

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ**  
**Кафедра загальної та клінічної психології**

На правах рукопису

**КОЛОМІЄЦЬ МИХАЙЛО ВІКТОРОВИЧ**  
**ПРОЯВ ЕМПАТІЇ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ**  
**ОНКОХІРУРГІВ ТА КЛІНІЧНИХ ОНКОЛОГІВ**

Спеціальність: 053 «ПСИХОЛОГІЯ»  
Освітньо-професійна програма Клінічна психологія  
Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр»

Науковий керівник:  
**ЛАЗОРКО ОЛЬГА ВАЛЕРІЇВНА,**  
доктор психологічних наук, професор

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № \_\_\_\_\_  
засідання кафедри загальної та клінічної психології,  
від \_\_\_\_\_ 2024 р.

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_ проф. Журавльова О.В.

**ЛУЦЬК – 2024**

## АНОТАЦІЯ

### **Коломієць М.В. Прояв емпатії в професійній діяльності онкохірургів та клінічних онкологів**

Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 «Психологія», освітньо-професійної програми Клінічна психологія. – Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2024.

Магістерська робота присвячена теоретико-методологічному та емпіричному дослідженню психологічних особливостей прояву емпатії у професійній діяльності клінічних онкологів та онкохірургів.

У першому розділі здійснено теоретичний аналіз емпатії як професійно важливої якості лікарів, проаналізовано місце емпатії в міжособистісних стосунках у працях вітчизняних та зарубіжних психологів, узагальнено існуючі концепції емпатії в медичній практиці та проведено психологічний аналіз діяльності лікаря клініциста і лікаря хірурга. Емпатія клінічних онкологів та онкохірургів вивчалася в основному як особистісна властивість лікаря у межах спеціалізації і розглядалася як окрема проблема, що не враховує емпатичні особливості стосовно до конкретного виду і способу професійної діяльності за спеціалізацією. Виявлення взаємозв'язку емпатії та ефективності професійної діяльності у лікарів різної спеціалізації дозволить визначити змістовну специфіку емпатії клінічних онкологів і онкохірургів.

У другому розділі обґрунтовано емпіричну програму вивчення проблеми, її методики емпіричного дослідження та здійснено емпіричну констатацію впливу емпатії на ефективність діяльності клінічного онколога та онкохірурга. Проаналізовано ефективність діяльності клінічних онкологів та онкохірургів в різні стажові періоди, вплив рівня розвитку емпатії на ефективність діяльності, виразність емпатії клінічних онкологів і онкохірургів та проаналізована психологічна структура емпатії клінічних онкологів і онкохірургів й емпірично досліджена динаміка розвитку емпатії в ході професіоналізації клінічних онкологів та онкохірургів,

У дослідженні розглянуто емпатію як цілісне явище, яке формується і розвивається у соціальній взаємодії, якою є професійна діяльність лікаря, визначено характер, специфіку емпатії лікарів різної спеціалізації та досліджено як, змінюючись у соціальній взаємодії протягом професійного життя, емпатія впливає на ефективність діяльності клінічних онкологів і онкохірургів. Встановлено, що емпатія як інтегративне явище є для клінічних онкологів професійно важливою якістю, що розкривається в їх діяльності через три взаємодіючі і взаємопроникні компоненти: розуміння, переживання і допомагаюча поведінка, які в сукупності здійснюють позитивний вплив на результативність діяльності. У професійній практиці онкохірургів емпатія розкривається тільки як феномен пізнання та поведінки, а отже не є професійно важливою якістю хірурга.

*Ключові слова: емпатія, клінічний онколог, онкохірург, ефективність діяльності, професійно важливі якості, професіоналізація.*

## ANNOTATION

### **Kolomiets M.V. Manifestation of empathy in the professional activity of oncologists and clinical oncologists**

Work for the educational degree “Master” in specialty 053 “Psychology”, educational and professional program “Clinical Psychology.” - Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2024.

The master's thesis is devoted to the theoretical, methodological and empirical study of the psychological features of empathy in the professional activity of clinical oncologists and oncologists.

The first chapter provides a theoretical analysis of empathy as a professionally important quality of doctors, analyzes the place of empathy in interpersonal relationships in the works of domestic and foreign psychologists, summarizes the existing concepts of empathy in medical practice, and conducts a psychological analysis of the activities of a clinical oncologist and a surgeon. The empathy of clinical oncologists and oncosurgeons has been studied mainly as a personal property of a doctor within the framework of specialization and was considered as a separate problem that does not take into account empathic features in relation to a specific type and method of professional activity in the specialization. Identification of the relationship between empathy and the effectiveness of professional activity in doctors of different specializations will allow us to determine the substantive specificity of empathy of clinical oncologists and oncologic surgeons.

The second section substantiates the empirical program of studying the problem and the methods of empirical research and empirically states the influence of empathy on the effectiveness of clinical oncologists and oncologists. The effectiveness of clinical oncologists and oncologists in different periods of experience, the influence of the level of empathy development on performance, the expressiveness of empathy of clinical oncologists and oncologists, the psychological structure of empathy of clinical oncologists and oncologists, and the dynamics of empathy development in the course of professionalization of clinical oncologists and oncologists are analyzed and empirically studied,

The study considers empathy as a holistic phenomenon that is formed and developed in social interaction, which is the professional activity of a doctor, determines the nature and specifics of empathy of doctors of different specializations and investigates how, changing in social interaction during professional life, empathy affects the effectiveness of clinical oncologists and oncologic surgeons. It has been established that empathy as an integrative phenomenon is a professionally important quality for clinical oncologists, which is revealed in their activities through three interacting and interpenetrating components: understanding, experience and helping behavior, which together have a positive impact on performance. In the professional practice of oncologists, empathy is revealed only as a phenomenon of cognition and behavior, and therefore is not a professionally important quality of a surgeon.

*Key words: empathy, clinical oncologist, oncologist, oncologist-surgeon, performance, professionally important qualities, professionalization.*

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП .....</b>	<b>5</b>
<b>РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЕМПАТІЇ ЯК ПРОФЕСІЙНО ВАЖЛИВОЇ ЯКОСТІ ЛІКАРІВ</b>	
1.1 Місце емпатії в міжособистісних стосунках у працях вітчизняних та зарубіжних психологів .....	11
1.2. Концепція емпатії в медичній практиці .....	18
1.3. Психологічний аналіз діяльності лікаря клініциста і лікаря хірурга ...	24
<b>РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНА КОНСТАТАЦІЯ ВПЛИВУ ЕМПАТІЇ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ДІЯЛЬНОСТІ КЛІНІЧНОГО ОНКОЛОГА ТА ОНКОХІРУРГА</b>	
2.1. Програма і методики емпіричного дослідження .....	34
2.2. Ефективність діяльності в різні стажові періоди у клінічних онкологів та онкохірургів .....	38
2.3. Вплив рівня розвитку емпатії на ефективність діяльності клінічних онкологів та онкохірургів .....	39
2.4. Виразність емпатії клінічних онкологів і онкохірургів .....	43
2.5. Психологічна структура емпатії клінічних онкологів і онкохірургів ...	46
2.6. Динаміка розвитку емпатії в ході професіоналізації клінічних онкологів та онкохірургів .....	52
<b>ВИСНОВКИ .....</b>	<b>66</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....</b>	<b>69</b>
<b>ДОДАТКИ .....</b>	<b>80</b>

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Об'єктивні процеси розвитку психології завжди відображали ті процеси, які відбуваються в суспільстві. Поворот суспільства до більшої гуманізації поступово зміщує фокус розуміння людини у визнанні її унікальності, власної активності, свободи вибору та відповідальності за неї. Зростає інтерес психологів до комплексних, системних проблем, які спонукають вчених досліджувати не лише окремі особливості психічних феноменів і описувати їх як щось єдине, але й у ролі одиниць психіки розглядати більш інтегративні утворення, засновані на трансформації структур індивідуального досвіду людини. В якості такого інтегративного утворення все частіше розглядається емпатія, яка за рахунок самого характеру емпатичних явищ дозволяє суб'єкту розуміти навколишній світ, впливати на нього і внаслідок цього змінюватися самому.

