчуття — це мати такий стан розуму, щоби розуміти ситуацію іншої людини не зі своєї перспективи, а з її, — але водночас бути здатним розуміти, що як найкращим чином вдіяти, щоб цій іншій людині допомогти». Він також додає, що співчуття є частиною *«нашої системи мотивації: емпатії, любові та відчуття зв'язку»*. За системою в основі CCT, співчуття — це взаємодія таких компонентів (Jinpa, 2010; Jinpa & Weiss, 2013):

- **Когнітивний.** Співчуття передбачає *усвідомлення страждання*. Усвідомлення містить низку когнітивних процесів, зокрема зосереджену увагу на іншій людині, сприйняття її світогляду, усвідомлення її страждань (від болю, тривоги, тривоги, невдоволення тощо) і утримання фокуса на факті цього страждання з

зосередженням на певний час. Це усвідомлення різне за інтенсивністю, неосудливе, без уникнення.

- **Афективний.** Співчуття передбачає *дбайливу та ніжну турботу* як реакцію на страждання. Воно виникає разом з готовністю увійти в емоційний резонанс з іншими та емпатійно про них турбуватися. Глибоке емоційне переживання не обов'язкове, але може виникнути як наслідок когнітивного компонента.
- **Інтенційний.** Співчуття викликає щире бажання стати свідком полегшення цього страждання — змінити його причини і умови, за якими воно виникає.
- **Мотиваційний.** Співчуття викликає чуйність — готовність вжити певних кроків, щоб полегшити страждання.

Автор іншої програми розвитку співчуття, Cognitively-Based Compassion Training (CBCT), Лобсанг Тензін Негі розуміє співчуття як мотиваційний стан, що визначається двома необхідними умовами: прихильністю до інших і усвідомленням їх страждань. CBCT бачить співчуття як щире бажання бачити інших вільними від страждань (Negi, 2005; Ozawa-de Silva et al., 2011). За означенням, співчуття містить два компоненти: (1) **афективний**, який дає почуття прихильності до окремої людини чи групи та (2) **когнітивний**, який включає усвідомлення труднощів інших.

Розробники програми Mindful Self-Compassion (MSC) Крістін Нефф та Кріс Гермер виокремили елемент самоспівчуття як ключовий. Інші тренінги базуються на більш буддистському підході, який зосереджується на ширшій концепції співчуття (наприклад, до інших, до себе та отримання співчуття від інших), а MSC зосереджується *саме на співчутті до себе*. На сьогодні MSC є єдиною програмою, яка містить не лише тренінговий, а й

психоедукативний елемент, присвячений конкретно *само-співчуттю*. За Нефф (Neff, 2009), концепція самоспівчуття має три компоненти:

- **Усвідомленість (*mindfulness*)** — на противагу до румінацій та ригідного злиття з ідеями про себе, світ та інших людей (надідентифікації). Усвідомленість — це здатність навіть попри важкі емоції бути присутнім у тому, що відбувається в поточний момент — є основою співчуття до себе. Зазвичай люди ігнорують свої важкі емоції або ігнорують їх, проте, щоби бути співчутливим до себе, потрібно усвідомлювати сам факт, що ці важкі емоції є. Якщо визнати важкість моменту, то не буде змоги відчутти до себе співчуття. Проте важливо не поринути в роздуми про це, щоби не втратити мета-погляд. Практика *усвідомленості* як такої спонукає особу просто відчувати свій біль (разом з іншими почуттями, включно з радістю), в той час, як *самоспівчуття* спрямоване не лише на заспокоєння цього болю, але й на визнання того, що він є частина загального людського досвіду (Neff, 2003).
- **Загальна людяність (*common humanity*)** — на противагу до ізольованості. Загальна, або спільна людяність — це розуміння, що всі мають схожий досвід у переживанні складних моментів життя. Важливо розуміти, що співчуття не дорівнює жалості та зверхності, бо це не погляд зверху вниз, а розуміння того, наскільки всі люди рівні в тому, щоби відчувати дискомфорт і не хотіти його. Якщо забувати про це в момент складнощів, може виникнути відчуття провини за свою неспроможність уникати викликів або легко їх долати. Це додає відчуття дефективності, відсторонює — тож ми не просто страждаємо, а й відчуваємося самотніми в цих стражданнях.
- **Добротичливість до себе (*self-kindness*)** — на противагу до саморитики, самодокорів. Добротичливість до себе — це вміння

залишатися добрим та підтримувати себе протягом важких моментів, бажання полегшити свої страждання в той спосіб, який є зараз прийнятним для себе. Нефф приводить два типи прояву доброзичливості до себе — *ніжна (tender)* та *люта (fierce) доброта*. Ніжна доброзичливість передбачає теплу підтримку себе в моменти складнощів, в той час, як люта доброзичливість потрібна тоді, коли потрібно рятувати себе від фізичної небезпеки, встановлювати кордони та протистояти несправедливості. Люте самоспівчуття може спрямовуватися як назовні (бути силою захисту від інших), так в всередину — для захисту себе від самоосуду.

Програма MSC розкриває, поєднує та інтегрує ці компоненти, а зміст кожної сесії будується на попередній (McGehee et al., 2017). На початку учасникам пояснюють концепцію самоспівчуття та вчать простим його практикам, далі — інтегрують концепцію усвідомленості та знайомлять з практикою «Люблячої доброти», потім вчать мотивувати себе добротою, а не самокритикою, а згодом торкаються технік переживання важких емоцій в стосунках з собою та іншими. Класично курс MSC триває 8 тижнів з 3.5-годинними груповими зустрічами. Проте зараз існує 3-тижнева програма з 1.5-годинними зустрічами двічі на тиждень (Short course in Mindful Self-Compassion) і 3-тижнева програма з 20-хвилинними записаними медитаціями (Kirby et al., 2017). Також Нефф створила наперед записаний навчальний семінар «Welcome to the Introduction to Mindful Self-Compassion Workshop» тривалістю 3.5 години, що містить основні концепції та практики з 8-тижневої MSC.

Терапевтичний підхід CFT, програми СВСТ, ССТ та MSC — не єдині формати розвитку співчуття та самоспівчуття. Також цікавими є програми Attachment-Based Compassion Therapy, Cultivating Emotional Balance, Being With Dying Programme, The ReSource Training Protocol та навіть окремі

медитації «Співчутлива медитація» та «Медитація люблячої доброти». Зважаючи на те, що саме MSC бере самоспівчуття за основу своєї моделі, наша подальша увага буде присвячена саме їй.

1.4. Потенціал впливу усвідомленого самоспівчуття на вигорання

Метааналіз досліджень самоспівчуття виявив суттєвий негативний зв'язок між психопатологією (сукупністю тривоги, депресії, стресу) і самоспівчуттям (MacBeth & Gumley, 2012). Інші дослідження підтверджують, що усвідомлене самоспівчуття також є протективним фактором до вигорання (Dev et al., 2018). Співчуття до себе пов'язане з адаптивними копінгамі (Sirois et al., 2015), регуляцією емоцій (Trompeter et al., 2017) та зниження почуття сорому (Sedighimornani et al., 2019). Також, як показує дослідження серед групи людей з рекурентною депресією, вищий рівень самоспівчуття пов'язаний із меншою схильністю румінувати про скоєні помилки (Svendson et al., 2022). Ефективними є не лише офлайн-версії програми, а й онлайн-формати (Yeung et al., 2023), і не лише повноформатна 8-тижнева версія, а й коротші варіанти (Smeets et al., 2014).

Загальні взаємозв'язки між техніками самоспівчуття та вигоранням наочні, але важливо зрозуміти їхній вплив на конкретні елементи моделі вигорання, щоби в майбутньому мати змогу уточнити та посилити цей вплив. Предиктори вигорання є достатньо чисельними, але можна виокремити групи факторів, які мають на особу найбільший вплив та можуть бути обрані як цілі для подальших інтервенцій в ході дослідження.

За моделлю вигорання в Burnout Assessment Tool (BAT), (2020), є *ключові* і *вторинні* симптоми вигорання: виснаження, емоційні порушення, когнітивні порушення та ментальне відчуження, а також психологічний

дистрес, психосоматичні скарги, пригнічений настрій. Як ми описували в частині 1.2., предиспозитори стану вигорання можна умовно розділити на (1) *особистісні* (пов'язані з особою, її характером, способом долати виклики) та (2) *організаційні* (характер роботи та менеджменту). Очевидно, техніками MCS вигорання важко вплинути на організаційні фактори — сутність роботи або об'єктивні умови її виконання, проте ними можна впливати на особистісні предиспозитори: наприклад, за Нефф, доброзичливість до себе є антидотом до самоосуду, загальна людяність — до емоційної ригідності, а усвідомленість — до зовнішнього локусу контролю.

На основі цього ми сформулювали модель нашого дослідження з метою вивчення впливу технік MSC на вигорання в робочому середовищі (Рис. 1.2.).

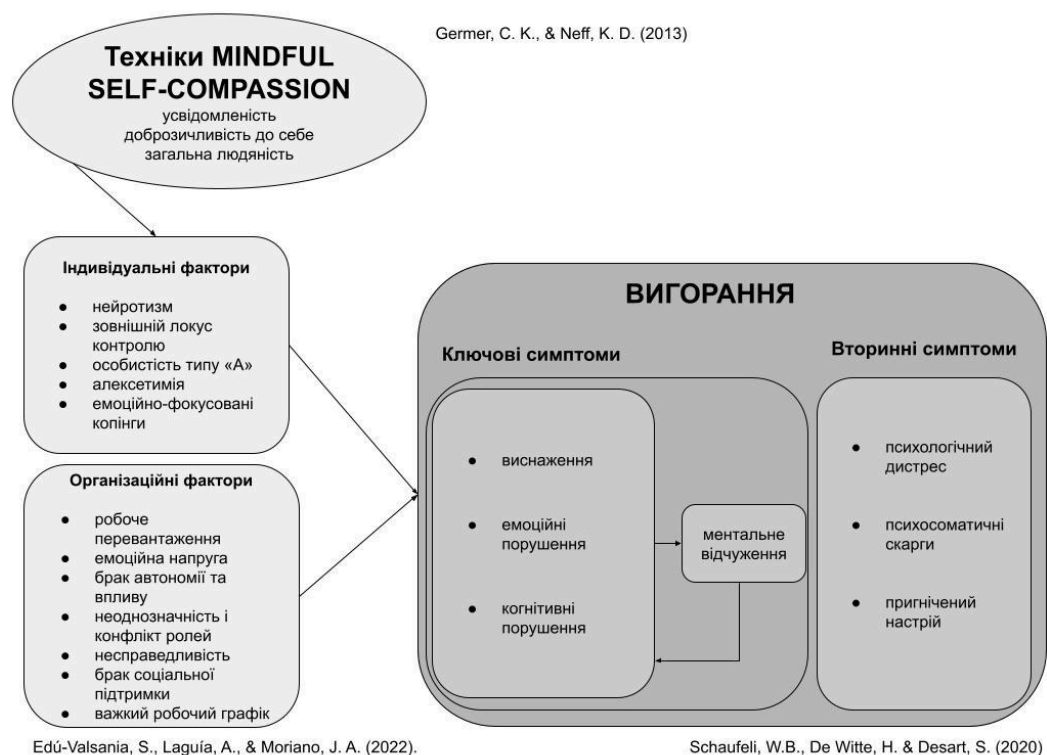


Рис. 1.2. Теоретична модель дослідження результативності технік Self-Compassion при подоланні вигорання в робочому середовищі

За моделлю Burnout Assessment Tool, яку запропонували Шауфелі, Де Вітте та Десарт (W. Schaufeli B. et al., 2020), є **ключові** (виснаження, емоційні порушення, когнітивні порушення та ментальне відчуження) та **вторинні** (психологічний дистрес, психосоматичні скарги, пригнічений настрій) симптоми вигорання. Предиспозитори цього стану можна умовно розділити на два кластери: **особистісні** (пов'язані з особою, її характером, способом долати виклики) та **організаційні** (характер роботи та менеджменту) (Edú-Valsania et al., 2022). Ми можемо спробувати вплинути на особистісні предиспозитори техніками **усвідомленого самоспівчуття**: доброзичливість буде антидотом до прояву особистості типу А, загальна людяність — до алекситимії, а усвідомленість — до зовнішнього локусу контролю.

Висновки до розділу I

Теоретичний аналіз феномену вигорання дає підстави вважати, що немає суттєвої різниці між «вигоранням на робочому місці» і «вигоранням» як таким, бо саме по собі вигорання стається тоді, коли людина відчуває дистрес від систематичного виконання обов'язків та не має внутрішніх та зовнішніх ресурсів для того, щоби його опанувати.

В цій роботі ми послуговуємося формулюванням «вигорання на робочому місці» на початку цієї роботи, бо досліджуємо в першу чергу сферу стосунків людини та її робочих обов'язків, проте далі використовуємо просто «вигорання», щоби не переобтяжувати опис. Також важливо розуміти, що вигорання варто диференціювати від фізичного виснаження, емоційної втоми, підвищеної тривожності та депресивних станів, проте все перелічене може бути як характерною ознакою та компонентом вигорання.

Причинами вигорання є як організаційні фактори (сукупність характеру роботи, управління, об'єктивних вимог тощо), так і особистісні фактори людини (спосіб реагування на труднощі, нейротизм, локус контролю, перфекціонізм тощо). Водночас навіть при менеджменті багатьох зовнішніх факторів є велика ймовірність, що особа продовжуватиме зберігати вразливість до вигорання, якщо внутрішні налаштування залишатимуться ригідними.

Вплинути на переформулювання неадаптивного способу афективного та поведінкового відреагування допомагають техніки MSC, розвиваючи в особі здатність до більш співчутливого ставлення до себе та вміння піклуватися про свій емоційний стан та ефективно розподіляти внутрішні ресурси. Це може стати протективним фактором до формування вигорання та/або може допомогти зменшити його інтенсивність.

РОЗДІЛ II. МЕТОДИ ТА ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методологічні особливості емпіричного дослідження впливу технік MSC на вигорання в робочому середовищі

Ціллю нашого дослідження стало виявлення впливу технік MSC на вигорання в робочому середовищі. Ми сформували короткострокову онлайн-програму, що складалася з психоедукативного елементу та навичок MSC, а також створили матеріали на закріплення цих навичок.

І онлайн-тренінг, і буклет з матеріалами самопомоги містили однакові структурні елементи:

- психоедукація щодо вигорання та самоспівчуття;
- дві метафори щодо співчутливого ставлення до себе («Вітрянка», «Тренер»);
- чотири практики самоспівчуття (*«Заспокійливий м'який дотик», «Перерва на співчуття», «Співчутлива мотивація» та «Прояв ніжного та лютого самоспівчуття»*).

До участі в дослідженні ми запросили людей, які помітили в себе ознаки вигорання. Для визначення фактичного рівня вигорання та самоспівчуття ми використовували опитувальник Burnout Assessment Tool (BAT; Schaufeli et. al, 2020) та Self-Compassion Scale (SCS; Neff, 2003) відповідною

Критерії включення були наступними:

- учасники мали бути старшими за 18 років;
- залученими в професійну діяльність (мати постійну оплачувану роботу, в штаті чи на фрилансі);
- не планувати залишити роботу протягом найближчих 4 тижнів;

- мати середній та високий показник вигорання ≥ 3.59 (тобто середній та вище середнього) за опитувальником (BAT);
- мати низькі та середні показники (≤ 3.50) за SCS;
- впродовж активної фази експерименту (4 тижні) не планувати для себе індивідуальну чи групову психотерапію.

Критеріями виключення стали:

- вік до 18 років;
- відсутність роботи (постійної, на фрилансі чи в штаті);
- плани залишити роботу в найближчі 4 тижні;
- низький показник вигорання ≤ 3.58 згідно з опитувальником BAT;
- високий показник самоспівчуття (≥ 3.51) за SCS;
- впродовж активної фази експерименту (4 тижні) не мати планів проходити індивідуальну чи групову психотерапію.

Інструментами вимірювання в нашому дослідженні стали первинна і завершальна анкети, які були розіслані потенційним учасникам (первинна анкета) та учасникам, відібраним після застосування критеріїв включення та виключення (завершальна анкета):

- **Первинна анкета:** авторська анкета для отримання даних для комунікації, згоди пройти етапи дослідження, а також визначення демографічних та професійних показників (11 запитань); **опитувальник для вимірювання вигорання BAT** — версія, пов'язана з роботою (33 запитання) — та **опитувальник для вимірювання самоспівчуття SCS** (26 запитань) — з якісними показниками у шкалах («рідко», «часто», «іноді» тощо).
- **Завершальна анкета:** авторська анкета для підтвердження попередньої участі, визначення демографічних і професійних показників, а також додаткових факторів впливу (11 запитань); **опитувальник для вимірювання вигорання BAT** — версія,

пов'язана з роботою — (33 запитання) та *опитувальник для вимірювання самоспівчуття SCS* (Neff, 2003) (26 запитань).