Програма модернізації охорони здоров'я, що проводиться в країні, має на меті отримання населенням якісної медичної допомоги при зниженні матеріальних витрат і рівною мірою спрямована на лікування та на профілактику захворювань. Одним з можливих способів вирішення цього завдання є розвиток у лікарів такої якості як емпатія. Доведено, що в клінічній практиці емпатія надзвичайно ефективна, тому що сприяє своєчасному і більш точному встановленню діагнозу, кращій узгодженості та більш ефективному плануванню лікування.

Специфіка медичної діяльності полягає у традиційному поділі на два види спеціалізованої допомоги: терапевтичної і хірургічної, що передбачає в першому випадку довготривалі контакти з хворим, а в другому – короткочасні. Відповідно, не лише способи надання допомоги пацієнтам різні: консервативні та оперативні, а й різний характер професійних та соціальних взаємодій, до яких вдаються ці лікарі за змістом своєї діяльності. Тому змістовне наповнення та специфіка професійно важливих якостей терапевтів та хірургів, необхідних для ефективної реалізації їхньої діяльності, різні. Стосується це і такої необхідної якості для

лікарської діяльності, як емпатія. Однак, у науковій літературі питання дослідження специфіки емпатії у професійній діяльності лікарів різних спеціальностей, що вимагає різного ступеня та характеру емпатії, практично не вивчаються. Емпатія терапевтів та хірургів вивчалася в основному як особистісна властивість і розглядалася як окрема проблема, яка не враховує емпатичні особливості стосовно конкретного виду діяльності.

У цьому дослідженні зроблено спробу здійснити аналіз специфіки емпатії у лікарів протилежних профілів діяльності – онкохірургів та клінічних онкологів, в природній цілісності яку відображає значення емпатії у їх повсякденній практиці. Постановка в локус уваги динаміки розвитку емпатії лікарів клінічних онкологів та онкохірургів дозволяє глибше простежити прояв емпатії у різні періоди професійної діяльності та оцінити її вплив на професійну успішність.

Емпатія розглядається нами як індикатор професійної успішності лікаря і у зв'язку з цим, є актуальним дослідження емпатії як професійно важливої якості.

Тема роботи пройшла обговорення і затверджена на засіданні Етичної комісії кафедри загальної та клінічної психології, протокол № 3, від 15 грудня 2023 року.

**Об'єкт дослідження** – представники двох лікарських спеціалізацій: лікарі клінічні онкологи та лікарі хірурги.

**Предмет дослідження** – взаємозв'язок структури емпатії та ефективності діяльності у різні періоди професіоналізації онкохірургів та клінічних онкологів.

**Мета дослідження** полягає в виявленні впливу рівня розвитку емпатії на ефективність діяльності лікаря (клінічного онколога та онкохірурга) на основі аналізу психологічної структури емпатії та основних тенденцій розвитку ході професіоналізації.

Відповідно до мети дослідження були сформульовані такі **завдання**:

1. Провести теоретичний аналіз проблеми співвідношення емпатії та ефективності діяльності у медичній практиці.
2. Виявити вплив, емпатії на ефективність діяльності клінічних онкологів та онкохірургів.

3. Визначити специфіку емпатії клінічних онкологів та онкохірургів через встановлення провідних каналів емпатії, структури емпатії та її вираженості.

4. Встановити загальні та специфічні тенденції розвитку емпатії клінічних онкологів та онкохірургів у ході професіоналізації.

У дослідженні були зроблені **гіпотетичні передбачення:**

1. Емпатія клінічних онкологів та онкохірургів відрізняється якісною своєрідністю впливу, який вона здійснює на ефективність діяльності, оскільки має загальні та специфічні особливості її повсякденного застосування.
2. Динаміка розвитку емпатії клінічних онкологів та онкохірургів в процесі професіоналізації різна.

**Теоретико-методологічна основа дослідження.** В основу дослідження покладено теоретичні положення про феномен емпатії, її структуру та прояви в професійній діяльності медичних працівників, зокрема онкохірургів та клінічних онкологів (М.Г. Актаєва, І.В. Астремська, А.М. Безкоровайна, І.В. Беленька, О.В. Белова, Г.С. Бояндіна, О.С. Вавринів, Р.Я. Яремко, Ю.С. Вакалюк, В.І. Владимірова, Н.І. Моргун, О.А. Вячеславова, А.О. Татьянчиков, В.Ю. Яковенко); її значення як складової професійної компетентності (С.Д. Максименко, О.П. Саннікова, О.М. Кокун, І.М. Кирилюк, А.М. Безкоровайна, О.В. Белова, Н.К. Лебідь, Ю.В. Бреус, Т.М. Павлюк, М. Hojat, J.S. Gonnella, S. Mangione, T.J. Nasca); вплив емпатії на якість медичної допомоги та задоволеність пацієнтів (Ю.С. Вакалюк, І.В. Беленька, С.В. Мітіна, Н.С. Sox, М. Hojat, R.V. Deber, С.М. Mallette).

Особливу увагу приділено дослідженням професійних компетенцій, які знижують ризик емоційного вигорання та морального дистресу медичних працівників, підвищуючи їх ефективність у роботі з онкологічними пацієнтами (І.А. Астремська, В.М. Ждан, Т.М. Павлюк, М.В. Хижняк, S. Mangione, М. Hojat, А.О. Вауманн). Аналізу піддано емпатичні чинники, що впливають на адаптацію лікарів до складних морально-етичних ситуацій у клінічній онкології (І.В. Владимірова, Н.І. Моргун, В.М. Шляхта, А. Гайдук, Я. Шпарик).

Методи профілактики емоційного вигорання та розвитку емпатії включають впровадження спеціальних освітніх програм (О.М. Кокун, Т.В.

Коломієць, Л.М. Лисенко, М. Hojat, Т. Nasca, J. Magee), які базуються на емпатійно-орієнтованому підході, застосуванні технік рефлексії, підвищення стійкості до стресу та соціально-психологічної підтримки медичних працівників (Н.І. Меленчук, А.О. Тат'янчиков, О.М. Поплавська, Н.В. Слободяник).

Теоретична база включає роботи з філософських та психологічних аспектів емпатії (М.П. Журавльова, Т. Матюх, Г.С. Бояндіна, М. Шелер), що надають ширший контекст розуміння її ролі у професійній діяльності лікарів.

**Методи дослідження.** Для виконання поставлених в дослідженні задач використовувалися методи: анкетування; психологічне тестування. Для тестування використовувалися такі взаємодоповнюючі методики: методика вивчення полікомунікативної емпатії, методика діагностики емпатичних здібностей та шкала емпатичної чуйності, метод спостереження, метод експертних оцінок.

Для статистичної обробки та аналізу емпіричних даних були використані: методи описовою статистики (середнє арифметичне, стандартне відхилення, коефіцієнт варіації), методи порівняння середніх (U-критерій Манна-Уїтні), кореляційний аналіз (коефіцієнт r-Спірмена), множинний регресійний аналіз (метод основних компонентів).

Математична обробка даних здійснювалася із застосуванням програми STATISTICA 6.0, IBM Statistics SPSS Base 13.0.

**База дослідження.** Дослідження проводилося на базі комунального некомерційного підприємства «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної Ради». Об'єктом емпіричного дослідження стали клінічні онкологи та онкохірурги як фахівці, які відрізняються специфічністю функціонального змісту професійної діяльності. Вибірку дослідження склали: лікарі клініцисти – 30 осіб, хірурги – 32 особи. Загальний обсяг вибірки становив 62 особи чоловіків та жінок, віком від 25 до 67 років.

**Теоретична значущість та новизна одержаних результатів дослідження** полягає в уточненні теоретичних уявлень про роль емпатії у структурі професійно-важливих якостей лікарів консервативної і оперативною медицини – клінічних

онкологів та онкохірургів; розвитку уявлень про взаємозв'язок емпатії та ефективності в ході професіоналізації у клінічних онкологів та онкохірургів. Показана специфіка емпатії лікарів терапевтичного та хірургічного профілів через аналіз її структури, вираженості, провідних каналів у різні періоди професійної діяльності важливих якостей клінічних онкологів та онкохірургів; здійсненні комплексного аналізу змістовного наповнення, специфіки і динаміки розвитку емпатії в ході професіоналізації клінічних онкологів та онкохірургів. У дослідженні визначена специфіка вираженості емпатії клінічних онкологів та онкохірургів. Встановлено, що клінічним онкологам характерний вищий рівень розвитку емпатії ніж онкохірургам. Виявлено структуру і провідні канали емпатії клінічних онкологів та онкохірургів, що відображають характер та ступінь впливу емпатії на професійну успішність. Виявлено структуру емпатії клінічних онкологів та онкохірургів та основні тенденції її розвитку у процесі професіоналізації. Встановлено, що для клінічних онкологів характерно згасання всіх видів вимірюваної емпатії з віком та досвідом, а для онкохірургів – згасання з досвідом і віком полікомунікативної емпатії і зростання в завершальному професійному періоді емпатичних здібностей. Розкрито особливості впливу емпатії на ефективність діяльності лікарів клінічних онкологів та онкохірургів, що припадає на період від 10 до 30 років стажу. У хірургів не виявлено прямого зв'язку між ефективністю діяльності та емпатією. Встановлено, що у період від 10 до 30 років стажу проходить максимальне зниження рівня вираженості емпатії, і вона здійснює мінімальний вплив на ефективність діяльності. Встановлено, що у клінічних онкологів у цей період спостерігається найбільша вираженість емпатії, і вона здійснює максимальний вплив на ефективність діяльності, що емпірично доводить значення емпатії як професійно важливої якості лікаря клінічного онколога.

**Практична значущість дослідження** полягає у можливостях використання отриманих результатів для створення моделей професійного відбору і атестації фахівців консервативної і оперативної медицини в навчальних закладах, на курсах підвищення кваліфікації лікарів, полегшує

завдання прогнозування професійної успішності. Результати дослідження можуть бути використані з метою складання практичних рекомендацій клінічним онкологам та онкохірургам для подальшого вдосконалення та планування кар'єри.

**Апробація результатів дослідження.** Результати дослідження висвітлювалися на: XI міжнародній науково-практичній інтернет-конференції: «Соціальна адаптація особистості в сучасному суспільстві» із циклу: «Психологічні складові сталого розвитку суспільства: пошук психологічного обґрунтування на виклики сучасності», 16 – 20 грудня 2024 року, м. Луцьк.

**Структура роботи :** робота складається з вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

## РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЕМПАТІЇ ЯК ПРОФЕСІЙНО ВАЖЛИВОЇ ЯКОСТІ ЛІКАРІВ

### 1.1 Місце емпатії в міжособистісних стосунках у працях вітчизняних та зарубіжних психологів

З початком ХХ століття феномен емпатії потрапляє в коло інтересів вчених, як особливий психологічний акт, властивий людині.

Сучасний термін «емпатія» вводить у психологію Е. Тітченер в 1909 за аналогією зі словом симпатія. У розумінні Тітченера емпатія - це всеосяжний механізм пізнавальних процесів, що дозволяє вчуватися в стан іншої людини, проникати в почуття іншої особи і заснований на внутрішній імітації.

Німецький дослідник Теодор Ліппс [66] сформулював одним із перших, концепцію емпатії, вказуючи на те, що людина в процесі сприйняття іншого здійснює на нього проєкцію власних емоційних станів з різним емоційним забарвленням, з естетичним переживанням позитивного чи негативного характеру.

Г. Олпорт вводить поняття емпатії в психологію особистості та описує її як спосіб розуміння особистості і як процес, який здійснюється самою особистістю. Дослідження Г. Олпорта та Дж. Міда, разом з ідеями про децентрацію Ж. Піаже започаткували вивчення когнітивного в емпатії [59].

М. Шелер описував вчування як особливого роду чуття чужого почуття, не як знання про нього і не як переживання. Він надавав вчуванню фундаментального характеру і вважав його основою симпатії. Теоретично в М. Шелера відбулася інтеграція гносеологічного підходу до визначення емпатії як пізнання (співчуття) та етичного підходу до емпатії як до відношення (симпатія) [78].

У психоаналітичній традиції погляди на емпатію виражені як співналаштованість суб'єкта іншу людину. За цією ознакою аналітики поділяють

людей на синтонних, тобто інстинктивно з соціальним середовищем та людей емоційно не чуйних. Зізнається, що емпатія об'єднує людей в прагненні взаєморозуміння і створює між ними почуття спільності. Співпереживання співвідноситься з когнітивним проникненням в наміри іншої особи, а співчуття з емоційною грою ролі через відчуття стану об'єкта емпатії [6; 23].

Одним з головних елементів психотерапевтичної роботи з пацієнтами у гуманістичній психології є поняття емпатії. Концепція М. Бубера про природу співвідношення «Я-Ти» була синтезована у гуманістичній психології з роджерівськими уявленнями про феномен особистісної автентичності, конгруентності, емпатійне слухання та безумовне позитивне прийняття особистісного начала в іншому [66].

Спочатку К. Роджерс визначив емпатію як стан збереження смислових змістів емоцій іншої людини, з повним його прийняттям, ніби людина стає цією іншою особою, відчуває задоволення або біль іншої людини так, як вона його відчуває, але при цьому залишається ключове – «ніби». У випадку, коли це «ніби» стирається, зникає грань розрізнення себе та іншої людини, то виникає ідентифікація [35].

Емпатійне розуміння має на увазі здатність терапевта приймати суб'єктивний досвід клієнта і те значення, яке він йому має у момент терапевтичного контакту. Це не діагностичне пояснення переживань клієнта або механічне повторення слів, але стан «бути з клієнтом», залишаючись при цьому самим собою. Це активне слухання та розуміння почуттів і особистісних смислів так, як вони переживаються самим клієнтом. В подальшому він стверджує, що емпатія це не стан, а радше процес [79]

Вміння увійти до світ іншої людини без упередженості, залишивши на якийсь час свою точку зору, важливий чинник як для психологічного добробуту людини, а й сприяє процесу одужання. Відомий фахівець у галузі медичної емпатії д-р. Хойят [92], говорячи про емпатію стверджує, що це ніби дивитися на світ очима пацієнта: краще розуміти своїх пацієнтів, сидіти поруч із ними, бачити світ у їх проекції. Але емпатія може набагато більшою мірою, навіть

терапевтично, допомогти лікарям у лікуванні своїх хворих.