2.2 Організація та етапи проведення дослідження

Дослідження тривало 6 тижнів (з активною експериментальною фазою в 4 тижні) та відбувалося в кілька етапів:

1. Підготовчий. Вибір та поєднання опитувальників, створення анкет (первинної та завершальної), розробка тренінгу навичок, матеріалів самопомоги та плану інтервенцій та комунікації з учасниками.

2. Формувальний. Розсилка анкети, збір первинних даних, вивчення стану вигорання та рівня самоспівчуття серед учасників, відсіювання тих, хто не відповідає критеріям включення, ділення учасників на три групи: експериментальну №1 (розділену на дві частини для зручності проведення тренінгу), експериментальну №2 та контрольну №3.

3. Експериментальний. Проведення онлайн-тренінгу навичок MSC та розсилка матеріалів учасникам дослідження (з груп №1 та №2).

4. Аналітичний. Збір даних через чотири тижні після проведення тренінгу, аналіз цих даних.

5. Підсумковий. Формування висновків та їх подання.

21.02.2024 ми розмістили об'яву в соціальних мережах з описом дослідження та анкетною для потенційних учасників, яка включала авторські (здебільшого соціодемографічні) запитання та питання ВАТ та SCS для виміру рівня вигорання та самоспівчуття відповідно. До 23:59 25.02.24 ми збирали дані. Відповіді залишила 141 людина.

Застосувавши критерії включення та виключення, ми залишили 85 охочих взяти участь у дослідженні. Ми рандомізували відібраних учасників та розділили їх на три групи:

- **Експериментальна група №1 (28 учасників).** Її учасники отримали запрошення доєднатися до тренінгу навичок (денної чи вечірньої зустрічі) в застосунку Zoom — по 14 людей на кожній зустрічі. 1,5-годинні зустрічі з однаковою програмою були проведені 28.02.24. Опісля ми надіслали учасникам буклет з психоедукацією і техніками, додали їх в Telegram-чат з нагадуваннями практикувати.
- **Експериментальна група № 2 (28 учасників).** Її учасники отримали ту саму буклет з психоедукацією і техніками та були додані в Telegram-чат з нагадуваннями практикувати. Також ми запросили їх на безоплатний тренінг через місяць.
- **Експериментальна група № 3 (29 учасників).** Її учасники не мали тренінгу і матеріалів, проте отримали запрошення на безоплатний тренінг через місяць.

Для зручності наводимо ці дані у Таблиці 2.1.

Таблиця 2.1. Етапи проведення дослідження

	Експериментальна група №1	Експериментальна група №2	Контрольна група №3
Тривалість експерименту	4 тижні	4 тижні	4 тижні
Кількість учасників	28= 14 денна група 14 вечірня група	28	29
Вхідні тести BAT та SCS	так	так	так
Онлайн-зустріч розвитку навичок	так	ні	ні
Матеріали самопідтримки	так	так	ні
Вихідні тести BAT та SCS	так	так	так

Ми попросили учасників експериментальних груп №1 та №2 і контрольної №3 протягом чотирьох днів (27–29.03.24) знову пройти опитувальники.

Наше дослідження мало певні ризики:

- Учасники всіх груп (і особливо №1, яка вже отримала тренінг та матеріали) могли не мати достатньої мотивації заповнювати фінальну анкету.
- Учасники експериментальних груп могли не практикувати техніки й після відповідної відповіді, за дизайном анкети, вони не могли залишати наступні відповіді. Серед учасників могли бути люди з алекситимією, яким було б важко відповісти на питання опитувальника, які стосувалися емоцій.
- Попри ці ризики, більшість учасників заповнили обидві анкети, тож ми отримали й початковий, і фінальний замір. Для зручності наводимо Таблицю 2.2. з кількістю учасників по групах та замірах.

Таблиця 2.2. Кількість учасників у групах та по замірах

	Кількість учасників першого заміру	Кількість учасників другого заміру
Всього	85	66
Експериментальна група №1 (тренінг + буклет)	28	20
Експериментальна група № 2 (буклет)	28	23
Контрольна група №3 (очікування)	29	23

Отриманих відповідей вистачило, щоби вважати дані дослідження достатніми для проведення наступного етапу — аналізу результатів.

Висновки до розділу II

Формуючи дизайн експерименту, ми спиралися на опитувальники SCS та BAT, при чому шкали останнього практично дублюють компоненти вигорання в моделі, запропонованій Шауфелі та колегами, яка є одним з компонентів і нашої теоретичної моделі. Єдиний компонент, який відсутній в опитувальнику, — це «Пригнічений настрій», проте логічно присутній в описі шкали «Психологічні та психосоматичні скарги» (у зведеній шкалі «Вторинні симптоми»). Тож можемо сказати, що компоненти моделі та шкали фактично ідентичні.

Традиційно курс MSC триває 8 тижнів та передбачає 3.5-годинні групові зустрічі і також є інтенсиви, що тривають 3 тижні та мають низку зустрічей або записаних медитацій. Наша версія була набагато коротшою — 1.5 години тренінгу та текстові інструкції в буклеті. Наразі це найкоротший з відомих нам форматів, що використовувався для вивчення впливу MSC на вигорання, тому ми мали певні побоювання, що зміст нашої програми для розбудови навичок буде недостатнім для впливу.

Ми не організували тренінг офлайн, що могло б мати більшу ефективність. В той самий час саме онлайн-формат дозволив залучити до участі у дослідженні людей з різних країн, що дозволило забезпечити більшу рівномірність розподілу груп як мінімум за географічною ознакою.

Також ми не проводили заміри протягом тривалого часу після втручання (за 2 місяці, 6 місяців, й 1 рік), тому ми не можемо отримати результати щодо довготермінового впливу наданих технік та проаналізувати їх. Цей формат може бути використаним в подальших дослідженнях.

РОЗДІЛ ІІІ. ОПИС РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

3.1. Аналіз даних

Спочатку ми зробили первинний аналіз даних учасників в групах. Серед учасників фінального заміру було 66 людей, а серед них:

- **58** жінок та **7** чоловіків;
- **28** людей були із *сервісної* сфери (переважно робота з клієнтами), **13** — з *менеджменту* (з командою), **7** — зі сфери роботи з *документацією* (оформлення документів, звіти, розрахунки тощо), **9** мали *творчу* роботу (робота з ідеями) та **9** були з *технічної* сфери (робота з продуктом);
- **11** людей мали *менш як 1 року* досвіду у своїй сфері, **14** мали **1–3 роки**, **12** мали **3–6 років** і **18** людей було з досвідом **7+ років** у сфері.

Щоби далі працювати з даними, ми очистили дані, зокрема перевели якісні показники в кількісні у шкалах опитувальників відповідно до вказівок їх авторів. Також перед обчисленнями, як радять автори VAT, ми поєднали шкали «Психологічні скарги» та «Психосоматичні скарги» в шкалу «Вторинні симптоми». Після того, як ми обернули шкали «Самокритика», «Надідентифікація» та «Ізоляція», як це пропонують автори SAS, ми оцінили кожен з показників за цим шкалюванням. Також закодували показники статі, досвіду роботи, сфери та форс-мажорів для зручності проведення подальших розрахунків.

Далі ми нагадали собі гіпотези нашого дослідження:

№1. Припускаємо, що навчання технік MSC та їх застосування знизить рівень прояву компонентів вигорання (виснаження, відчуження, когнітивних та емоційних порушень, вторинних симптомів).

№2. Ймовірно здобуття навичок MSC в форматі онлайн-зустрічі, після якої будуть надані матеріали для самопідтримки для практики, буде ефективнішим за здобуття навичок через матеріали для самопідтримки.

№3. Припускаємо, що в учасників контрольної групи, що не отримають технік MSC, рівень вигорання суттєво не зміниться.

Результати опитувань до та після втручань були внесені у таблицю Google Таблиць та обраховувалися в програмі IBM SPSS Statistics та за допомогою розширення Google Таблиць XLMiner Analysis ToolPak. Для цього були залучені наступні статистичні інструменти й за таким планом:

- **Описова статистика.** Порівняти ступінь прояву сумарних показників VAT та SAS за медіаною та модою у всіх групах.
- **Перевірка вибірок на нормальний розподіл.** Критерій Колмогорова-Смірнова. Пороговим рівнем величини p вважається 0.05 (тож якщо $p \leq 0.05$, наші дані не є нормальними).
- **Кореляційний аналіз.** Зрозуміти, як субшкали VAT («Виснаження», «Відчуження», «Когнітивні порушення», «Емоційні порушення», «Вторинні симптоми») співвідносяться зі шкалами SCS («Самокритика», «Надідентифікація», «Ізоляція», «Доброчливість до себе», «Майндфулнес», «Загальна людяність»), а також статтю, досвідом та сферою роботи — до початку експерименту.
- **Дисперсійний аналіз, однофакторна ANOVA.** Зрозуміти, чи були групи однаковими за кожною зі шкал до та після експерименту.
- **Апостеріорні тести.** Щоби зрозуміти, які саме групи та як саме відрізнялися після експерименту.
- **Регресійний аналіз.** Зрозуміти, наскільки сильно одні шкали вплинули на інші.

3.2. Описовий аналіз груп до та після впливу та кореляційний аналіз груп до експерименту

Для того, щоби почати аналіз шкал, спершу подивимося на показники, які є пороговими для кожного з рівнів прояву самоспівчуття та вигорання — як загально, так і за шкалами. Автори ВАТ пропонують різну кількість балів для «зеленої» (немає загрози вигорання), «помаранчевої» (є ризик) та «червоної» (є вигорання) зон в різних шкалах. Для зручності зведемо ці дані в Таблицю 3.1.

Таблиця 3.1.

Показники балів різних зон для кожної зі шкал в ВАТ

ВАТ	Загально	Виснаження	Відчуження	Когнітивні порушення	Емоційні порушення	Вторинні симптоми
Зелена	1.00–2.58	1.00–3.05	1.00–2.49	1.00–2.09	1.00–2.69	1.00–2.84
Помаранчова	2.59–3.01	3.06–3.30	2.50–3.09	2.10–2.89	2.70–3.09	2.85–3.34
Червона	3.02–5.00	3.31–5.00	3.10–5.00	2.90–5.00	3.10–5.00	3.35–5.00

Для опитувальника SCS діє подібне шкалювання, проте воно є набагато простішим: низький 3.0–3.49, помірний 3.5–3.5 та високий — 3.51–5.0.

Щоби зрозуміти, чи відбулися зміни у всіх групах, ми вирішили спершу проаналізувати якими були показники експериментальної та контрольної груп, до та після, за сумою шкал всіх опитувальників ВАТ (для вигорання) та SCS (самоспівчуття) після обернення відповідних шкал. Спочатку ми проаналізували середнє та медіану кожної з трьох групи до та після впливу. Для зручності наводимо Таблицю 3.2.

Таблиця 3.2.

Середнє та медіана за ВАТ та SCS до та після впливу у трьох групах

ВАТ			
	<i>Група 1 до (тренінг+буклет)</i>	<i>Група 2 до (буклет)</i>	<i>Група 3 до (контроль)</i>
<i>Середнє</i>	3.23	3.22	3.25
<i>Медіана</i>	3.23	3.15	3.24
<i>Стандартне відхилення</i>	0.41	0.41	0.43
	<i>Група 1 після (тренінг+буклет)</i>	<i>Група 2 після (буклет)</i>	<i>Група 3 після (контроль)</i>
<i>Середнє</i>	2.66	2.56	3.04
<i>Медіана</i>	2.82	2.64	3.08
<i>Стандартне відхилення</i>	0.56	0.39	0.57
SCS			
	<i>Група 1 до (тренінг+буклет)</i>	<i>Група 2 до (буклет)</i>	<i>Група 3 до (контроль)</i>
<i>Середнє</i>	2.53	2.34	2.57
<i>Медіана</i>	2.54	2.46	2.69
<i>Стандартне відхилення</i>	0.56	0.46	0.60
	<i>Група 1 після (тренінг+буклет)</i>	<i>Група 2 після (буклет)</i>	<i>Група 3 після (контроль)</i>
<i>Середнє</i>	3.41	3.37	2.66
<i>Медіана</i>	3.54	3.35	2.75
<i>Стандартне відхилення</i>	0.71	0.58	0.72

Цей перший зріз дає загальне уявлення про зміни, які відбулися в кожній з групи. Очевидно, що найпомітніші зсуви сталися в групах №1 та №3, а зміни в групі №2 незначні. В учасників груп №1 та №2 **середній** показник **вигорання** (ВАТ) впав на 0.57 та 0.66 пункта, а в групі №3 лише на 0.21. Якщо говорити про рівень **самоспівчуття** (SCS), в групах №1 та №2 його середній рівень зріс: на 0.88 та 1.03 відповідно, а в групі №3 лише на 0.09.

За цим показником, представники всіх трьох груп мали середнє арифметичне ВАТ на початку червоної зони (вона починається з 3.02), проти після експерименту групи №1 та №2 знизили свій середній показник до початку помаранчевої зони (2.59–3.01), а представники групи №3 залишилися в червоній зоні. Рівень самоспівчуття у групі №1 та №2 підійшов до порогу високого рівня (він починається з 3.51), а в групі №3 змін майже не відбулося, вони залишилися на початку помірною.

Медіана за показниками ВАТ в групах №1 та №2 впала на 0.41 та 0.51 відповідно, а в групі №3 цей показник впав на 0.06 пункта. Для показників медіани SCS в групі №1 та №2 відбулися суттєві зміни: різниця склала 1.0 та 0.89 відповідно в бік зростання. Для групи №3 цей показник виріс на 0.06. Подивитися зміну за окремими шкалами можна в таблиці (Додаток 1).

Щоб зрозуміти, чи існує зв'язок між показниками шкал ВАТ та SCS, сферою роботи, досвідом роботи та статтю перед експериментом, був проведений **кореляційний аналіз** даних за всіма шкалами всіх груп в тому складі, в якому вони є. До цього ми проаналізували розподіл вибірок і зрозуміли, що розподіл в групах за 9 шкалами є нормальним, а за 2 не є нормальним — саме тому для подальшого аналізу використовувався коефіцієнт кореляцій Пірсона ($p < 0.01$), бо він достатньо стійкий до відсутності нормального розподілу даних.

За результатами нашого аналізу, перед початком експерименту не було значущих кореляційних зв'язків між **статтю** та будь-яким з проявів вигорання та самоспівчуття. Також немає кореляції між рівнями **досвіду** та проявами вигорання чи самоспівчуття. Так само немає кореляційних зв'язків між усіма компонентами **вигорання** і шкалами «**Доброта до себе**», «**Усвідомленість**» та «**Загальна людяність**». Ми відобразили значущі кореляційні зв'язки та представили їх у плеяді (ми брали рівень

значущості 0.05 та менше) — наводимо таблицю значень кореляційних зв'язків (Додаток 2) та рисунок з кореляційною плеядою (Додаток 3) та описуємо ці кореляції нижче.

Спочатку ми зосередилися на зв'язках в середині ВАТ, між ВАТ і SCS та між ВАТ та демографічними факторами. Ми встановили, що помірною ($0.3 \leq r \leq 0.7$) є кореляція зокрема між **виснаженням** та:

- *сферою* ($r=0.371$, $p=0.002$)
- *відчуженням* ($r=0.451$, $p=0.001$)
- *когнітивними порушеннями* ($r=0.563$, $p=<0.001$)
- *емоційними порушеннями* ($r=0.359$, $p=0.003$)
- *вторинними симптомами (тобто психологічними та психосоматичними скаргами)* ($r=0.351$, $p=0.004$).
- *надідентифікацією* ($r=-0.343$, $p=0.004$).

Тут очевидним є те, що **виснаження** має позитивну кореляцію з емоційною, когнітивною сферами та фізіологічним добробутом особи. Також в такому стані (вірогідно, як копінг-стратегія) людина починає відсторонюватися — і чим більше цього відбувається, тим більше вона виснажується. В той самий час є негативна кореляція між виснаженням та надідентифікацією — схильністю використовувати ментальні фільтри, зливатися з концепціями. Це може слугувати певним захисним механізмом: можливо, при наростанні виснаження зменшується тенденція до ментального злиття з певними думками (наприклад, вже не вистачає ментальної енергії на формування перебільшення або на зациклення). І навпаки: чим менш ми виснажені, тим більше хочеться набудувати жорстких концепцій і векторів, бо це допомагає рухатися (а сили на рух є).