Підсумовуючи, можна сказати, що у працях Р. Роджерса оформляється інтеграційний підхід до визначення емпатії. Вона розглядається як процес вияву чутливості до стану іншої людини; переживання як розділення почуттів з іншим із збереженням дистанції; комунікативна дія як когнітивне переосмислення емоційних проявів; установка, спрямована на турботу та підтримку в дії. Така установка є основою емпатії як необхідної та достатньої умови особистісного зростання в будь-яких відносинах [60].

До сучасних зарубіжних представників інтеграційного підходу до емпатії можна віднести Д. Сміта (1989), який вивчав її в зв'язку з проблемою міжособистісного знайомства. Згідно з Смітом, з допомогою емпатійного сприйняття ми знайомі з людиною як такою і вже при баченні іншої людини включений елемент емпатії, який відсутній при сприйнятті об'єкта з світу людей. При баченні людини ми проєктуємо себе на його місце. Також Сміт припустив, що необхідним елементом емпатії повинна бути уява. Що на практиці відбивається в словах типу: я відчуваю твій біль, або я уявляю, що ти відчуваєш зараз. Уява може бути усвідомленим і неусвідомленим явищем, але в у будь-якому випадку вона є необхідною для досягнення емпатії. Емпатія це не так процес ідентифікації з іншим, як розуміння переживань іншого, засноване на здібності уявляти. Тим не менш, він вважав, що емпатія має емоційний, а не когнітивний характер, оскільки в її основі є живий людський контакт. І вона здатна зцілювати як у терапії, так і в повсякденному житті [24; 34].

З позиції Д. Сміта, досконала емпатія зустрічається рідко. основному ми маємо справу з різними модальностями емпатії, що відповідають ступеню її інтенсивності. Так, «Я» знаходиться на перетині емпатії та симпатії, коли відчуває схоже з тим, що відчувають вона чи він, і телепатії тоді, коли воно буквально поділяє переживання іншого, відкриває їх у собі. "Я" на перетині емпатії та повної ідентифікації, коли втрачає кордон "ніби" і справді думає, що воно це та інша людина [64]. Але це випадки вже клінічні випадки.

У вітчизняній психології термін емпатія почав активно використовуватися

лише в 70-х роках, і основний акцент робився науковцями на емоційному аспекті цього поняття [20; 49]. В.І. Кротенко вивчав розвиток емпатії в процесі онтогенезу та її зв'язок із формуванням мотиваційної спрямованості, виокремивши два основних типи емпатії: співпереживання, яке є імпульсивним відчуттям й викликане переживаннями іншого; і співчуття, що проявляється у сприйманні страждань іншого без прямого відношення до власного стану, але через когнітивні канали. Також ряд сучасних українських дослідників, таких як С.Д. Максименко, О.П. Саннікова, Т. Матюх, О.Г. Никуляк, Т.А. Рябовол, О.П. Сакалюк розширюють розуміння емпатії, пропонуючи концепцію тріади, до якої входять співпереживання, співчуття та участь [55; 63; 69; 71; 73; 72]. Співпереживання і співчуття можуть проявлятися не лише окремо, а й у змішаних формах, де один вид може домінувати над іншим. Певні уявлення про те, на кого орієнтована особистість – на себе чи на інших – впливають на те, які почуття будуть виявлені у спілкуванні [42]. Коли особа більше зосереджена на своїх потребах, співпереживання буде мати перевагу, в той час як, коли фокус на благополуччі інших, переважатиме співчуття. Таким чином, в основі співпереживання лежить потреба у власному благополуччі, тоді як співчуття детермінується бажанням поліпшити стан іншої людини. Ці емоції мають різну спрямованість: предметом співпереживання є особистість самої людини, тоді як співчуття націлене на переживання іншої особи. Кожен з цих станів може спонукати індивіда до егоїстичної чи альтруїстичної поведінки.

Переживаючи співпереживання або співчуття, особа може відчувати як безпосередні емоції, так і жаль до іншого. Жаль, в свою чергу, може виникати в контексті альтруїстичних або егоцентричних емпатичних реакцій [48]. Ці переживання є, по суті, різноспрямованими, хоча на перший погляд можуть здаватися подібними. Наразі існують певні суперечності в визначенні терміну емпатія, які можна поділити на чотири категорії: емпатія як почуття, емпатія як здатність, а також емпатія як процес, що об'єднує всі ці поняття в одне [75; 76; 79; 81]. Таким чином, емпатія продовжує залишатися складним і багатогранним сучасним феноменом.

Наприклад, емпатія – це здатність розуміти і проникати в світ іншої людини, а також передати їй це розуміння [47]. Існують три рівні емпатії. Найглибинніше розуміння емпатії полягає у розумінні його як способу буття, спосіб бути поряд з іншими, розуміння нюансів та складнощів внутрішніх світів інших (Т.А. Рябовол, З.С. Карпенко, Т.С. Кириленко, Н.І. Іванотчак) [37; 38; 34; 81]. Також, емпатія як корисний спосіб професійної присутності, спосіб професійного контакту з клієнтами (Л. М. Лисенко, С.В. Мітіна, Я.В. Чаплак, В.М. Шляхта, М.В. Хижняк, О.М. Юдіна) [53; 59; 84; 86; 83; 88]. Також, розгляд емпатії як емоційно-комунікативної навички, яку можливо сформувати (В.Ф. Моргун, І Корнієнко, Б Барчі, А.Г. Леухіна) [46; 52; 60; 61].

Узагальнюючи дослідження психологів у області механізмів емпатії можна виділити кілька ліній: на думку одних – в основі емпатії лежить процес емоційної ідентифікації [16]. Для цього людина повинна мати досить розвинену особистісну рефлексію [35; 66; 86]. І стабільність вираження емпатійного переживання чи співчуття залежить від рівня моральної свідомості людини: чим вона вища, тим стабільніші емпатичні форми [7; 8; 82; 23; 85].

Соціальна перцепція відіграє провідну роль в емпатійному процесі, вважають інші вчені [60; 64; 65]. Соціалізація і самовиховання виробляють програму аналізу мікроміміки з урахуванням ситуації, що склалася, і знань особливостей досліджуваної особи, що лежить в основі процесу емпатії. Для емпатії характерне швидке визначення емоційного стану, намірів та думок іншої особи. Емпатія як здатність включає високий розвиток сенсорної та емоційної чутливості, глибокий і гнучкий розум.

Теоретичний аналіз дозволив з'ясувати, що теоретичний розгляд емпатії здійснюється через призму позитивного відношення до інших з обов'язковим збереженням цілісності. Однак, в дослідженнях Л. Журавльової [30; 31; 32] вказується на кількісне збільшення форм прояву емпатії і саме це продукує збільшення варіативності її проявів. Науковиця зауважує, що емпатія це не лише позитивний прояв почуттів однієї людини до іншої, але й можливий дисонанс у взаємодії з широким поведінковим спектром протилежних емоційних реакцій від

позитивної інтенсивності до протилежної насиченості через супротив, злість, злорадність, або садистичну насолоду при стражданні іншої людини.

*Основні підходи до проблеми професійно важливих якостей у різних концепціях професіоналізації.*

Обговорюючи ефективність будь-якої професійної діяльності не можна уникнути поняття професіоналізму [43]. У сучасній вітчизняній психології праці існує кілька концепцій професіоналізації особистості: професійно орієнтована концепція, періодизація професіоналізації, концепція професійного становлення та інші [3; 4; 5; 12; 13; 43].

О.М. Кокун виділяє п'ять рівнів професіоналізму [43]. Щодо аналізу лікарської діяльності можна говорити про те, що на першому – рівні допрофесіоналізму – відбувається формування професійного вибору і навчання, реалізується процес оволодіння спеціальністю та здобуття кваліфікації лікаря, на підставі спостережень за референтними фігурами в професії, власних індивідуальних відмінностей, а також власних мотивів та установок закладаються основи майбутніх «суб'єкт-об'єктних» відносин лікар-пацієнт [44; 59]. Рівень професіоналізму включає три етапи: адаптація до професії, самоактуалізація в ній, вільне володіння професією в формі майстерності [33; 67]. У психологічному плані саме на цій стадії закріплюються вироблені раніше стратегії поведінки лікаря із пацієнтами, із колегами, керівництвом. Відбраковуються неуспішні тактики поведінки, енергоємні, що займають багато часу (відомо, що часто лікар змушений працювати при дефіциті часу) і більш відповідні індивідуальним особливостям конкретної особистості залишаються [73].

Рівень суперпрофесіоналізму, який також включає три етапи, лікарі досягають тоді, коли знаходять індивідуальний стиль діяльності, поєднаний із визнанням, найперше, у пацієнтів [11; 41; 68]. Він виявляється в тому, що при однакових можливостях лікування хворого, пацієнт обирає фахівця, який забезпечує найбільш адекватний для даного індивіда рівень поєднання розуміння, співчуття, участі і грамотного лікування, а також з визнанням колег, а іноді і наукового світу [21; 22].

Окремо виділяється рівень непрофесіоналізму, який визначається як виконання праці за професійно спотвореними нормами на фоні деформації особистості. Щодо діяльності лікаря можна говорити про технологічний підхід до лікування, що спирається на дані інструментальних та лабораторних досліджень без урахування індивідуальної реакції пацієнта на процес лікування і як наслідку розвиток ятрогенів. А також такі професійні деформації особистості як «черствість», холодність, обумовлені і особистісними особливостями лікаря, та захисними механізмами, спрямованими на підвищення емоційної опірності стражданню хворих [11; 90]. На останньому рівні післяпрофесіоналізму, коли відбувається завершення професійної діяльності, лікар, який розкрив свій творчий потенціал, знаходить можливість реалізації накопиченого унікального професійного і особистісного досвіду в різних видах «післяпрофесійної» діяльності (консультування, участь у консилиумах, викладацька діяльність та ін) [10; 89].

Щодо аналізу лікарської діяльності та з урахуванням тривалої освіти медиків, корисно розглянути концепцію професійного становлення О.М. Кокун [44] з виділенням ним стадій первинної професіоналізації як процесу реалізації діяльності оптимальними способами та формування нових відносин до навколишньої дійсності та до себе [19; 44]. І вторинної професіоналізації, у процесі якої з'являється власна професійна позиція, індивідуалізація технологій виконання дій [25].

Отже, психологічний розвиток людини залежить від змісту здійснюваної нею трудової діяльності. У процесі діяльності у спеціаліста розвиваються професійно важливі якості. Успішність професійної діяльності визначає наявність певних професійних якостей, необхідних даної професії. Ці якості називають професійно важливими якостями (ПВЯ).

Професійно важливі якості виступають не лише як властивості, що відокремлюють їх носія від фахівців інших видів діяльності, але і насамперед, визначають успішність працівника серед інших представників цієї професії.

## 1.2. Концепція емпатії в медичній практиці

Вивченням емпатії як професійно важливої якості в нашій країні займалися С.Д. Максименко, О.П. Саннікова, О.М. Кокун, Т. Матюх, О.Г. Никуляк, Т.А. Рябовол, О.П. Сакалюк та інші.

Вивченням феномена емпатії стосовно до медичної практики в українській психології займалися з точки зору: взаємин лікаря та хворого (С.Д. Поплавська, М.В. Хижняк, Г.В. Діденко, А. М. Безкоровайна, Ю.С. Вакалюк, І.В. Беленька, Н.І. Моргун, Н.М. Гриньова та ін), хірургів (О.А. Ковальова, Б. Білинський, А.О.Татьянчиков, О.М. Цільмак, В.Ю. Яковенко) і ін. між тим залишається недостатньо невивченим питання про специфіку впливу емпатії на ефективність діяльності лікарів різних спеціалізацій.

Стверджується, що емпатія в клінічній практиці вкрай ефективна, тому що дає можливість для встановлення більш точних та ранніх діагнозів, кращої узгодженості та більш ефективного планування лікування. Окрім цього якщо лікар виявляє розуміння і прийняття пацієнта то це економить затратний час прийому хворого, одразу встановлена довіра між лікарем та хворим позитивно впливає на підконтрольність перебігу захворювання людини, зменшення фізичних і психологічних затрат на встановлення взаєморозуміння на шляху до подолання хвороби, а також дасть змогу уникнути провокаційних понять типу doctor shopping і doctor hopping [17; 92].

Контакти між лікарем і пацієнтом є міжособистісною подією з певною метою. Ефективність таких зустрічей залежить від здатності лікаря побудувати довірливі відносини. Результат буде кращим коли між пацієнтом та лікарем з'являється взаєморозуміння з питань здоров'я пацієнта [80; 83], що важливо задоволеності пацієнта медичними послугами [94].

Здатність лікаря до емпатії – це важлива якість, незалежно від тривалості прийому. За словами Спіро [96] така здатність допомагає лікуванню та покращує медичну практику.

Взаєморозуміння між дікарем і пацієнтом, а також членами родини хворого

покращується, якщо лікар не веде себе зарозуміло, не демонструє своєї переважаючої поведінки в ситуації залежності пацієнта від дій лікаря, якщо він виявляє дружелюбність, впевненість, неспішний спокій, демонструючи розуміння стану пацієнта, стурбованість його життям і здоров'ям. Боротьба пацієнта з хворобою, нерівні позиції лікаря та хворого під час лікування, атмосфера лікарняного догляду, психодинаміка міжособистісного обміну отримання та надання допомоги, культурні фактори та межі припускають, що такі взаємини лікаря та пацієнта відносяться до загальнолюдських контактів.

По-перше, зв'язок виникає в ситуаціях, коли виживання людини залежить від значущого іншого. По-друге, якщо відчувається, що у іншій людині є певні знання. По-третє, зв'язок виникає, якщо людина почувається ізольованою від інших людей. По-четверте, коли потрібна допомога зі сторони.

Отримуючи допомогу лікаря, пацієнт часто сприймає його авторитетною особою, єдиною, від кого на момент, скажімо, хірургічного втручання залежить його життя. Ця нерівність в відношенні сили робить пацієнта більше вразливим перед впливом лікаря, що може бути посилене емпатією.

Психодинаміка міжособистісної комунікації вимагає розуміння психологічних механізмів, які в системі стосунків пацієнт-лікар можуть сприяти або перешкоджати налагодженню гармонійних стосунків. Коли ми в попередньому розділі розкривали поняття емпатії, то вказували, що здатність зрозуміти, відчувати, а, отже, й проявити емпатію можлива через застосування механізму ототожнення з іншою людиною, а отже йтиметься про ідентифікаційні механізми. В процесі прояву емпатії лікаря, у стосунках діади пацієнт – лікар, застосовується спочатку механізм ідентифікації, для того щоб зрозуміти хворого, а потім процес від'єднання, для того щоб спостерігати пацієнта та могли думати не за пацієнта, а про пацієнта.