Своєю чергою **відчуження** (дистанційованість та відокремленість від роботи), крім вже зазначеного, найбільш суттєво корелює з:

- *когнітивними порушеннями* ($r=0.465$, $p=<0.001$)

- *емоційними порушеннями* ($r=0.335$, $p=0.006$)
- *самокритикою* ($r=-0.328$, $p=0.007$)
- *ізоляцією* ($r=0.354$, $p=0.004$).

Можна зробити висновки, що факт **відчуження** має позитивний зв'язок з роботою когнітивної сфери особи та її здатністю підтримувати себе та свою зацікавленість в роботі та відчувати приналежності до групи. Чим більше відчуження, тим більше викликів до когнітивної роботи та тим гостріша ізолюваність. При цьому з самокритикою тут є негативний зв'язок, що може значить, що чим більш ми дистанційовані від справи, тим менш жорсткі до себе — і це працює й у зворотний бік.

Когнітивні порушення (втрата фокуса, часті забування, ясність мислення), окрім вже вказаного, мають кореляцію з:

- *емоційними порушеннями* ($r=0.465$, $p<0.001$)
- *надідентифікацією* ($r=0.420$, $p<0.001$)

Це показує, що чим вищим є прояв когнітивних порушень, тим вищою може бути емоційна лабільність та здатність бачити світ достатньо ригідно.

Емоційні порушення (емоційна нестабільність, вибуховість, нездатність поратися з емоційними проявами), окрім згаданого раніше, мають кореляцію з:

- *вторинними симптомами* ($r=0.343$, $p=0.005$)
- *надідентифікацією* ($r=-0.437$, $p<0.001$)

Тож, чим більш проявленими є емоційні порушення, тим яскравішою може бути проявленість вторинних симптомів (психологічних та психосоматичних скарг) та меншою здатність бачити себе та реальність через жорсткі концепції — і навпаки.

Вторинні симптоми (психологічні та психосоматичні скарги), окрім вже загаданого, своєю чергою негативно корелюють з

надідентифікацією ($r=0.343$, $p=0.005$). Це показує, що чим більш проявленою є надідентифікація, тим меншим може бути емоційний та фізичний дистрес, що може слугувати певним захисним механізмом.

Ми помітили, що є **позитивні взаємозв'язки** між **виснаженням** і майже всіма компонентами ВАТ — чим більш виснаженою є людина, тим більше вона схильна до **відчуження, когнітивних, емоційних, психологічних та психосоматичних порушень**, що звучить логічно: чим більше ми втомлені, тим гірше себе почуваємо — і хочемо відокремитися від джерела втоми (в цьому випадку ним є робота). Своєю чергою існують значущі зв'язки між **відчуженням і когнітивними та емоційними порушеннями**, а також **самокритикою та ізоляцією** — тобто чим більш дистанційовані ми від сенсу роботи, тим важче нам бути емоційно стабільними та когнітивно залученими, тим більше ми себе критикуємо та тим менше хочемо долучатися.

Цікаво, що є зв'язок між **виснаженням та відчуженням** і між **відчуженням та самокритикою**, проте між **виснаженням та самокритикою** кореляцій немає. Це цікаво дослідити, бо насправді багато з учасників говорили про схильність критикувати себе в моменти втоми. В той самий час є негативний зв'язок між **надідентифікацією та виснаженням, когнітивними порушеннями, емоційними порушеннями та вторинними симптомами** — і це також було б цікаво дослідити в наступних роботах, бо навпаки, за загальними відгуками, чим більшим ригідним є мислення, тим більше емоційних складнощів та психологічних і психосоматичних скарг мають люди.

Дослідивши кореляції тепер лише між шкалами SCS, ми помітили наступні значущі зв'язки:

Самокритика (схильність ставитися до себе критично, жорстко, нетерпляче) має позитивну кореляцію з:

- *надідентифікацією* ($r=0.384$, $p=0.001$)
- *ізоляцією* ($r=0.423$, $p=0.001$)
- *добротою до себе* ($r=0.544$, $p=0.001$)

Можна зробити висновок, що чим більш критичними ми до себе є, тим більш схильні ми до того, щоби навішувати на себе та інших ярлики та відсторонитися від світу. Маючи таке ставлення до себе і відповідні емоції (зокрема сором, сум, провину), нам хочеться відокремитися від інших. В той самий час таке ставлення до себе може зрештою привести нас до того, що ми захочемо бути до себе добрішими (бо, можливо, втомимося від постійних внутрішніх самодокорів).

Надідентифікація (схильність надавати речам, явищам та людям жорстких значень, ригідне мислення, злиття), окрім вже названого, має позитивну кореляцію з:

- *ізоляцією* ($r=0.393$, $p=0.001$)
- *усвідомленістю* ($r=0.393$, $p=0.001$)

Це може говорити про те, що чим більше ми орієнтуємося на певні сталі концепції та не є ментально гнучкими, тим активніше зростає відчуття відокремленості від того, що відбувається, і зрештою тим більше ми це помічаємо. Це справедливо навпаки: чим менше ми ізольовані та сфокусовані на цьому моменті, тим менш схильні до спрощення концепцій про себе, світ та інших.

Доброта себе (вміння ставитися до себе співчутливо, з теплом та без докорів) має позитивну кореляцію з:

- *усвідомленістю* ($r=0.603$, $p=0.001$)
- *загальною людяністю* ($r=0.467$, $p=0.001$)

Достатньо очікувано це може свідчити про те, що ми є добрішими до себе, якщо є добрішими до інших, і усвідомленість може підсилювати цей процес. Це працює і навпаки.

Усвідомленість позитивно корелює з *загальною людяністю* ($r=0.461$, $p=0.001$), що говорить про те, що чим більше ми бачимо реальність в моменті, тим більше ми схильні відчувати себе частиною групи зокрема і світу загалом — і навпаки.

Також цікаво, що *досвід* та *стать* не корелює з жодними шкалами ВАТ та SCS — тож ми не можемо сказати, що чоловіки або жінки більш схильні до робочого вигорання, або роки досвіду на певній роботі впливають на рівень вигорання.

3.3. Дисперсійний та регресійний аналіз груп після експерименту

Щоб зрозуміти, чи відбулася зміна шкал за ВАТ серед учасників нашого тренінгу, нам треба було порівняти показники груп до та після тренінгу та/або використання психоедукативних матеріалів та періоду очікування. Для цього ми застосуємо наступні інструменти:

1. Критерій Колмогорова-Смірнова. Користуючись їм, ми зможемо перевірити, чи мають дані нормальний розподіл. Пороговим рівнем p вважається 0.05, якщо $p \leq 0.05$, наші дані не є розподіленими нормально.

2. Однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) є статистичним інструментом, який застосовують для порівняння середніх значень двох або більше вибірок. Цей аналіз проводиться для кількісної залежної змінної (рівні прояву ВАТ та SCS) за єдиною факторною, незалежною (тренінг+буклет, буклет, контроль) змінною та дозволяє оцінити розмір ефекту — визначити, чи різняться середні значення між групами та чи ці відмінності є випадковими.

Критерій Колмогорова-Смірнова показав, що статистично значущих відмінностей за шкалами ВАТ у групі №1 (тренінг+буклет), групі №2 (буклет) та групі №3 (контроль) *до* початку експерименту немає, але вони

існують в певних групах *після* проведення експерименту. Тому ми будемо вважати цей розподіл ненормальним (тобто тим, який не можна екстраполювати на генеральну сукупність) і використовувати *критерій Лівіня* для більш точних результатів (при цьому має бути $p > 0.05$).

Після фінального заміру група №1 мала 20 учасників, а групи №2 та №3 по 23. Після цього ми проаналізували результати груп до та після впливу/очікування. Як і було заплановано, ми перевірили групи за критерієм Лівіня — він показав результати більші за 0.05, що говорить про те, що різниця дисперсій в більшості випадків не є статистично значущою, а це означає, що майже всі групи є однорідними. Це дозволило нам використати однофакторний дисперсійний аналіз ANOVA і далі підстави зробити наступні висновки за кожною зі шкал. Для зручності наводимо таблицю з цими розрахунками (Додаток 4).

3.3.1. Дисперсійний аналіз груп до експерименту

Спочатку ми розглянули *групу статистичного аналізу, яка стосується показників «до»*, бо хотіли зрозуміти, з якими показниками приходили учасники. Для цього ми проаналізували дані «до» за всіма шкалами опитувальників BAT та SCS.

Почнемо з опитувальника BAT. За *шкалою «Виснаження»*, середніми показниками груп є: «тренінг+буклет» — 3.713. «буклет» — 3.675, «контроль» — 3.725. За однофакторною ANOVA, різниця між групами дійсно не є статистично значущою ($F=0.078$, $p=0.925$), що дає підстави говорити, що групи дійсно є схожими (Рис. 3.1).

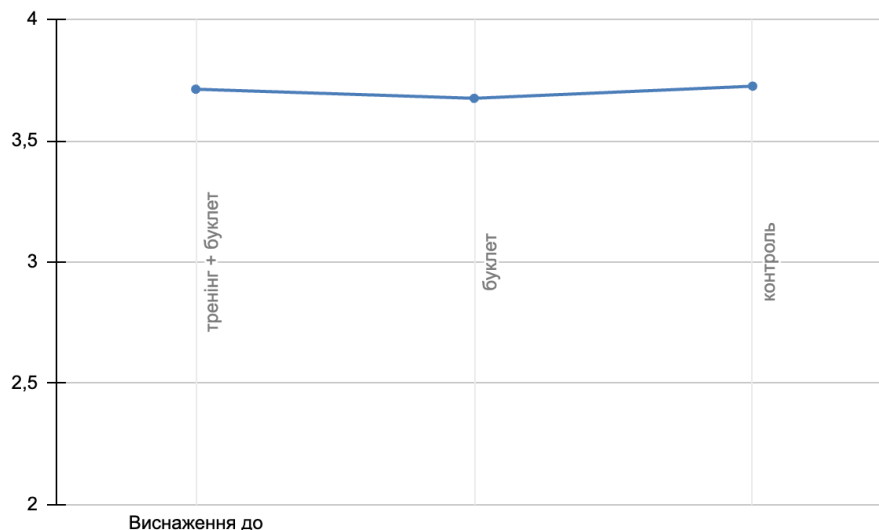


Рис. 3.1. Рівень показників середніх значень в групах до впливу за шкалою «Виснаження» ВАТ

За шкалою «Відчуження», середніми є: «тренінг+буклет» — 3.000, «буклет» — 2.770, «контроль» — 2.680. За ANOVA, різниця не є значущою ($F=1.177$, $p=0.316$), що свідчить про однаковість груп (Рис. 3.2).

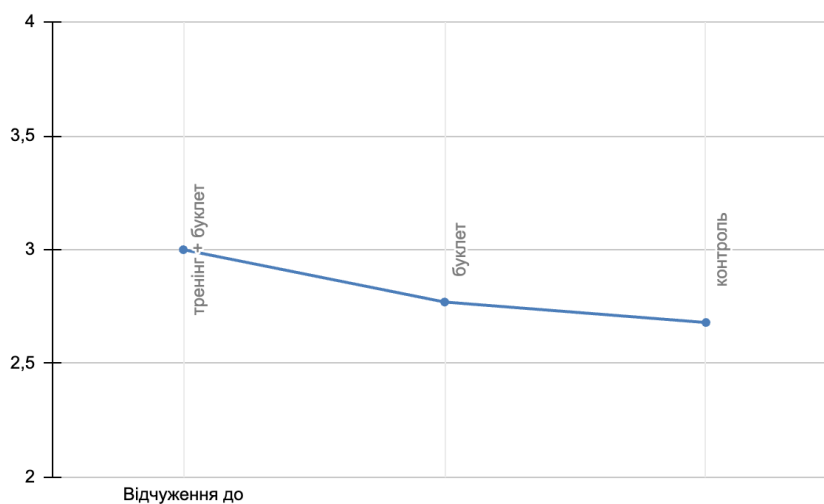


Рис. 3.2. Рівень показників середніх значень в групах до впливу за шкалою «Відчуження» ВАТ

За шкалою «Когнітивні порушення», середніми є «тренінг+буклет» — 3.220, «буклет» — 3.160, «контроль» — 3.040. За ANOVA, різниця не є значущою ($F=0.313$, $p=0.732$), тож групи є майже однаковими (Рис. 3.3).

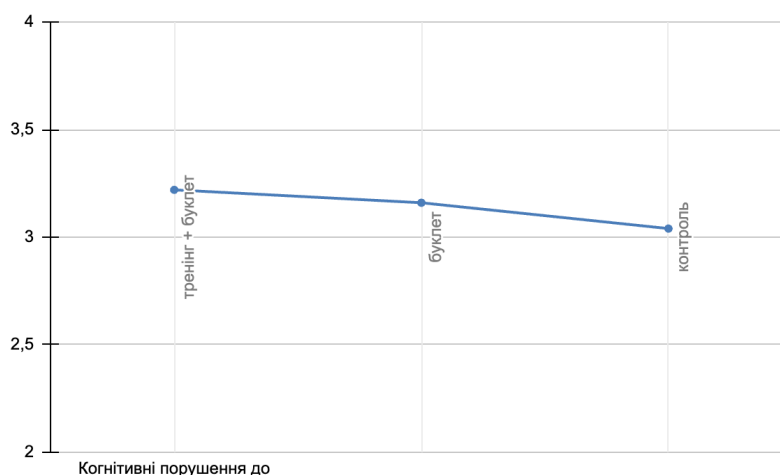


Рис. 3.3. Рівень показників середніх значень в групах до впливу за шкалою «Когнітивні порушення» ВАТ

За шкалою «Емоційні порушення», середніми є «тренінг+буклет» — 3.040, «буклет» — 2.970, «контроль» — 3.050. За ANOVA, різниця не є значущою ($F=0.065$, $p=0.937$), що говорить схожість груп (Рис. 3.4).

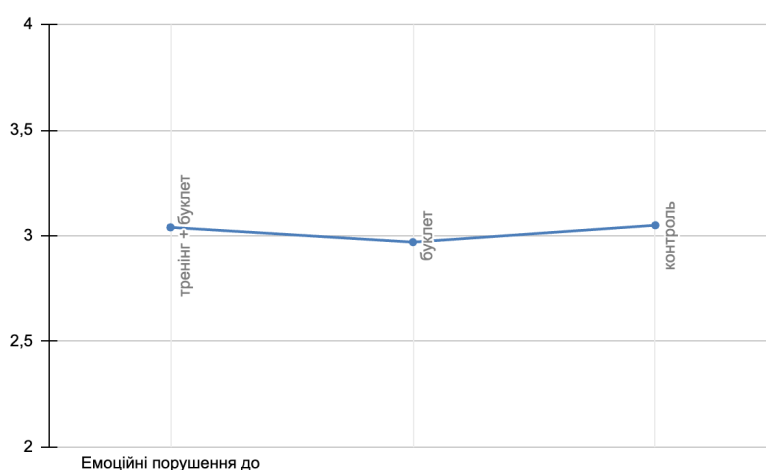


Рис. 3.4. Рівень показників середніх значень в групах до впливу за шкалою «Емоційні порушення» ВАТ

За шкалою «Вторинні симптоми», середніми показниками є «тренінг+буклет» — 3.065, «буклет» — 3.180, «контроль» — 3.355. За ANOVA, різниця не є статистично значущою ($F=1.963$, $p=0.150$), тож групи дійсно є майже однаковими (Рис. 3.5).

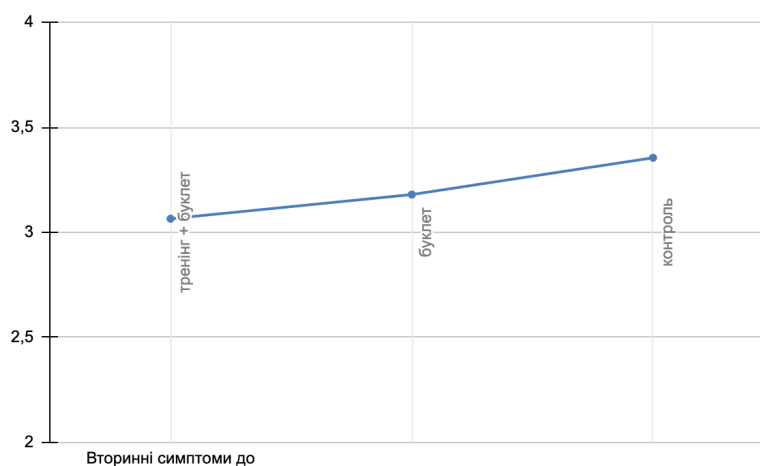


Рис. 3.5. Рівень показників середніх значень в групах до впливу за шкалою «Емоційні порушення» ВАН

Також розглянемо, чи однаковими були всі три групи до впливу за всіма показниками SCS. За шкалою «Самокритика», середніми показниками груп є: «тренінг+буклет» — 3.730, «буклет» — 3.640, «контроль» — 3.720. За однофакторною ANOVA, різниця між групами не є статистично значущою ($F=0.075$, $p=0.928$), тож групи однакові (Рис. 3.5).

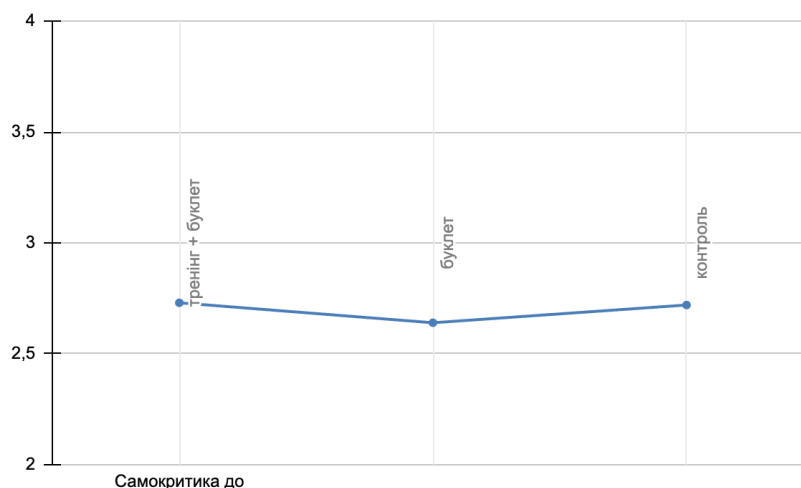


Рис. 3.5. Рівень показників середніх значень в групах до впливу за шкалою «Самокритика» SCS

За шкалою «Надідентифікація», середніми показниками груп є: «тренінг+буклет» — 3.300, «буклет» — 3.163. «контроль» — 3.300. За однофакторною ANOVA, різниця між групами дійсно не є статистично значущою ($F=0.075$, $p=0.928$), що говорить про те, що групи дійсно є майже однаковими (Рис. 3.6).

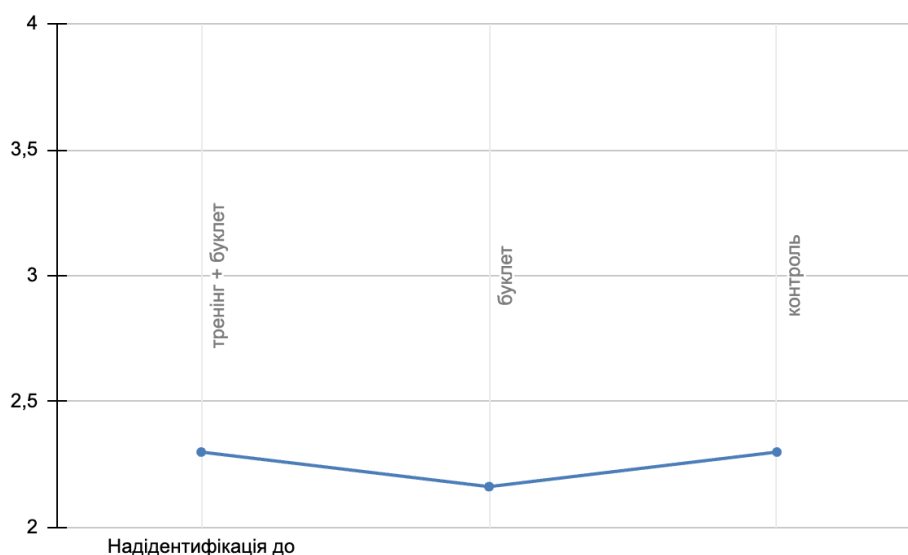


Рис. 3.6. Рівень показників середніх значень в групах до впливу за шкалою «Надідентифікація» SCS

За *шкалою «Ізоляція»*, середніми показниками груп є: «тренінг+буклет» — 2.363, «буклет» — 3.487, «контроль» — 2.850. За однофакторною ANOVA, різниця між групами статистично значуща ($F=3.354$, $p=0.042$) — групи не є однаковими, проте показник статистичної значущості близький до критичного (Рис. 3.7).

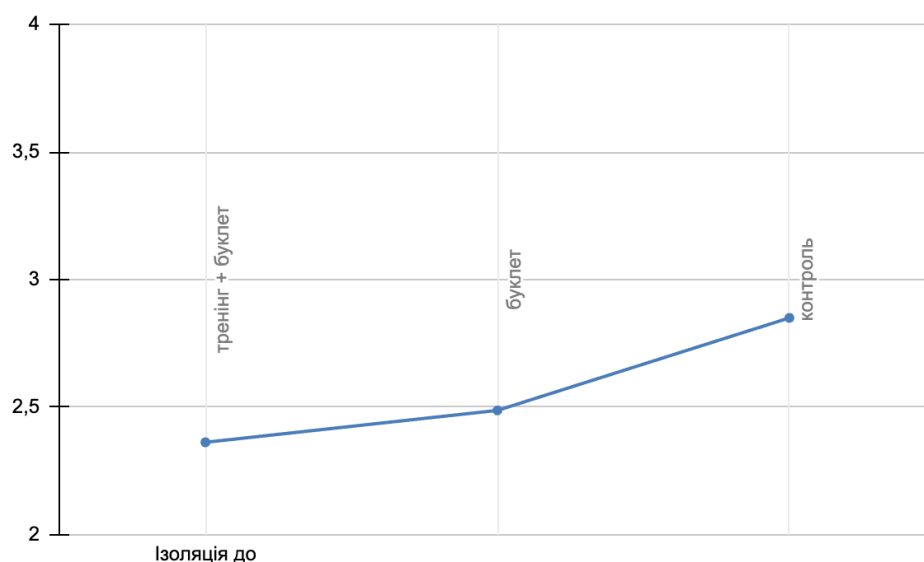


Рис. 3.7. Рівень показників середніх значень в групах до впливу за шкалою «Ізоляція» SCS

За *шкалою «Доброта до себе»*, середніми показниками груп є: «тренінг+буклет» — 3.350, «буклет» — 3.140, «контроль» — 3.420. За ANOVA, різниця між групами не є значущою ($F=0.778$, $p=0.464$), тож групи схожі (Рис. 3.8).

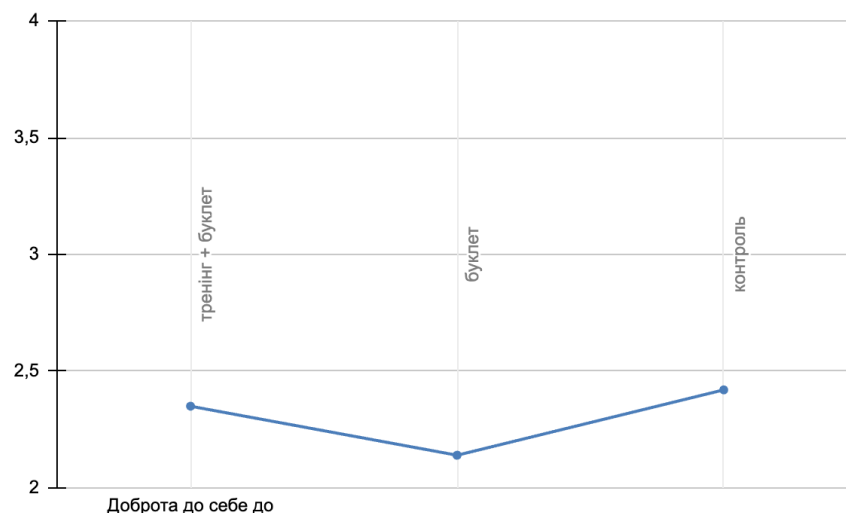


Рис. 3.8. Рівень показників середніх значень в групах до впливу за шкалою «Доброта до себе» SCS

За шкалою «Усвідомленість», середніми показниками груп є: «тренінг+буклет» — 3.763. «буклет» — 3.500, «контроль» — 3.638. За однофакторною ANOVA, різниця між групами дійсно не є статистично значущою ($F=0.728$, $p=0.487$), що говорить про те, що групи дійсно є майже однаковими (Рис. 3.9).

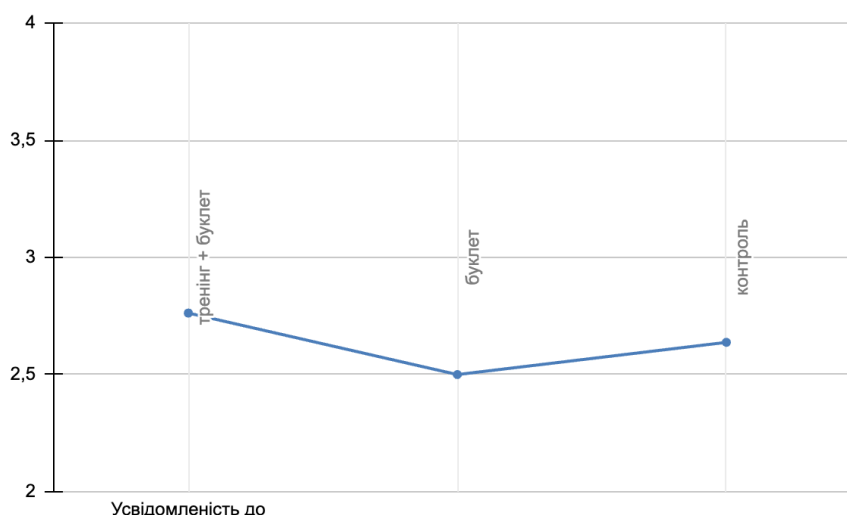


Рис. 3.9. Рівень показників середніх значень в групах до впливу за шкалою «Усвідомленість» SCS

За шкалою «Загальна людяність», середніми показниками груп є: «тренінг+буклет» — 3.688, «буклет» — 3.088, «контроль» — 3.500. За однофакторною ANOVA, різниця між групами не є статистично значущою ($F=4.851$, $p=0.011$), що показує неоднаковість груп (Рис. 3.10).

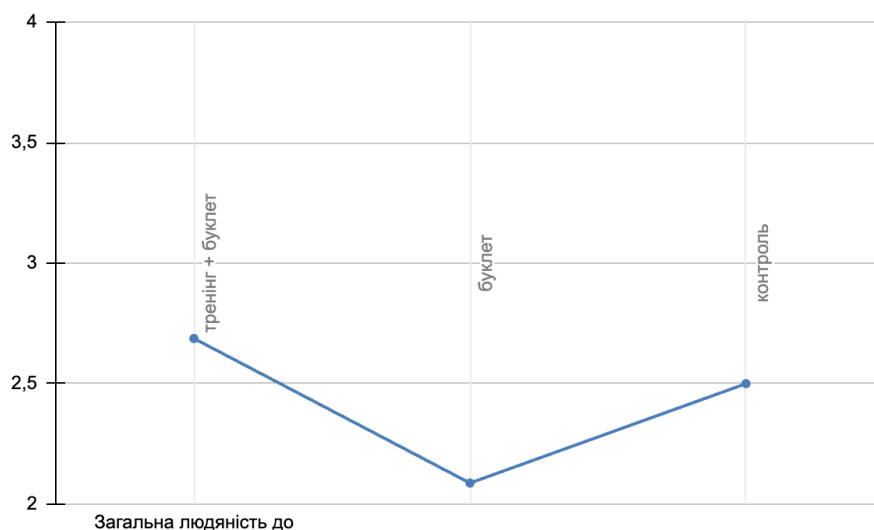


Рис. 3.10. Рівень показників середніх значень в групах до впливу за шкалою «Загальна людяність» SCS

Аналіз різниці між групами до початку впливу показав, що за більшістю шкал вони не є статистично відмінними (окрім як за шкалами «Ізоляція» та «Загальна людяність»). Це означає, що в цілому всі групи можна вважати однаковими — і якби наша інтервенція була б впливовою, групи після неї змінилися б.

3.3.2. Дисперсійний аналіз груп після експерименту

Далі ми провели однофакторну ANOVA для груп після впливу чи очікування, щоби подивитися, чи є різниця між групами. Щоби вирішити,

які саме вони відрізняються між собою, якщо відрізняються, ми також провели post-hoc (апостеріорні) тести.

Як і на початку, почнемо з опитувальника ВАТ. За *шкалою «Виснаження»*, середніми показниками груп є: «тренінг+буклет» — 3.013, «буклет» — 2.900, «контроль» — 3.412. За однофакторною ANOVA, різниця між групами дійсно є статистично значущою ($F=4.320$, $p=0.018$), що говорить про те, що групи не є однаковими (Рис. 3.11).

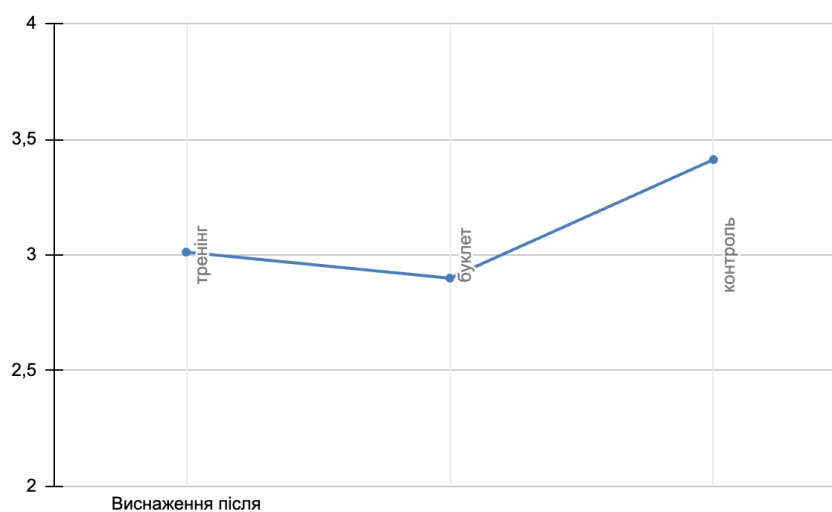


Рис. 3.11. Рівень показників середніх значень в групах після впливу за шкалою «Виснаження» ВАТ

Post-hoc тест показав статистично значущу відмінність між групами «буклет» та «контроль» ($p=0.026$), при цьому немає статистично значущої різниці між «тренінг+буклет» та «контроль» ($p=0.102$) і «тренінг+буклет» і «буклет» ($p=0.829$). Це може означати, що буклет вплинув на зміну показників, а тренінг та буклет разом — ні.

За *шкалою «Відчуження»*, середніми показниками груп є: «тренінг+буклет» — 2.520, «буклет» — 2.250, «контроль» — 2.600. За однофакторною ANOVA, різниця між групами ($F=1.180$, $p=0.315$) не є

статистично значущою (Рис. 3.12). Очевидно, ці групи не відрізняються між собою, а значить проводити post-hoc тест недоцільно.

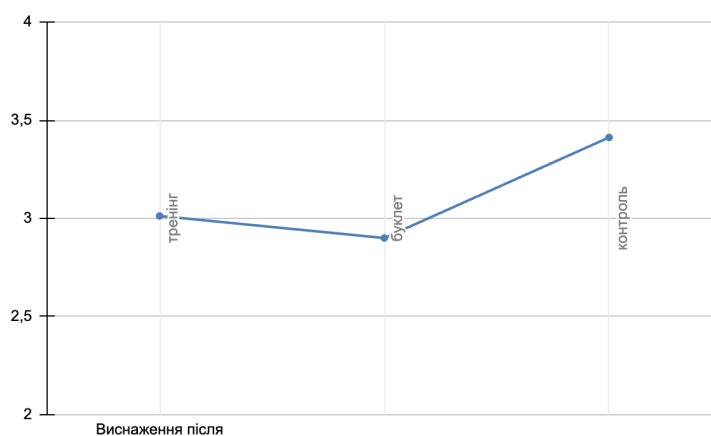


Рис. 3.12. Рівень показників середніх значень в групах після впливу за шкалою «Відчуження» ВАТ

За *шкалою «Когнітивні порушення»*, середніми показниками груп є: «тренінг+буклет» — 2.520, «буклет» — 2.250, «контроль» — 2.600. За однофакторною ANOVA, різниця між групами ($F=0.914$, $p=0.407$) не є статистично значущою (Рис. 3.13). Очевидно, ці групи не відрізняються між собою, а значить проводити post-hoc тест недоцільно.