Вважається, що ідентифікація іноді може розмивати кордони між пацієнтом і лікарем та, в свою чергу, емпатія може містити тимчасову ідентифікацію з ментальною активністю іншої людини. Крім того, вважається, що емпатія – це сполучна ланка між несвідомими фантазіями, розділяються пацієнтом та

лікарем за допомогою вербальних та невербальних знаків, виражених словами, жестами та поведінкою. Розуміння цих механізмів лікарем полегшує встановлення емпатії із пацієнтом [77; 83].

Подібно до механізму ідентифікації, відчуття і поділ загальних характеристик між лікарем і пацієнтом може вплинути на емпатію між ними, виникнення в життя тих, кому потрібна допомога, може допомогти встановленню поміж них емпатії.

Цікаво, що дружні стосунки не є важливим фактором для виникнення емпатії, що передбачає унікальну природу емпатії у медичній сфері [21; 83].

Може погіршувати клінічні результати надмірна включеність лікаря в емоції пацієнта, як ключовий аспект симпатії. Тому у відносинах лікар-пацієнт велике значення має встановлення розмежування між симпатією та емпатією. Клініцисту слід обмежено переживати почуття пацієнта, тільки для того, щоб краще його розуміти, без втручання професійного судження [7; 28]. Якщо людина відчуває емпатію, то вона здатна абстрагувати себе від інших, а коли виникає симпатія то стає важко відрізнити в усвідомленні того, кому які почуття належать. Емпатію слід відрізнити від симпатії і співчуття, тому що вона не є ні тим і ні іншим [27; 28; 36].

Через емоційну природу симпатії її надлишок може стати нищівним і цим знизити ефективність роботи клініциста [3; 4; 9; 15].

Хоча певна кількість занепокоєння може покращити роботу, надлишок його здатний ускладнювати її, порушуючи когнітивне функціонування. Таким чином, на певному рівні симпатія може привносити сприятливий вплив на контакт клініциста з пацієнтом, але за його межами вона може стикатися з клінічною об'єктивністю та професійною ефективністю. Однак, залежність між емпатією та ефективністю роботи клініциста вважається лінійною. Так, чим більш емпатичні відносини, тим кращі клінічні результати. З цієї причини загальний висновок полягає в тому, що симпатія повинна бути лімітована в клінічних ситуаціях, тоді як емпатія не потребує обмежень [93].

Людська енергія, спрямована на створення спільності, зростає зі

збільшенням часу пов'язаного із хворобою, стресу, тому що хвороба часто змушує пацієнтів почуватися ізольовано. Таким чином, наявність суспільної підтримки для хворих виключно важлива. контексті турботи про здоров'я. Бути поряд, коли людина потребує допомоги, вже, само по собі, є фактором суспільної підтримки та терапевтичним засобом. Присутність клініциста особливо цінна, коли між лікарем і пацієнтом сформувалися емпатичні відносини.

Сприйняття пацієнтом підтримки клініциста – це складний феномен, спосіб вираження сутності поведінки того, хто потребує допомоги і афіліації пацієнта, та у відповідь реакція лікаря за допомогою емпатійного зв'язку. напруженість у відносинах зникає і формується міжособистісний зв'язок. Цей тип зв'язку, що характеризується повною довірою, може сформуватися між людьми, що люблять один одного і так само, як і між клініцистом і його пацієнтами [26].

Значимість поняття суспільної підтримки у відносинах клініцист-пацієнт стає більш очевидною у зв'язку з тим, що пацієнти виявляють підвищену зацікавленість в афіліації, цілком природною для людей, які перебувають у стані стресу [14; 74].

Імовірним поясненням цьому феномену є те, що людський взаємозв'язок має ефект зниження рівня страху, що робить істотний внесок у позитивні результати на здоров'я пацієнтів. Також було продемонстровано, що прямий контакт в діаді клініцист-пацієнт вже сам по собі має можливий лікувальний потенціал [18; 95].

Система суспільної підтримки пацієнтів загалом та сутність і якість стосунків між клініцистом та пацієнтом зокрема, знаходяться в числі компонентів людського фактору, що відіграє роль у здоров'ї та хвороби пацієнта. У процесі міжособистісних стосунків емпатія відіграє проміжну роль у зміцненні зв'язків шляхом підвищення почуття спільності (загальної самосвідомості) та зниження упередження. Таким чином, емпатія прокладає дорогу до міжособистісних стосунків між клініцистом та пацієнтом, що є особливим типом системи суспільної підтримки, з усіма сприятливими можливостями [4; 11; 13].

3. Фрейд зауважує, що в діаді лікар-пацієнт може виникнути таке явище як

перенесення та контрперенесення, будучи універсальним явищем, може по різному формувати взаємини лікаря і пацієнта [75]. Перенесення часто розвивається у пацієнта по відношенню до лікаря в вигляді наслідування відносин з іншою важливою людиною (зазвичай попереднім лікарем, батьками та навіть коханцем) із минулого. Емпатія грає важливу роль в появі перенесення і покращення терапевтичного альянсу [32; 73]. Пацієнт надає особливої авторитетності лікарю задіюючи перенесення стосунків з особою з минулого, яка мала надзвичайний вплив, що може призвести до ефекту перенесення, актуалізуючи події впливу такої людини з минулого для пацієнта. Хворий починає відчувати емоції, пов'язані із впливом такої людини з минулого. Цей складний феномен, названий перенесенням у психіатричній літературі, відіграє у встановленні емпатії у лікарні. Розуміння внутрішнього світу пацієнта повинно встановлюватися не тільки через почуття (слух, зір, нюх, дотик), але також через розуміння та аналіз феномена перенесення. Емпатія може бути посилена, якщо лікар досягає феномена відповідного контрпереносу [92].

Отже, безліч чинників впливають на стосунки лікаря і пацієнта. Проте, для найкращого розуміння хворого лікар повинен навчитися особливому чуттю, де зміг би почути не лише виголошене, а й те, що не сказане. Здатність слухати, тобто не лише почути, але й осмислити про що людина думає, як вона це насправді відчуває, проте не говорить, здатність зрозуміти те, що людина сама не в змозі сформулювати за причин нерозуміння чи інших – це можливість для лікаря кращого розуміння проблеми, встановлення етіології хвороби та визначення методів лікування пацієнта. Марно просто слухати «ззовні», ігноруючи недомовлене. За словами Greenson (1960), лікар повинен приділяти більше уваги сприйняттю «зсередини». Як зазначав Jackson (1992), такий слух може бути налаштований лише за допомогою емпатії [75]. Отже, емпатійне розуміння може бути посилене розпізнаванням прихованих і не сказаних послань через аналіз невербальних знаків.

Проведений аналіз дозволяє стверджувати наступне:

- емпатія у лікарів допомагає їм пом'якшити професійний стрес та запобігти

появі синдрому емоційного вигорання;

- у здійсненні клінічної практики прояв емпатії сприяє точнішому встановленню діагнозів, дозволяє підвищувати узгодженість у діях лікаря і пацієнта та підвищує ефективність процесу лікування;
- підвищити рівень емпатії у процесі лікування може лише інтеграція в діяльності лікарів двох базових моделей терапії – догляду і лікування;
- погіршує якість клінічних відносин надмірна симпатія до пацієнта, та ідентифікація лікаря з емоційним станом хворого, і лише розвинена емпатія лікарів допомагає уникати технологічного перекосу у взаєминах лікаря та пацієнта та запобігає надлишковим діагнозам при лікуванні.