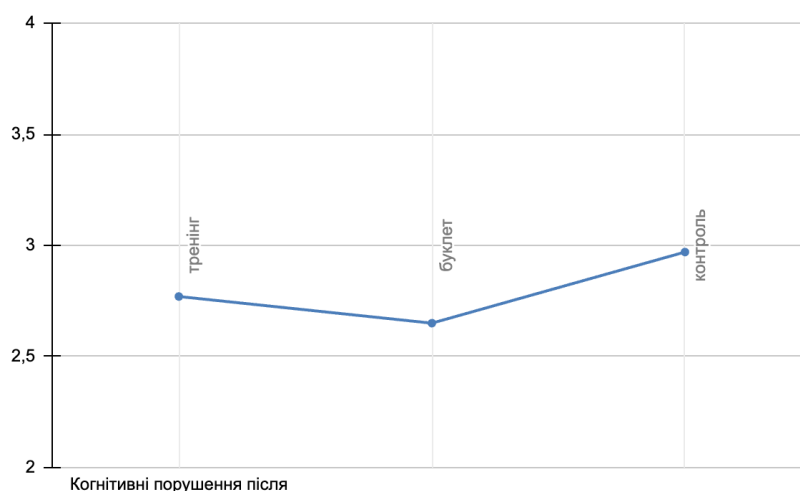


Рис. 3.13. Рівень показників середніх значень в групах після впливу за шкалою «Когнітивні порушення» ВАТ

За *шкалою «Емоційні порушення»*, середніми показниками груп є: «тренінг+буклет» — 2.330, «буклет» — 2.330, «контроль» — 2.700. За однофакторною ANOVA, різниця між групами ($F=1.646$, $p=0.202$) не є статистично значущою (Рис. 3.14). Очевидно, ці групи не відрізняються між собою, а значить проводити post-hoc тест недоцільно.

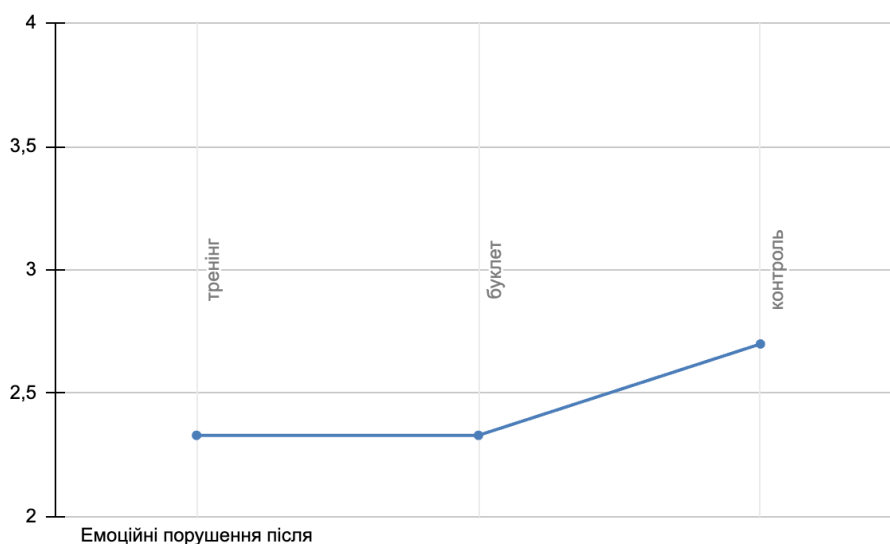


Рис. 3.14. Рівень показників середніх значень в групах після впливу за шкалою «Емоційні порушення» ВАТ

За *шкалою «Вторинні симптоми»*, середніми показниками груп є: «тренінг+буклет» — 2.560, «буклет» — 2.630, «контроль» — 3.180. За однофакторною ANOVA, різниця між групами дійсно є статистично значущою ($F=5.867$, $p=0.005$), що говорить про те, що групи не є однаковими (Рис. 3.15).

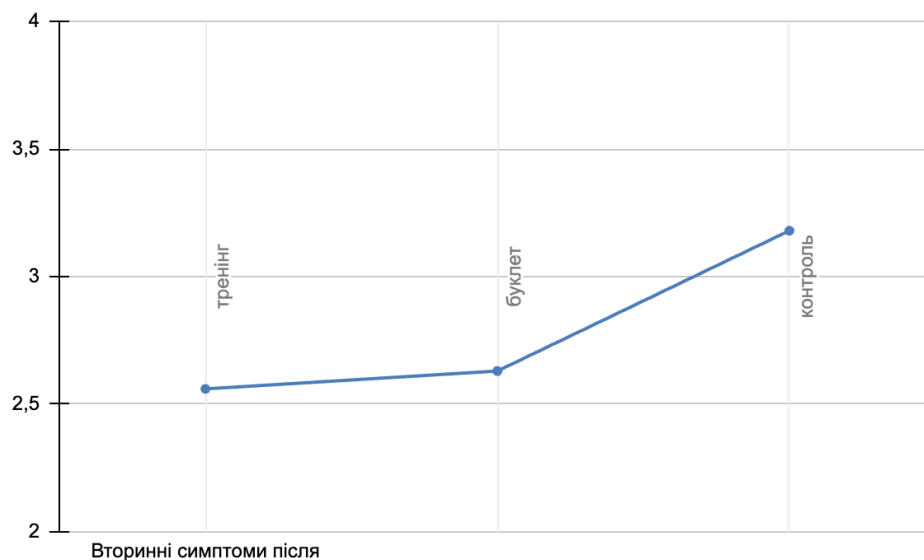


Рис. 3.15. Рівень показників середніх значень в групах після впливу за шкалою «Вторинні симптоми» ВАГ

Очевидно, що деякі з цих груп відрізняються між собою. Щоби дізнатися, які саме і як, ми провели post-hoc тест, який показав статистично значущу відмінність між групами «тренінг+буклет» та «контроль» ($p=0.011$) і «буклет» та «контроль» ($p=0.027$), при цьому статистично значущої різниці між «тренінг+буклет» та «буклет» немає ($p=0.940$). Це може означати, що обидва формати інтервенцій вплинули на зміну показників приблизно однаково, тож кожна з них є ефективною для зменшення прояву цієї шкали.

Продовжимо розглядати результати — за шкалами SCS. За *шкалою «Самокритика»*, середніми показниками груп є: «тренінг+буклет» — 3.480, «буклет» — 3.690, «контроль» — 2.990. За однофакторною ANOVA, різниця між групами ($F=3.359$, $p=0.042$) є статистично значущою (Рис. 3.16).

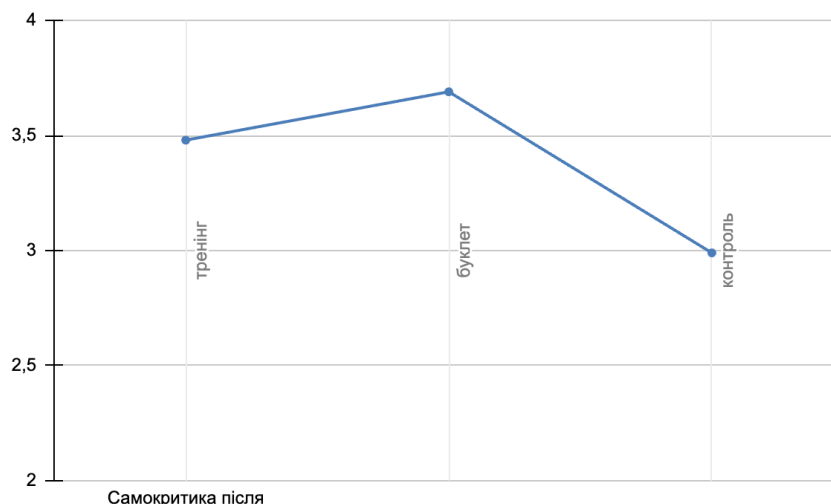


Рис. 3.16. Рівень показників середніх значень в групах після впливу за шкалою «Самокритика» SCS

Очевидно, що деякі з цих груп відрізняються між собою. Щоби дізнатися, які саме і як, ми провели post-hoc тест, який показав статистично значущу відмінність між групами «буклет» та «контроль» ($p=0.049$), при цьому немає статистично значущої різниці між «тренінг+буклет» та «контроль» ($p=0.218$) та «тренінг+буклет» і «буклет» ($p=0.752$). Це може означати, що буклет вплинув на зміну показників значуще, а тренінг+буклет не мав такого впливу.

За шкалою «Надідентифікація», середніми показниками груп є: «тренінг+буклет» — 3.363. «буклет» — 3.225, «контроль» — 2.488. За однофакторною ANOVA, різниця між групами дійсно є статистично значущою ($F=5.977$, $p=0.004$), що говорить про те, що групи не є однаковими (Рис. 3.17).

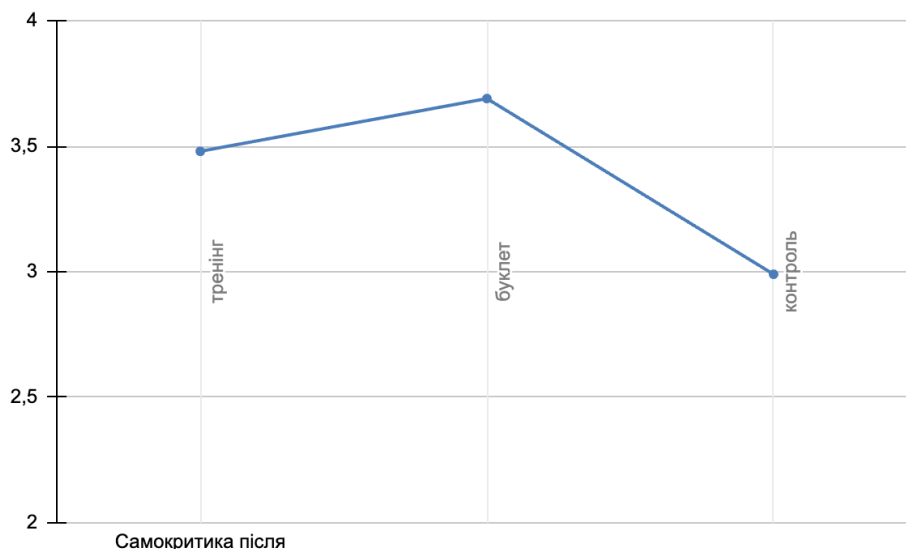


Рис. 3.17. Рівень показників середніх значень в групах після впливу за шкалою «Надідентифікація» SCS

Очевидно, що деякі з цих груп відрізняються між собою. Щоби дізнатися, які саме і як, ми провели post-hoc тест, який показав статистично значущу відмінність між групами «тренінг» та «контроль» ($p=0.009$) та «буклет» та «контроль» ($p=0.032$), при цьому немає статистично значущої різниці між «тренінг+буклет» та «буклет» ($p=0.880$). Це може означати, що як тренінг+буклет, так і просто буклет значуще вплинули на зміну показників за цією шкалою.

За *шкалою «Ізоляція»*, середніми показниками груп є: «тренінг+буклет» — 3.263. «буклет» — 3.488, «контроль» — 3.025. За однофакторною ANOVA, різниця між групами не є статистично значущою ($F=1.333$. $p=0.272$), що говорить про те, що групи є однаковими (Рис. 3.18), а значить проводити post-hoc тест недоцільно. Ми пам'ятаємо, що і до початку впливу групи не були рівними й цей вплив зробив цю неоднаковість більшою: показники для перших двох груп зросли загально на один пункт, а для контролю майже не змінилися.

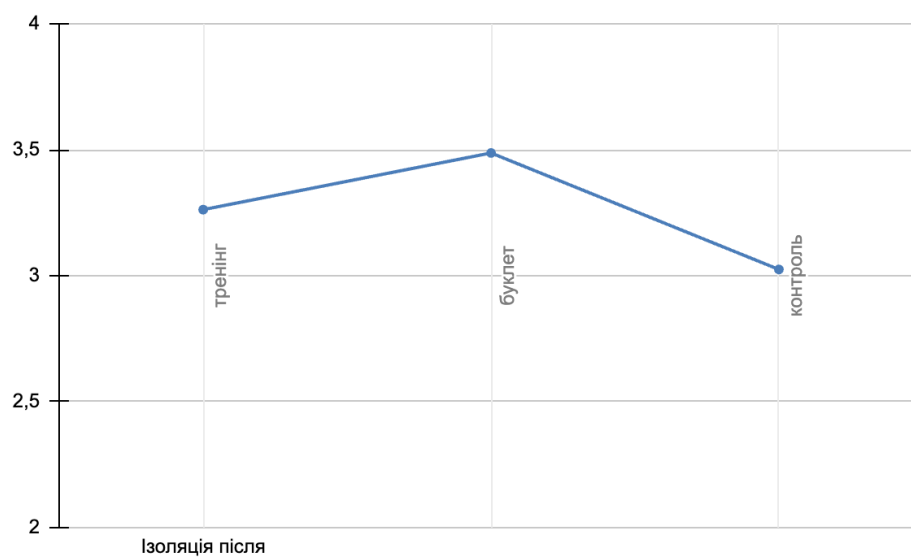


Рис. 3.18. Рівень показників середніх значень в групах після впливу за шкалою «Ізоляція» SCS

За шкалою «Доброта до себе», середні показники груп є такими: «тренінг+буклет» — 3.420, «буклет» — 3.280, «контроль» — 2.490. За однофакторною ANOVA, різниця між групами дійсно є статистично значущою ($F=7.315$, $p=0.001$), що говорить про те, що групи не є однаковими (Рис. 3.19).

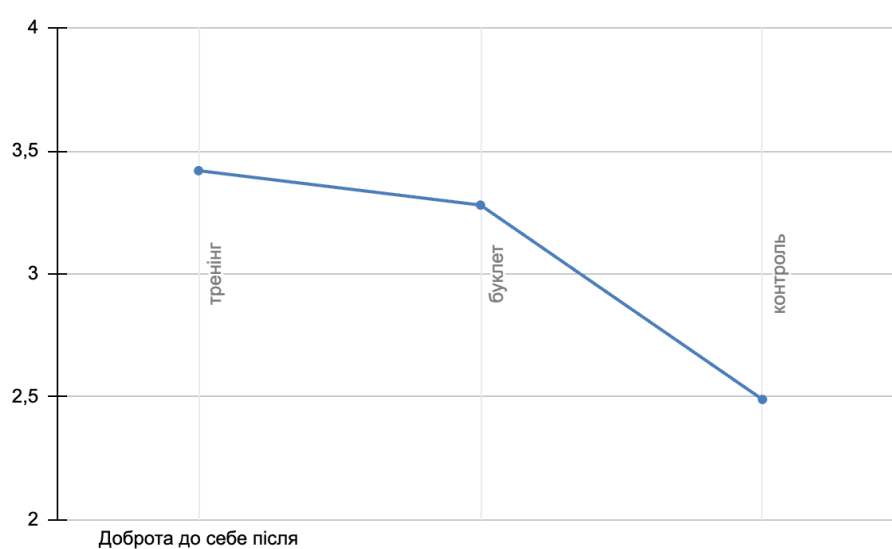


Рис. 3.19. Рівень показників середніх значень в групах після впливу за шкалою «Доброта до себе» SCS

Ми бачимо, що групи відрізняються між собою. Щоби дізнатися, які саме і як, ми провели post-hoc тест, який показав статистично значущу відмінність між групами «тренінг+буклет» та «контроль» ($p=0.003$) та «буклет» та «контроль» ($p=0.015$), при цьому немає статистично значущої різниці між «тренінг+буклет» та «буклет» ($p=0.867$). Це може означати, що і тренінг+буклет, і просто буклет значуще вплинув на зміну показників за цією шкалою.

За *шкалою «Усвідомленість»*, середніми показниками груп є: «тренінг+буклет» — 3.363. «буклет» — 3.238, «контроль» — 2.588. За однофакторною ANOVA, різниця між групами дійсно є статистично значущою ($F=6.386$, $p=0.003$), що говорить про те, що групи не є однаковими (Рис. 3.20).

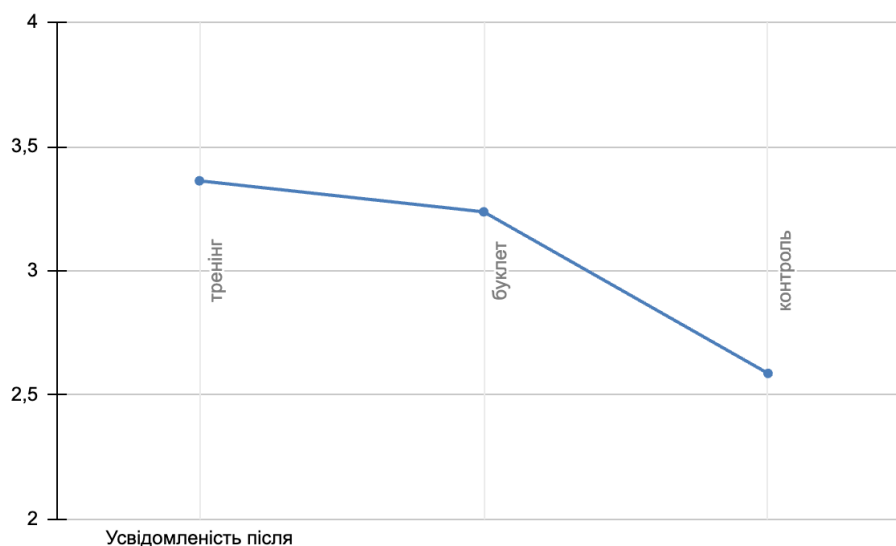


Рис. 3.20. Рівень показників середніх значень в групах після впливу за шкалою «Усвідомленість» SCS

Очевидно, що деякі з цих груп відрізняються між собою. Щоби дізнатися, які саме і як, ми провели post-hoc тест, який показав статистично значущу відмінність між групами «тренінг» та «контроль» ($p=0.006$) та «буклет» та «контроль» ($p=0.026$), при цьому немає статистично значущої різниці між «тренінг+буклет» та «буклет» ($p=0.866$). Це може означати, що і тренінг+буклет, і просто буклет значуще вплинув на зміну показників за цією шкалою.

За шкалою «Загальна людяність», середніми показниками груп є: «тренінг+буклет» — 3.550, «буклет» — 3.063. «контроль» — 2.325. За однофакторною ANOVA, різниця між групами дійсно є статистично значущою ($F=13.063$, $p=0.000$), що говорить про те, що групи не є однаковими (Рис. 3.21). Перед тим, як ми почали інтервенції, групи також не були рівними, і цей вплив лише загострив цю неоднаковість: показники для перших двох груп зросли загально на один пункт, а для контролю мінімально впав.

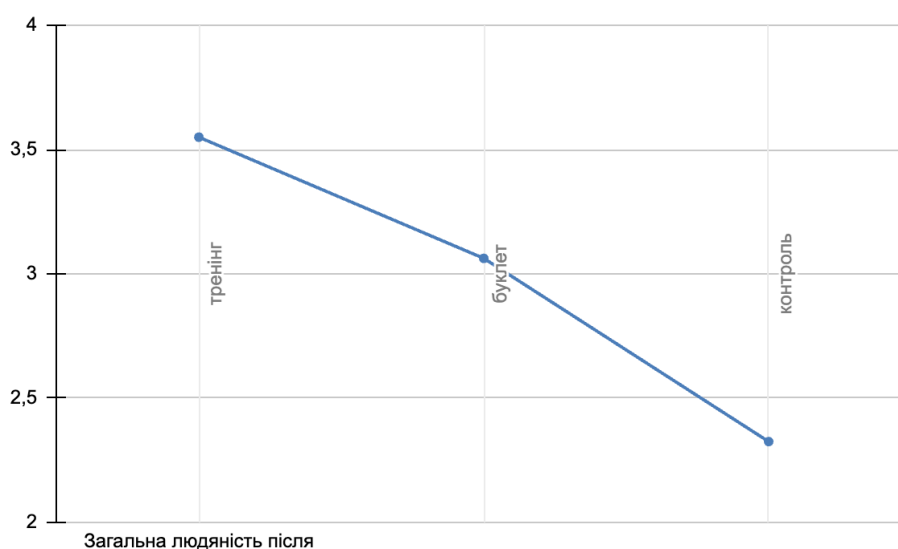


Рис. 3.21. Рівень показників середніх значень в групах після впливу за шкалою «Загальна людяність» SCS

Ми спостерігаємо, що деякі з цих груп відрізняються між собою. Щоби дізнатися, які саме і як, ми провели post-hoc тест, якій показав статистично значущу відмінність між групами «тренінг» та «контроль» ($p=0.000$) та «буклет» та «контроль» ($p=0.013$), при цьому немає статистично значущої різниці між «тренінг+буклет» та «буклет» ($p=0.139$). Це може означати, що і тренінг+буклет, і просто буклет значуще вплинув на зміну показників за цією шкалою.

Висновки цього етапу можуть бути такими:

1. До впливу групи були розподілені гомогенно. Різниця між трьома групами за всіма шкалами ВАТ та майже всіма шкалами SCS (окрім «Ізоляція» та «Загальна людяність») не була значущою. Тож можна сказати, що *перед експериментом групи були рівними за проявами ознак за майже всіма шкалами*, і, якщо вони б змінилися після інтервенції, можна було б припустити, що ця зміна відбулася саме завдяки нашим втручанням.

2. Після впливу відбулися статистично значущі зміни за шкалами ВАТ «Виснаження» та «Вторинні симптоми» (і це було зменшення показників), а також SCS «Самокритика», «Надідентифікація», «Доброта до себе», «Усвідомленість», «Загальна людяність» (зростання показників). В той самий час шкали ВАТ «Відчуження», «Когнітивні порушення», «Емоційні порушення» та SCS «Ізоляція» не мали статистично значущої зміни. Тобто *групи за цими трьома шкалами ВАТ як були, так і залишилися статистично однаковими*, значущого зсуву не відбулося.

3. Апостеріорні тести показників ВАТ показують, що, за шкалою «Виснаження», в групі «буклет» у порівнянні з контролем зміни були значущими, а у групі «тренінг + буклет» їх не було. Тож *для зміни показників «Виснаження» достатньо буклета*. В той самий час, за шкалою «Вторинні симптоми», вплив мали як тренінг+буклет, так і просто

буклет — різниці між ними немає. Тож для економії ресурсів *для впливу на «Вторинні симптоми» достатньо використовувати просто буклет.*

4. Апостеріорні тести показників SCS показують, що, за шкалою «Самокритика», є статистично значуща відмінність між групами «буклет» та «контроль» і немає між «тренінг+буклет» та «контроль» та «тренінг+буклет» і «буклет». Це може означати, що *буклет змінює показники значуще, на відміну від тренінгу та буклету разом.* Для шкал «Надідентифікація», «Доброта до себе», «Усвідомленість» та «Загальна людяність» значущою є різниця між контролем та обома експериментальними групами, а от між самими групами різниці немає. Можна зробити висновок, що *тренінг+буклет, і буклет однаково змінюють рівні прояву в цих шкалах.*

5. При цьому показники за шкалами «Самокритика», «Надідентифікація» та «Ізоляція» зросли для всіх груп. Можливо, *учасники стали більш уважними, а від того і більш прискіпливими до себе, і це повпливало на прояв цих показників.*

3.4. Особливості впливу факторів на показники після експерименту

Нагадаємо, що нашими інструментами впливу були психоедукація, практики та метафори («Вітрянка» та «Тренер», «Заспокійливий м'який дотик», «Перерва на співчуття», «Співчутлива мотивація» та «Прояв ніжного та лютого самоспівчуття»), метою яких було доброта до себе, усвідомленість та загальну людяність — у напрямку відповідних шкал SCS. Ми очікували, що це буде сприяти зменшенню виснаження, відчуження, прояву когнітивних, емоційних, а також соматичних симптомів — у напрямку відповідних шкал ВАТ.

Для того, щоби зрозуміти, який саме фактор SCS впливав на результати кожної зі шкал ВАТ, ми провели регресійний аналіз. При цьому ми не аналізували вплив факторів «Ізоляція», «Самокритика» та «Надідентифікація», бо інтервенції передбачали зв'язок та вплив перших трьох шкал SCS на компоненти ВАТ. Ми використовували скоригований R^2 (Adj R^2), а не просто R^2 , бо аналізували кілька змінних одночасно.

Ми провели регресійний аналіз саме для експериментальних груп, бо хотіли оцінити вплив факторів самоспівчуття, які ми посилювали втручанням, на компоненти вигорання і не цікавилися тим, що вплинуло на зміни в компонентах вигорання контрольної групи (проте це може досліджуватися в наступних роботах).

Спочатку ми застосували лінійну регресію для даних групи **«тренінг+буклет»**:

- **«Виснаження»** найкраще пояснюється шкалою **«Доброта до себе»** (Adj $R^2=0.200$ $p=0.027$), при чому цей вплив негативний.
- **«Відчуження»** найкраще пояснюється шкалою **«Доброта до себе»** (Adj $R^2=0.295$ $p=0.008$), при чому цей вплив негативний.
- **«Когнітивні порушення»** не має шкал SCS, які б її пояснили.
- **«Емоційні порушення»** найкраще пояснюється модель, що є поєднанням двох шкал **«Доброта до себе»** та **«Усвідомленість»** (Adj $R^2=0.223$. $p=0.036$), де значущий вплив має саме **«Усвідомленість»** ($p=0.036$), при чому цей вплив негативний.
- **«Вторинні симптоми»** найкраще пояснюється шкалою **«Доброта до себе»** (Adj $R^2=0.344$, $p=0.004$), при чому цей вплив негативний.

Далі ми застосували лінійну регресію для даних групи **«буклет»**:

- **«Виснаження»** не має шкал SCS, які б її пояснили.

- **«Відчуження»** найкраще пояснює модель, що ж поєднанням трьох шкал «Доброта до себе», «Усвідомленість» та «Загальна людяність» (Adj $R^2=0.349$, $p=0.040$), і найкраще це робить саме **«Усвідомленість»** ($p=0.019$) з негативним впливом та **«Загальна людяність»** ($p=0.040$) з позитивним впливом.
- **«Когнітивні порушення»** не має шкал SCS, які б її пояснювали.
- **«Емоційні порушення»** не має шкал SCS, які б її пояснювали.
- **«Вторинні симптоми»** найкраще пояснює модель «Доброта до себе» і «Усвідомленість» (Adj $R^2=0.230$, $p=0.018$), де статистично більш значущий вплив має саме **«Усвідомленість»** ($p=0.018$), при чому цей вплив негативний.

Ці дані дозволяють нам зробити припущення, що в групі **«тренінг та буклет»** найпотужніший вплив на шкали ВАТ мала шкала **«Доброта до себе»** (вона пояснювала виснаження, відчуження та вторинні симптоми) і **«Усвідомленість»** (емоційні порушення). Всі ці впливи становлять 20–34% та є негативними — тож чим більше доброти ми маємо до себе, тим менш виснаженими, відчуженими та фізично вимотаними ми є і чим більш ми усвідомлені, тим менше емоційних порушень ми маємо. В групі **«буклет»** дані більшості шкал пояснювалися **«Усвідомленість»** (відчуження, вторинні симптоми) та **«Загальна людяність»** (відчуження), але при цьому вплив першого фактору негативний, а другого — позитивний. Іншими словами, чим більше ми усвідомлені, виконуючи вправи з буклетів самодопомоги, тим менше ми відчуваємо дистанцію з іншими, але в той самий час, чим більш ми свідомі, тим більш яскраво відчуваємо свій поточний дистрес та тим більше прагнемо відчужуватися від роботи та інших — і обсяг цього впливу становить 40% та 19% відповідно.

Висновки до розділу III

В цьому розділі представлені статистичні обрахунки результатів, які були отримані до та після впливу. Це дозволило нам зрозуміти зв'язок між шкалами перед втручанням, а також оцінити вплив після нього, також проаналізувавши, що і в якій мірі за цей вплив відповідає. Ми опрацьовували методами описової статистики, робили кореляційний аналіз, однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA), а також виконали лінійну регресію. Ми звертали більшу увагу на взаємодію шкал BAT та SCS і менше концентрувалися на аналізі зв'язків між цими шкалами та додатковими факторами (проте це може бути елементом наступного кроку досліджень).

Проявилась статистично значуща зміна після експерименту за шкалою «Виснаження» та «Вторинними симптомами», проте для решти шкал зміна хоч і є описово видимою, але не є статистично значущою. На основі описової статистики ми побачили суттєве зменшення середніх показників BAT та суттєве зростання показників SCS в експериментальних групах. В той самий час у контрольній групі показники BAT мінімально зросли та показники SCS мінімально впали. *За сумарними показниками, учасники перших двох груп вийшли з «червоної» зони вигорання на початок «помаранчевої зони», а група контролю так і залишилася в «червоній».* За рівнем самоспівчуття, експериментальні групи підійшли до порогу високого рівня, а контрольна залишилася на початку помірного рівня.

Ми також аналізували зв'язок між шкалами BAT («Виснаження», «Відчуження», «Когнітивні порушення», «Емоційні порушення», «Психологічні та «Психосоматичні скарги») та шкалами SCS («Самокритика», «Надідентифікація», «Ізоляція», «Доброзичливість до себе», «Майндфулнес», «Загальна людяність»), статтю, досвідом та

сферою роботи. Ми розглядали зв'язки між цими компонентами до початку експерименту і не дивилися, чи сталися якісь зміни щодо цього після впливу. *Ми зрозуміли, що найбільшу кількість статистично значущих зв'язків з іншими шкалами BAT та SCS (по 5) мають «Виснаження» і «Надідентифікація»* — і вони також негативно корелюють між собою. Причому загалом у «Виснаження» решта кореляцій є позитивною, а у «Надідентифікації» — більшість є негативною. Це може означати, що чим більш ми виснажені, тим більший прояв можуть мати компоненти вигорання, але тим меншою може бути схильність бачити лише негативний бік ситуацій, прибільшувати проблему та применшувати свої сили — така внутрішня і, можливо, неусвідомлена самопідтримка може слугувати захисним механізмом. Також ми помітили, що певні фактори не мають зв'язку між собою, проте поєднані опосередковано. Наприклад, з трикутника «Доброта», «Загальна людяність» та «Усвідомленість» з «Надідентифікацією» корелює лише остання, але решта можуть бути модифікаторами цього зв'язку (і ми побачимо це в результатах регресійного аналізу).

Аналіз різниці між групами за допомогою ANOVA впливу показав, що до початку, за більшістю шкал, вони не є статистично відмінними. Різними ці групи були лише за шкалами «Ізоляція» та «Загальна людяність» — а це значило, що ми не могли оцінювати результати за цими шкалами щодо зміни показників і тому дивилися на них з погляду описової статистики. Після ми провели post-hoc тести та зрозуміли, що у більшості випадків статистично значущий вплив (там де зміна відбулася) мав однаково і формат «буклет», і формат «тренінг+буклет» (для шкал «Вторинні симптоми», «Надідентифікація», «Доброта до себе», «Усвідомленість» та «Загальна людяність»). При цьому для низки шкал («Виснаження» та «Самокритика») буклет асоційований зі змінами, а

«тренінг+буклет» — ні. Тож можна зробити висновок про те, що *при використанні буклета зміни були такими ж або навіть більши проявленими, ніж при впливі формату тренінг+буклет* — і за браком коштів та часу можна використовувати такий формат. Також ми вважаємо перспективною зміну (і це було зростання показників) в таких шкалах, як «Доброта до себе», «Усвідомленість» та «Загальна людяність» — це дає надію на те, зміцнення цих характеристик в учасників потенційно створить умови для зменшення показників вигорання.

Ми також провели регресійний аналіз всередині двох експериментальних груп, щоби зрозуміти вплив факторів самоспівчуття на компоненти вигорання. В групі «тренінг+буклет» три шкали — «Виснаження», «Відчуження» та «Вторинні симптоми» — мають негативний зв'язок зі шкалою *«Доброта до себе»*. Це говорить про те, що чим меншою є проявленість доброти до себе, тим більшим є виснаження. В групі «буклет» дані більшості шкал пояснювалися «Усвідомленість» (відчуження, вторинні симптоми) та «Загальна людяність» (відчуження), але вплив першого фактору негативний, а другого — позитивний.

ВИСНОВКИ

Завдання нашої роботи полягало в тому, щоби провести теоретико-методологічний аналіз літератури на тему вигорання в робочому середовищі та самоспівчуття; виокремити взаємозв'язки між вигоранням та самоспівчуттям; побудувати теоретичну модель; розробити та провести емпіричне дослідження; а також проаналізувати та підсумувати результати.

Під **вигоранням** ми розуміємо стан особи, який сформувався внаслідок неопанованого робочого стресу під впливом організаційних та особистісних факторів як поєднання п'яти компонентів: виснаження, відчуження, когнітивні порушення, емоційні порушення та вторинні симптоми — психологічні та психосоматичні скарги.