Декілька факторів впливають на якість відносин лікаря і пацієнта. Деякі з них підвищують емпатію. До них можна віднести наступні:

- наявність емпатичних відносин між лікарем та пацієнтом є соціально підтримуючим фактором в процесі перебігу захворювання;
- емпатійне слухання у процесі збору анамнезу сприятиме зчитуванню потрібної інформації, розумінню прихованих або незрозумілих і самому пацієнтові посилянь завдяки здійсненню лікарем аналізу інформації вербалізованої пацієнтом та через систему невербальних знаків;
- емпатія є особливий видом суспільної підтримки, що надає сприятливого впливу у стосунках діади пацієнт-клініцист;
- розвитку емпатії у взаєминах лікаря та пацієнта допомагає знання меж особистого простору іншої людини та дотримання меж емоційної включеності.

Незважаючи на всю очевидну корисність емпатії для хворих, потрібно пам'ятати про те, що це процес взаємний і залучені до нього лікарі теж отримують свою вигоду, яка виражається в зменшенні стресу, виснаження та покращенні самопочуття медичного працівника.

Проведений огляд літератури, присвяченої емпатії у медичній практиці, показав, що емпатія не тільки приносить вигоду пацієнтам і лікарям, але й специфічно впливає на діяльність клініцистів та хірургів. Враховуючи тривалість

контактів з хворими та особливості консервативного лікування, від встановлення емпатичних відносин клініцистів з пацієнтами залежить ефективність їхньої подальшої діяльності. Отже, емпатія може займати одне з головних місць в їх структурі ПВЯ, і, можливо, не відігравати такої ролі у діяльності хірургів.

### **1.3. Психологічний аналіз діяльності лікаря клініциста і лікаря хірурга**

Сучасна світова охорона здоров'я має розгалужену мережу лікарських спеціалізацій як основної умови успішності професійної діяльності. Традиційно спеціалізована медична допомога поділяється на два основні напрямки: терапевтичний та хірургічний. Терапевтичний напрямок розглядається як медична допомога, що складається в опосередкованому лікувальному впливові на пацієнта за допомогою лікувальних засобів та маніпуляцій, без фізичного втручання в системи життєзабезпечення [89]. У цьому напрямі медицини сформувалася українська клінічна школа терапії з вимогами і до високого професіоналізму лікаря, і до високих особистих якостей, включаючи психологічну готовність до асертивного спілкування із пацієнтом [87].

Зміст праці терапевта полягає в наданні медичної допомоги при захворюваннях органів дихання, травлення, серцево-судинної системи, нирок, крові, ендокринних залоз, обміну речовин та ін. Лікар-терапевт здійснює лікування хворих за допомогою консервативних методів.

Хірургічне спрямування пов'язане з фізичним порушенням цілісності організму, із явним принесенням болю людині. Цей вид допомоги надається у тих випадках, коли оперативне втручання здатне принести полегшення і врятувати життя пацієнта. При цьому хірургічне втручання носить безпосередній характер. Лікар власними руками, а в сучасній медицині через посередництво складної техніки, впливає на патологічний процес.

Зміст праці хірурга полягає у виявленні причин захворювань, проведенні лабораторних досліджень для того щоб підтвердити діагноз, здійснити передопераційну підготовку хворого та необхідного обладнання, здійснити розподіл

на планові та позапланові (екстренні) операції, ведення пацієнта після операції, здійснювати розробку та впроваджувати нові, більш сучасні методи діагностики та лікування різноманітних захворювань. Враховуючи різні завдання, що стоять перед лікарями цих двох спеціалізацій, різною виявиться і структура професійно важливих якостей клінічних лікарів та хірургів.

Хірургія за довгу історію свого існування пройшла шлях від ремесла до відділу клінічної медицини і до цих пір розглядається як особливе мистецтво. Сучасна хірургія – це велика галузь медицини, яка відає величезним колом захворювань, і коло це продовжує розширюватися. Для своєї діяльності хірургія вимагає переважно застосування тих чи інших прийомів, часто поряд із загальнономедичними заходами.

Здатність нанести рану навмисне, увійти всередину організму та вміння швидко загоїти рану – це відмінні риси професії хірурга. Невіддільний від цієї професії страх, має характер й інстинктивний, та носить відбиток історичної пам'яті. Ще порівняно недавно в хірургію увійшла анестезія. А доти ніж і біль – були поняттями нероздільними [7]. Ось тоді і виникла необхідність одягати маску байдужості та холодності.

Професія хірурга, як і професія клініциста, накладає певний відбиток на індивідуально-психологічні властивості особистості, пред'являє вимоги до морально-етичних якостей [7]. Професія хірурга, як жодна інша лікарська спеціальність вимагає мужності, холонокровності, витримки. Хірургів зі студентської лави вчать, що будь-яке, навіть незначне хірургічне втручання несе загрозу життю людини [14]. Випадкові кровотечі, зупинки серця вимагають моментальної реакції, твердості та найголовніше самовладання. Характер операцій сильно змінився протягом останнього століття, і хірургу вже не потрібно привчати себе до виду крові, тому що багато операцій відбуваються абсолютно безкровно. І для того, щоб брати участь в операціях, не треба бути жорстоким і бути наділеним інстинктом м'ясника, як раніше було прийнято вважати.

Одна з головних труднощів професії хірурга – це прийняття рішення про необхідність операції. Ціна неправильного рішення – життя людини. Часто

прийняття таких рішень пов'язане з дефіцитом часу, а значить і з емоційними перенавантаженнями лікарів хірургів.

Зважаючи на те, що будь-яка професія пред'являє до особистості певні вимоги, накладає специфічний відбиток на весь спосіб життя людини, професія хірурга формує певний склад особистості та проєктує професійні властивості особистості. Через професійну холоднокровність, витримку хірургів, вироблену з роками як демонстрацію видимого спокою, у пацієнтів виникають відчуття емоційної холодності, відчуженості хірургів.

В. І. Владимірова, Н. І. Моргун, О. В. Гайворонська, І. В. Беленька, у своїх дослідженнях структури професійно-значущих якостей лікарів хірургічного та терапевтичного профілю зазначають, що хірурги експерти оцінили як необхідні в роботі такі якості як здатність до співчуття, співчуття, почуття справедливості, самопожертви. Хоча на перше місце як професійно-значущі якості хірурги поставили показники соматичного здоров'я та фізичного розвитку, на друге індивідуально-типологічні властивості та лише потім соціально-значущі якості, до яких належить емпатія. У дослідженні встановлено, що лікарі терапевти таку властивість як співчуття не вважають за необхідну, лише значиму. Згідно з отриманими даними, професійна діяльність лікарів хірургічного профілю потребує більшого розвитку вольових властивостей, а терапевтичного профілю – деяких комунікативних та мовних характеристик. Літературні дані показують, що військові хірурги серед інших ПВЯ відзначають емпатію [12; 14].

Таким чином, структура професійно-важливих якостей лікаря хірурга відрізняється наявністю атенційних, розумових, вольових властивостей та властивостей працездатності. Дослідження професійно-важливих якостей лікарів, проведене С.В. Мітіною показало, що для хірургів мають важливе значення такі якості як: швидкість і точність пальців рук, узгодженість рухів з процесами сприйняття, стійкість до статичних навантажень, пластичність рухів, здатність до швидкодії в умовах дефіциту часу. З емоційних якостей найбільш значущою виявляється емоційна стабільність [59].

Професіограма лікаря хірурга відображає такі вимоги до професійно

важливі якості: розвинутість емоційно-вольової стійкості, уважності, високої відповідальності, спостережливості, акуратності, наявність хороших комунікативних здібностей, великого обсягу довгострокової пам'яті, аналітичний розум.