Під **усвідомленим самоспівчуттям** ми розуміємо усвідомлене вміння особи ставитися до себе неосудливо, з підтримкою та розуміючи спільність своїх страждань зі стражданнями інших. Це вміння характеризується поєднанням таких компонентів, як доброта до себе, усвідомленість та загальна людяність.

Це бачення лягло в основу нашої теоретичної моделі, яка передбачала, що вплив інструментами самоспівчуття на особистісні фактори, що є предикторами вигорання, приведе до того, що компоненти вигорання будуть зменшуватися. Для перевірки ми запланували провести емпіричне дослідження і перед цим сформували три гіпотези.

Гіпотеза №1 (*«припускаємо, що навчання технік MSC та їх застосування знизить рівень прояву компонентів вигорання»*) частково доведена після застосування ANOVA. Відбулася статистично значуща зміна за шкалами «Виснаження» та «Вторинні симптоми» — для решти шкал зміна є видимою описово, але не є статистично значущою.

Гіпотеза №2 (*«ймовірно здобуття навичок MSC в форматі онлайн-зустрічі, після якої будуть надані матеріали для самопідтримки*

для практики, буде ефективнішим за здобуття навичок через матеріали для самопідтримки») post-hoc тестами не підтвердилася: порівняно з контрольною групою в тій групі, де був лише буклет, зміни або ж були більш значущими за зміни в групі тренінг+буклет, або ж такими самими.

За описовою статистикою, зміни VAT відбулися у всіх групах, проте найбільш помітним є зниження цього показника в експериментальних групах, що підтверджує Гіпотезу №3 (*«припускаємо, що в учасників контрольної групи, що не отримують технік MSC, рівень вигорання суттєво не зміниться»*).

Обмеженням нашої роботи стала неможливість провести заміри через 1, 6 та 12 місяців після експерименту, щоби оцінити вплив інструментів довгостроково. Ми також не приділили багато уваги аналізу того, наскільки впливовими є додаткові фактори. Також було б цінним провести вплив в офлайн-форматі та оцінити різницю між ним та онлайн-версією, а також спробувати різне наповнення тренінгу та буклету з техніками. Все це може бути реалізовано в подальших етапах роботи та дати відповіді на те, який формат тренінгів був би корисним для превенції вигорання або протидії глибокому прояву стану, який вже склався.

Перспективами дослідження вбачаємо аналіз впливу додаткових факторів та конкретних технік MSC на стан вигорання, а також вивчення різниці в ефективності різних форматів втручання: з тренінгом та без, онлайн та офлайн, короткострокових та довгострокових.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. ВООЗ (2022). Керівні принципи з охорони психічного здоров'я на робочому місці.
<https://www.who.int/ukraine/uk/publications/i/item/9789240053052>
2. Ahola, K., Väänänen, A., Koskinen, A., Kouvonen, A., & Shirom, A. (2010). Burnout as a predictor of all-cause mortality among industrial employees: A 10-year prospective register-linkage study. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(1), 51–57.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.002>
3. Arno van Dam (2021) A clinical perspective on burnout: diagnosis, classification, and treatment of clinical burnout, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 30:5, 732-741, DOI: 10.1080/1359432X.2021.1948400
4. Aumayr-Pintar, C., Cerf, C., Parent-Thirion, A., & European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2018). Burnout in the workplace: A review of data and policy responses in the EU. In S. Knardahl, STAMI Norway, S. Melamed, Tel Aviv University, W. Schaufeli, Utrecht University, M. Milczarek, & EU–OSHA (Eds.), *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions [Report]*. Publications Office of the European Union.
<https://doi.org/10.2806/11497>
5. AXA (2023). L'absentéisme record en entreprise se poursuit. (n.d.).
<https://axalive.fr/article/axa-absenteisme-2023>
6. Bakhtiarpour, S. (2022). The Relationship between Time Management and Academic Burnout with the Mediating Role of Test Anxiety and Self-efficacy Beliefs among University Students. *www.academia.edu*.
https://www.academia.edu/80020225/The_Relationship_between_Time_Management_and_Academic_Burnout_with_the_Mediating_Role_of_Test_Anxiety_and_Self_efficacy_Beliefs_among_University_Students
7. Bakker, A. B., & Sanz-Vergel, A. I. (2020). Burnout. *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, 411–415.
<https://doi.org/10.1002/9781118970843.ch333>
8. Bakker, A. B., & de Vries, J. D. (2021). Job demands–resources theory and self-regulation: New explanations and remedies for job burnout. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 34(1), 1–21.
<https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1797695>

9. Brill, P. L. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*, 6(4), 12–24.
<https://doi.org/10.1097/00003727-198402000-00005>
10. Burnout Assessment tool. (2023). Burnout Assessment Tool | a Research Project by KU Leuven. https://burnoutassessmenttool.be/start_eng/
11. Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout. Job Stress in the Human Services*. London: Sage Publications.
12. CBS (2022). Which jobs have the highest levels of mental fatigue? - The Netherlands in numbers 2021.
<https://longreads.cbs.nl/the-netherlands-in-numbers-2021/which-jobs-have-the-highest-levels-of-mental-fatigue/>
13. Dalai Lama (2017). *Compassion and the individual*. The 14th Dalai Lama.
<https://www.dalailama.com/messages/compassion-and-human-values/compassion>
14. Danquah, R., Lopez, C., Wade, L., & Castillo, L. G. (2021). Racial Justice Activist Burnout of Women of Color in the United States: Practical Tools for Counselor Intervention. *International journal for the advancement of counseling*, 43(4), 519–533.
<https://doi.org/10.1007/s10447-021-09449-7>
15. Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564–570.
<https://doi.org/10.1097/01.psy.0000077505.67574.e3>
16. Deloitte Global 2024 Gen Z and Millennial Survey (2024). Deloitte <https://www.deloitte.com/global/en/issues/work/content/genzmillennialsurvey.html>
17. Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
18. Depue, R. A., & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding: Implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behavioral and Brain Sciences*, 28(03).
<https://doi.org/10.1017/s0140525x05000063>

- 19.Dev, V., Fernando, A. T., 3rd, Lim, A. G., & Consedine, N. S. (2018). Does self-compassion mitigate the relationship between burnout and barriers to compassion? A cross-sectional quantitative study of 799 nurses. *International journal of nursing studies*, 81, 81–88.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.02.003>
- 20.dos Santos, T. M., Kozasa, E. H., Carmagnani, I. S., Tanaka, L. H., Lacerda, S. S., & Nogueira-Martins, L. A. (2016). Positive Effects of a Stress Reduction Program Based on Mindfulness Meditation in Brazilian Nursing Professionals: Qualitative and Quantitative Evaluation. *Explore (New York, N.Y.)*, 12(2), 90–99.
<https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.12.005>
- 21.Edú-Valsania, S., Laguía, A., & Moriano, J. A. (2022). Burnout: A Review of Theory and Measurement. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1780.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19031780>
- 22.Eriksson T, Germundsjö L, Åström E and Rönnlund M (2018) Mindful Self-Compassion Training Reduces Stress and Burnout Symptoms Among Practicing Psychologists: A Randomized Controlled Trial of a Brief Web-Based Intervention. *Front. Psychol.* 9:2340. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02340
- 23.Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- 24.Gilbert, P. (Ed.). (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203003459>
- 25.Goodman, M. J., & Schorling, J. B. (2012). A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *International journal of psychiatry in medicine*, 43(2), 119–128.
<https://doi.org/10.2190/PM.43.2.b>
- 26.Guthier, C., Dormann, C., & Voelkle, M. C. (2020). Reciprocal effects between job stressors and burnout: A continuous time meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 146(12), 1146–1173.
<https://doi.org/10.1037/bul0000304>
- 27.Fisher, H.J. A psychoanalytic view of burnout. In *Stress and Burn-Out in the Human Service Professions*; Farber, B.A., Ed.; Pergamon: New York, NY, USA, 1983; pp. 40–45
- 28.Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of

- change in therapy. *Clinical Psychology*, 11(3), 255–262.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bph080>
29. Heinemann, L. V., & Heinemann, T. (2017). Burnout research. *SAGE Open*, 7(1), 215824401769715.
<https://doi.org/10.1177/2158244017697154>
30. ICD-10 (2016), (n.d.). <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/Z73.0>
31. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. (n.d.).
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F129180281>
32. Jinpa, T. (2010). Buddhism and Science: How Far Can the Dialogue Proceed? *Zygon*, 45(4), 871–882.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9744.2010.01138.x>
33. Jinpa, T. L., & Weiss, L. (2013). Compassion cultivation training (CCT). In T. Singer & M. Boltz (Eds.), *Compassion: bridging practice and science*. Leipzig: Max Planck Institute for Human Cognitive and Brain Sciences.
34. Kraft, U. (2024). Burned out. *Scientific American*.
<https://www.scientificamerican.com/article/burned-out/>
35. Kalliomäki, J., & Brodda Jansen, G. (2021). Development Of a Chronic Stress Diagnosis. *Journal of rehabilitation medicine. Clinical communications*, 4, 1000064. <https://doi.org/10.2340/20030711-1000064>
36. Kaufman, G. (1989). *The psychology of shame: Theory and treatment of shame-based syndromes*. Springer Publishing Co.
37. Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current state of knowledge and future Directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778–792.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>
38. Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress*, 19(3), 192–207.
<https://doi.org/10.1080/02678370500297720>
39. Limeade. (2022, April 12). The Great Resignation Update: Limeade Employee care report. <https://www.limeade.com/resources/resource-center/limeade-employee-care-report-the-great-resignation-update>

40. LeDoux, J. (1998). Fear and the brain: where have we been, and where are we going? *Biological Psychiatry*, 44(12), 1229–1238.
[https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(98\)00282-0](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(98)00282-0)
41. Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., & Davidson, R. J. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by Compassion Meditation: Effects of Meditative Expertise. *PloS One*, 3(3), e1897.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0001897>
42. MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545–552.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
43. Magallón-Botaya, R., Pérula-de Torres, L., Verdes-Montenegro Atalaya, J. et al. Mindfulness in primary care healthcare and teaching professionals and its relationship with stress at work: a multicentric cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 22, 29 (2021).
<https://doi.org/10.1186/s12875-021-01375-2>
44. Maslach Burnout Inventory (MBI) - Assessments, tests | Mind Garden - Mind Garden. (n.d.).
<https://www.mindgarden.com/117-maslach-burnout-inventory-mbi>
45. Maslach, C. (1976), “Burned-out”, *Human Behavior*, Vol. 9, pp. 16-22.
46. Maslach, C. (1993), “Burnout: a multidimensional perspective”, in Schaufeli, W.B., Maslach, C. and Marek, T. (Eds), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*, Taylor & Francis, Washington, DC, pp. 19-32
47. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach burnout inventory manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
48. Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it. Jossey-Bass.
49. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
50. McGehee, P., Germer, C., & Neff, K. (2017). Core values in mindful Self-Compassion. In *Mindfulness in behavioral health* (pp. 279–293).
https://doi.org/10.1007/978-3-319-64924-5_11
51. Microsoft (2022). Hybrid work is just work. Are we doing it wrong? (n.d.-b).

- <https://www.microsoft.com/en-us/worklab/work-trend-index/hybrid-work-is-just-work>
52. Mikolajczak, M., Gross, J. J., & Roskam, I. (2019). Parental Burnout: What Is It, and Why Does It Matter? *Clinical Psychological Science*, 7(6), 1319-1329. <https://doi.org/10.1177/2167702619858430>
 53. Mindful (2022). Jon Kabat-Zinn: Defining Mindfulness. Mindful. <https://www.mindful.org/jon-kabat-zinn-defining-mindfulness/>
 54. Montero-Marín, J., Skapinakis, P., Araya, R., Gili, M., & García-Campayo, J. (2011). Towards a brief definition of burnout syndrome by subtypes: development of the "Burnout Clinical Subtypes Questionnaire" (BCSQ-12). *Health and quality of life outcomes*, 9, 74. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-74>
 55. Negi, L. (2013). *Cognitively-Based Compassion Training Manual*. https://tiber.emory.edu/documents/CBCT%20Manual_2014%20update.kp.pdf
 56. Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250. <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0-self-compassion.pdf>
 57. Neff, K. D. (2009). The role of Self-Compassion in Development: A Healthier Way to Relate to oneself. *Human Development*, 52(4), 211–214. <https://doi.org/10.1159/000215071>
 58. Neff K. D. (2023). Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annual review of psychology*, 74, 193–218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>
 59. Nwosu ADG, Ossai E, Onwuasoigwe O, Ezeigweneme M, Okpamen J. Burnout and Presenteeism among Healthcare Workers in Nigeria: Implications for Patient Care, Occupational Health and Workforce Productivity. *Journal of Public Health Research*. 2021;10(1). doi:[10.4081/jphr.2021.1900](https://doi.org/10.4081/jphr.2021.1900)
 60. Ozawa-de Silva, B., de, Dodson-Lavelle, B., & Emory University. (2011). An Education of Heart and Mind: Practical and theoretical issues in teaching Cognitive-Based Compassion training to children. In *Practical Matters*. https://tiber.emory.edu/documents/cbct-resources-for-teachers-certification-program/Education_of_Heart_and_Mind.Ozawa_Dodson.pdf

61. Parker, G., Tavella, G., & Eyers, K. (2022). Burnout. <https://doi.org/10.4324/9781003333722>
62. Parker, G., & Tavella, G. (2021). Distinguishing burnout from clinical depression: A theoretical differentiation template. *Journal of Affective Disorders*, 281, 168–173. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.022>
63. Peeters, M. C., De Jonge, J., & Taris, T. W. (2013). *An introduction to contemporary work psychology*. John Wiley & Sons.
64. Pines, A. M., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth* (p. 15). New York: Free Press.
65. Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free Press.
66. Schaufeli, W., B., De Witte, H., Desart, S., & KU Leuven. (2020). *Manual Burnout Assessment Tool (BAT) - Version 2.0 [Manual]*. KU Leuven, Belgium. <https://burnoutassessmenttool.be/wp-content/uploads/2020/08/Test-Manual-BAT-English-version-2.0-1.pdf>
67. Schaufeli, W.B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Philadelphia: Taylor & Francis.
68. Schaufeli, W.B. (1999). Burnout. In: J. Firth-Cozens & R. Payne (Eds.), *Stress in health professionals: Psychological and organizational causes and interventions* (pp. 17-32). Chichester: Wiley.
69. Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204–220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
70. Schaufeli, W. B., Maassen, G. H., Bakker, A. B., & Sixma, H. J. (2011). Stability and change in burnout: A 10-year follow-up study among primary care physicians. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(2), 248–267. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.2010.02013.x>
71. Schaufeli, W. B. & Salanova, M. (2014). Burnout, boredom and engagement at the workplace. In Peeters, M., de Jonge J., & Taris, T. (Eds.), *People at work: An Introduction to Contemporary Work Psychology* (pp. 293-320). Chichester: Wiley-Blackwell.
72. Schore, A. N. (1998). Early shame experiences and infant brain development. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (pp. 57–77). Oxford University Press.

73. Shoman, Y., May, E. E., Marca, S. C., Wild, P., Bianchi, R., Bugge, M. D., Caglayan, C., Cheptea, D., Gnesi, M., Godderis, L., Kiran, S., McElvenny, D. M., Mediouni, Z., Mehlum, I. S., Mijakoski, D., Minov, J., Van Der Molen, H. F., Nena, E., Otelea, M., & Canu, I. G. (2021). Predictors of Occupational Burnout: A Systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health/International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9188. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179188>
74. Shonin, E., Van Gordon, W., Compare, A., Zangeneh, M., & Griffiths, M. (2014). Buddhist-derived loving-kindness and compassion meditation for the treatment of psychopathology: a systematic review. *Mindfulness*, 6(5), 1161-118. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0368>
75. Short course in Mindful Self-Compassion | Self Compassion PDX. (n.d.). Self Compassion PDX. <https://www.portlandselfcompassion.com/short-course-in-mindful-self-compassion>
76. Sedighimornani, N., Rimes, K. A., & Verplanken, B. (2019). Exploring the relationships between mindfulness, Self-Compassion, and shame. *SAGE Open*, 9(3), 215824401986629. <https://doi.org/10.1177/2158244019866294>
77. Sen, S. (2022). Is it burnout or depression? Expanding efforts to improve Physician Well-Being. *New England Journal of Medicine/ the New England Journal of Medicine*, 387(18), 1629–1630. <https://doi.org/10.1056/nejmp2209540>
78. Shoman, Y., El May, E., Marca, S. C., Wild, P., Bianchi, R., Bugge, M. D., Caglayan, C., Cheptea, D., Gnesi, M., Godderis, L., Kiran, S., McElvenny, D. M., Mediouni, Z., Mehlum, I. S., Mijakoski, D., Minov, J., van der Molen, H. F., Nena, E., Otelea, M., & Guseva Canu, I. (2021). Predictors of Occupational Burnout: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(17), 9188. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179188>
79. Sirois, F. M., Molnar, D. S., & Hirsch, J. K. (2015). Self-Compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self and Identity*, 14(3), 334–347. <https://doi.org/10.1080/15298868.2014.996249>
80. Smeets, E., Neff, K., Alberts, H., & Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: effects of a brief self-compassion intervention for female

- college students. *Journal of clinical psychology*, 70(9), 794–807.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22076>
81. Strauss, C., Lever Taylor, B., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical psychology review*, 47, 15–27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.004>
 82. Svendsen, J. L., Schanche, E., Vøllestad, J., Visted, E., Jentschke, S., Karl, A., Binder, P., Osnes, B., & Sørensen, L. (2022). Self-Compassion and its association with ruminative tendencies and vagally mediated heart rate variability in recurrent major depression. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.798914>
 83. Tement, S., Pahor, A., & Jaušovec, N. (2016). EEG alpha frequency correlates of burnout and depression: The role of gender. *Biological Psychology*, 114, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2015.11.005>
 84. Thorndike, E. L. (1914). *Educational psychology*, Vol. 3. Mental work and fatigue and individual differences and their causes. Teachers College. <https://doi.org/10.1037/13796-000>
 85. Trompetter, H. R., Kleine, E., & de Bohlmeijer, E. T. (2017). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 459–468. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9774-0>
 86. Unger H. P. (2007). Depression und Arbeitswelt [Work-related depression]. *Psychiatrische Praxis*, 34 Suppl 3, S256–S260. <https://doi.org/10.1055/s-2007-970975>
 87. WebMD Editorial Contributors. (2022). Compassion fatigue: symptoms to look for. WebMD. <https://www.webmd.com/mental-health/signs-compassion-fatigue>
 88. Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Dollard, M. F., Demerouti, E., Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Schreurs, P. J. (2007). When do job demands particularly predict burnout? *Journal of Managerial Psychology*, 22(8), 766–786. <https://doi.org/10.1108/02683940710837714>
 89. Yeung, A., Xie, Q., Huang, X., Hoepfner, B., Jain, F. A., Tan, E. K., Mai, X., Mischoulon, D., & Guo, X. (2023). Effectiveness of Mindful Self-Compassion Training Supported by Online Peer Groups in China: A Pilot Study. *Alternative therapies in health and medicine*, 29(5), 170–177.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК 1

Таблиця 1.

Середні значення та медіана показників шкал ВАТ до та після втручань

	Виснаження	Відчуження	Когнітивні порушення	Емоційні порушення	Вторинні симптоми
Шкали ВАТ до					
Група 1					
Середнє	3.71	3.00	3.22	3.04	3.07
Медіана	3.63	3.00	3.20	3.10	3.10
Стандартне відхилення	0.46	0.59	0.78	0.76	0.49
Група 2					
Середнє	3.67	2.74	3.12	2.90	3.23
Медіана	3.75	2.60	3.20	2.80	3.20
Стандартне відхилення	0.35	0.67	0.75	0.72	0.52
Група 3					
Середнє	3.74	2.71	3.03	3.02	3.34
Медіана	3.75	2.60	3.00	2.80	3.40
Стандартне відхилення	0.41	0.71	0.59	0.83	0.43
Шкали ВАТ після					
Група 1					
Середнє	3.01	2.52	2.77	2.33	2.56
Медіана	3.06	2.40	2.50	2.20	2.70
Стандартне відхилення	0.54	0.86	0.81	0.68	0.61
Група 2					
Середнє	2.91	2.26	2.63	2.24	2.68
Медіана	2.75	2.20	2.60	2.00	2.60
Стандартне відхилення	0.51	0.64	0.69	0.72	0.58
Група 3					
Середнє	3.46	2.58	2.92	2.62	3.14
Медіана	3.63	2.40	2.80	2.60	3.40
Стандартне відхилення	0.63	0.68	0.70	0.83	0.72

Таблиця 2.

Середні значення та медіана показників шкал SCS до та після втручань

	Самокритика	Надідентифікація	Ізоляція	Доброта до себе	Майндфулнес	Загальна людяність
Шкали SAS до						
Група 1						
Середнє	2.73	2.30	2.36	2.35	2.76	2.69
Медіана	2.70	2.25	2.25	2.40	2.88	2.50
Стандартне відхилення	0.78	0.64	0.54	0.60	0.55	0.61
Група 2						
Середнє	2.77	2.27	2.59	2.15	2.49	2.10
Медіана	2.80	2.25	2.75	2.00	2.50	2.25
Стандартне відхилення	0.82	0.63	0.61	0.76	0.65	0.55
Група 3						
Mean	2.69	2.35	2.74	2.46	2.68	2.55
Median	2.80	2.50	3.00	2.40	2.75	2.50
Standard Deviation	0.84	0.84	0.80	0.79	0.79	0.69
Шкали SAS після						
Група 1						
Середнє	3.48	3.36	3.26	3.42	3.36	3.55
Медіана	3.40	3.63	3.50	3.60	3.25	3.75
Стандартне відхилення	0.77	0.81	0.89	0.84	0.76	0.85
Група 2						
Середнє	3.79	3.27	3.53	3.30	3.18	3.04
Медіана	3.60	3.50	3.75	3.20	3.00	3.25
Стандартне відхилення	0.81	0.68	0.84	0.76	0.76	0.84
Група 3						
Середнє	2.89	2.45	2.92	2.50	2.62	2.33
Медіана	3.20	2.25	2.75	2.60	2.75	2.50
Стандартне відхилення	1.07	0.98	0.90	0.83	0.69	0.60

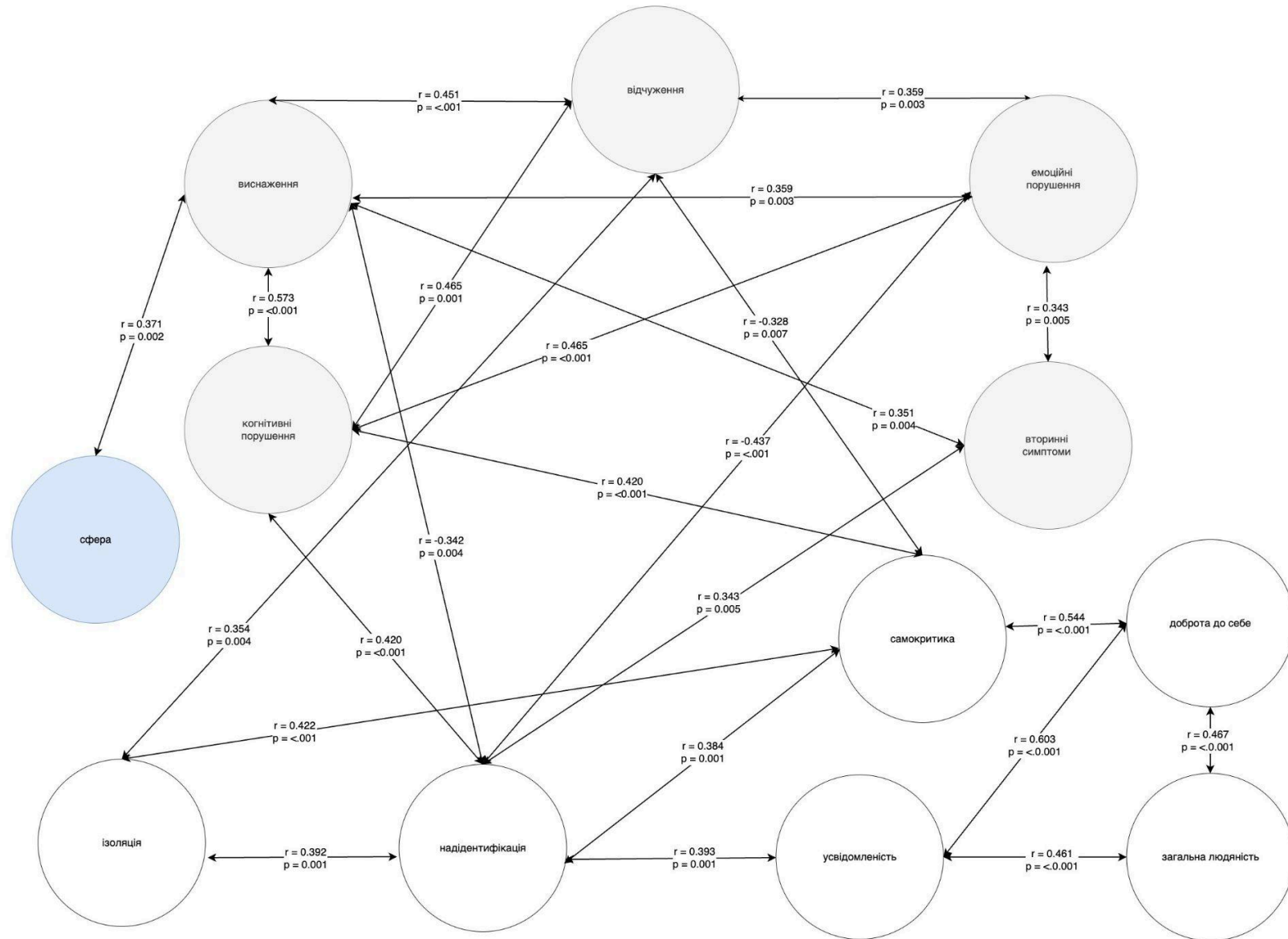
		стать	сфера	досвід	виснаження	відчуження	когнітивні порушення	емоційні порушення	вторинні симптоми	самокритика	надієність	ізоляція	доброта до себе	усвідомленість	загальна людяність
виснаження	Pearson Correlation	0.081	.371**	0.157	--										
	Sig. (2-tailed)	0.518	0.002	0.207											
	N	66	66	66	66										
відчуження	Pearson Correlation	0.19	0.206	0.044	.451**	--									
	Sig. (2-tailed)	0.127	0.097	0.728	<.001										
	N	66	66	66	66	66									
когнітивні порушення	Pearson Correlation	0.039	.278*	0.129	.563**	.465**	--								
	Sig. (2-tailed)	0.757	0.024	0.301	<.001	<.001									
емоційні порушення	Pearson Correlation	-0.109	.259*	0.067	.359**	.335**	.465**	--							
	Sig. (2-tailed)	0.383	0.035	0.592	0.003	0.006	<.001								
	N	66	66	66	66	66	66	66							

		стать	сфера	досвід	виснаження	відчуження	когнітивні порушення	емоційні порушення	вторинні симптоми	самокритика	надієнтіфікація	ізоляція	доброта до себе	усвідомленість	загальна людськість
вторинні симптоми	Pearson Correlation	-0.207	0.054	0.159	.351**	.248*	0.195	.343**	--						
	Sig. (2-tailed)	0.095	0.668	0.203	0.004	0.044	0.117	0.005							
	N	66	66	66	66	66	66	66	66						
самокритика	Pearson Correlation	-0.019	-0.218	-0.169	-0.199	-.328**	-.253*	-0.168	-.304*	--					
	Sig. (2-tailed)	0.878	0.079	0.175	0.11	0.007	0.04	0.178	0.013						
	N	66	66	66	66	66	66	66	66	66					
надієнтіфікація	Pearson Correlation	0.237	-.286*	-0.088	-.342**	-.246*	-.420**	-.437**	-.343**	.384**	--				
	Sig. (2-tailed)	0.056	0.02	0.48	0.005	0.047	<.001	<.001	0.005	0.001					
	N	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66				
ізоляція	Pearson Correlation	0.055	0.004	-0.109	-0.086	-.354**	-0.127	-.274*	-0.204	.422**	.392**	--			
	Sig. (2-tailed)	0.659	0.973	0.384	0.492	0.004	0.311	0.026	0.101	<.001	0.001				
	N	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66			

		стать	сфера	досвід	виснаження	відчуження	когнітивні порушення	емоційні порушення	вторинні симптоми	самокритика	надієність	ізоляція	доброта до себе	усвідомленість	загальна людяність
доброта до себе	Pearson Correlation	-0.043	-0.08	-0.127	-0.001	-0.061	-0.163	-0.005	-0.224	.544**	.261*	.259*	--		
	Sig. (2-tailed)	0.733	0.522	0.31	0.995	0.626	0.191	0.968	0.071	<.001	0.035	0.036			
	N	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66		
усвідомленість	Pearson Correlation	0.111	0.052	-0.059	0.072	0.03	-0.198	-0.089	-0.227	0.23	.393**	0.215	.603**	--	
	Sig. (2-tailed)	0.374	0.679	0.636	0.564	0.813	0.111	0.477	0.067	0.063	0.001	0.083	<.001		
	N	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	
загальна людяність	Pearson Correlation	0.108	0.133	-0.042	0.131	0.026	-0.064	-0.071	-0.141	0.134	0.195	0.123	.467**	.461**	--
	Sig. (2-tailed)	0.387	0.286	0.736	0.293	0.837	0.611	0.572	0.259	0.284	0.116	0.325	<.001	<.001	
	N	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ДОДАТОК 3 Кореляційна плеяда



ДОДАТОК 4

Таблиця 3.

Розрахунки ANOVA за шкалами для груп до та після впливу

		До впливу			Після впливу	
		N	Середнє	Стандартне відхилення	Середнє	Стандартне відхилення
Виснаження	тренінг	20	3.7125	0.45722	3.0125	0.53634
	буклет	20	3.6750	0.35909	3.9000	0.54501
	контроль	20	3.7250	0.42651	3.4125	0.65028
	загально	60	3.7042	0.40974	3.1083	0.61128
Відчуження	тренінг	20	3.0000	0.58759	3.5200	0.85938
	буклет	20	3.7700	0.70569	3.2500	0.67707
	контроль	20	3.6800	0.73813	3.6000	0.71672
	загально	60	3.8167	0.68226	3.4567	0.75742
Когнітивні порушення	тренінг	20	3.2200	0.78109	3.7700	0.80857
	буклет	20	3.1600	0.77758	3.6500	0.73090
	контроль	20	3.0400	0.62778	3.9700	0.72627
	загально	60	3.1400	0.72374	3.7967	0.75509
Емоційні порушення	тренінг	20	3.0400	0.75839	3.3300	0.67831
	буклет	20	3.9700	0.73205	3.3300	0.72337
	контроль	20	3.0500	0.79703	3.7000	0.82462
	загально	60	3.0200	0.75077	3.4533	0.75273
Вторинні симптоми	тренінг	20	3.0650	0.48588	3.5600	0.61250
	буклет	20	3.1800	0.46294	3.6300	0.56671
	контроль	20	3.3550	0.44895	3.1800	0.69479
	загально	60	3.2000	0.47372	3.7900	0.67666
Самокритика	тренінг	20	3.7300	0.78210	3.4800	0.76612
	буклет	20	3.6400	0.77215	3.6900	0.79862
	контроль	20	3.7200	0.86426	3.9900	10.03918
	загально	60	3.6967	0.79447	3.3867	0.91085
Надідентифікація	тренінг	20	3.3000	0.63660	3.3625	0.81303
	буклет	20	3.1625	0.59756	3.2250	0.72047
	контроль	20	3.3000	0.88704	3.4875	10.02108
	загально	60	3.2542	0.70934	3.0250	0.93053
Ізоляція	тренінг	20	3.3625	0.54092	3.2625	0.89028
	буклет	20	3.4875	0.54697	3.4875	0.88286
	контроль	20	3.8500	0.74516	3.0250	0.91371
	загально	60	3.5667	0.64254	3.2583	0.90076

		До впливу			Після впливу	
		N	Середнє	Стандартне відхилення	Середнє	Стандартне відхилення
Доброта до себе	тренінг	20	3.3500	0.60131	3.4200	0.83829
	буклет	20	3.1400	0.76805	3.2800	0.76337
	контроль	20	3.4200	0.82819	3.4900	0.88133
	загально	60	3.3033	0.73599	3.0633	0.91355
Усвідомленість	тренінг	20	3.7625	0.54697	3.3625	0.75861
	буклет	20	3.5000	0.67376	3.2375	0.76724
	контроль	20	3.6375	0.81707	3.5875	0.67995
	загально	60	3.6333	0.68499	3.0625	0.80072
Загальна людяність	тренінг	20	3.6875	0.61170	3.5500	0.84527
	буклет	20	3.0875	0.52110	3.0625	0.82268
	контроль	20	3.5000	0.72093	3.3250	0.59659
	загально	60	3.4250	0.66272	3.9792	0.90583