Таким чином, ми бачимо, що професійна діяльність сприяє не тільки прояву певних якостей у людині, але і формуванню професійних властивостей особистості, які опиняються у прямій залежності від особливостей професії. Для хірурга надмірна емоційна включеність, співчуття, емпатійне співпереживання можливо здійснять негативний вплив на ефективність діяльності. Спокій, незворушність швидше будуть сприяти підтримці бадьорості духу пацієнта, що у боротьбі за його життя є одним із головних завдань діяльності лікаря. І стан духу лікаря відбивається на стані пацієнта.

Психологічний аналіз діяльності лікаря терапевта показує, що вона має свою специфіку [2]. Опитування 100 хворих, які оцінили під час виписки образ лікаря, показало, що найбільш суттєвими були комунікативні якості: душевність, доброта, ввічливість, увага до пацієнтів [21]. Здебільшого спілкування терапевта та пацієнта відбувається при дефіциті часу (особливо на прийомі у сімейного лікаря) і тут виявляються навички професійної емпатії, які виражаються в знанні поведінкової експресії, що дозволяє проникнути в емоційний світ хворого.

При цьому важливим є вміння лікаря розпізнавати емоційний зміст невербальної поведінки пацієнта. Емоційно-перцептивні здібності лікаря виявляються в вмінні інтонаційно передати пацієнтові свою емоційну реакцію [81]. Важливість цього вміння лікаря для створення у хворого задоволеності спілкуванням, а також значення емпатії для розуміння сутності терапевтичного впливу були показані дослідженнями, проведеними Г.В. Діденко [21].

Комплекс професійно-важливих якостей лікаря клініциста включає себе властивості уваги, розвинені сенсорні якості, комунікативні властивості такі як: вміння налаштувати позитивно до себе людей, викликати у них довіру. Все це пов'язане зі специфікою діяльності лікаря клініциста, якому доводиться протягом одного дня надавати консультаційну, діагностичну і лікувальну допомогу багатьом

пацієнтам. Для лікаря клініциста важливі і такі психологічні якості як: збереження високої працездатності в монотонних та одноманітних умовах, вміння швидко записувати, володіння усіма комп'ютерними базами необхідними для роботи, гарна риторика. Розвитку комунікативних навичок у лікарів клініцистів приділяється особлива увага. У дослідженнях з медичної психології зазначається, що поведінка лікаря в комунікативному процесі здійснює психотерапевтичний вплив [13]. Потрібно зауважити, що цей вплив може бути як позитивним, так і негативним [70]. Це спричиняє до розвитку ятрогенів, які розвиваються внаслідок неправильної поведінки лікаря. Негативний вплив лікаря на хворого може міститися в широкому діапазоні від явних ятрогенів (ефект обумовлений неправильною поведінкою лікаря) до псевдоятрогенії (ефект обумовлений хворобливим сприйняттям пацієнта). Відсутність довірливого контакту є загальною умовою виникнення ятрогенів. Промахи в поведінці лікаря, особливо при першій зустрічі з хворим, часто є її джерелом [22].

Позитивним наслідком правильно вибудованого комунікативного процесу є зростання у лікаря клініциста почуття впевненості в успіхові лікувальних заходів.

У структурі ПВЯ лікаря клініциста особливе місце займає емпатія як якість, яка дозволяє не тільки відчувати емоційний стан хворого, але і полягає в здатності лікаря передавати хворому те, що він повністю зрозумілий [25; 26]. Так як таке вміння надходить через невербальні канали, які неможливо постійно контролювати, лікар клініцист повинен відчувати до пацієнта справжні позитивні емоції. Тому на першому місці в структурі вимог, що висувуються до професійно-важливих якостей лікаря клініциста, стоїть співчуття, а потім вже сумлінність, акуратність, увага, комунікативні здібності, великий обсяг довготривалої пам'яті тощо.

У дослідженнях Т. В. Коломієць [45] підкреслює різницю в динамічних характеристиках комунікативних якостей терапевтів і хірургів, що полягає в різному підході до вирішення конфліктних ситуацій: перші обирають шлях співробітництва, другі – стратегії авторитарного типу. Це підтверджує велике значення встановлення порозуміння з пацієнтами у діяльності лікаря клініциста.

Підводячи підсумки дослідження професійно важливих якостей лікарів можна зробити такі висновки:

- структура професійно важливих якостей лікаря клініциста та лікаря хірурга різна. Вона відображає різну специфіку діяльності клініцистів та хірургів;
- для терапевтів та хірургів комунікативні якості мають різні динамічні характеристики;
- головною якістю ПВЯ лікаря клініциста є співчуття як один із проявів емпатії;
- основною якістю ПВЯ хірурга є емоційно-вольова стійкість.

Незважаючи на те, що вивченню професійно важливих якостей лікарів приділялося достатня увага, аналіз емпатії у структурі ПВЯ лікарів різних спеціальностей показує суперечливість накопичених даних. Традиційна точка зору припускає, що емпатія у хірургів як не розвинена, так й не потрібна. Така позиція очевидно ґрунтується на поглядах З. Фрейда на сублимацію, як механізм перенесення агресивних імпульсів у соціально прийнятну поведінку [54; 62]. Сьогодні самі хірурги відзначають емпатію як необхідну якість для професійної діяльності. У той час як клініцисти вважають емпатію просто значущою якістю.

Відзначаючи співчуття як необхідну якість у професійній діяльності хірургів, емоційна стабільність, водночас, виділяється як головна якість серед індивідуально-типологічних якостей [83; 84]. Традиційно діяльність лікарів клініцистів пов'язувалася з професійною емпатією, однак деякі останні дослідження показують занижений рівень вираженості емпатії у терапевтів. Такий занижений рівень емпатії автори пояснюють володінням когнітивною і дієвою емпатією [34]. Хоча інші автори визначають дієву емпатію як вищий, довільний вид, відрізняючи її від натуральних, елементарних форм і вказують на її наявність у хірургів та відсутність у терапевтів [2; 50]. Самі терапевти розглядають емпатію швидше як комунікативну навичку, ніж як першопочатково необхідну якість для ефективної роботи [2].

Більшість авторів визначають емпатію як професійно важливу якість [3; 4;

5]. На противагу цьому інші автори вважають, що пацієнти надають перевагу лікарям авторитарного типу, зауважуючи, проте, що інша частина пацієнтів очікує від лікарів психологічної підтримки [7; 11].

Аналіз досліджень емпатії в діяльності клініцистів і хірургів показав недостатню конкретизацію поняття. Воно є недостатньо чітко визначеною, аморфною якістю, внаслідок цього неповно співвідносним з ефективністю діяльності.

Аналіз емпатії як інтегративного комплексного явища у професійній практиці клініцистів та хірургів дозволить прояснити накопичені протиріччя, визначити її значення для лікарів різних спеціалізацій та уточнити її місце у структурі ПВЯ.

*Отже, підведемо підсумки теоретичного аналізу співвідношення емпатії та ефективності діяльності в медичній практиці.*

Сучасний стан питання вивчення феномену емпатії рясніє великою кількістю визначень, причин розвитку емпатії, механізмів емпатії, її рівнів та функцій. Але, попри великий масив даних, вони відрізняються суперечливістю і не завжди узгоджуються між собою. Дотичним аспектом у всіх численних працях, присвячених феномену емпатії, які визнають її велику практичну значущість, є посил на багатозначність та невизначеність самого поняття. Відсутність чіткого визначення емпатії дозволяє по-різному трактувати одні й ті ж самі явища.

З усього розмаїття визначень ми виділили операційне визначення емпатії інтеграційного типу, як такого напрямку досліджень, що дозволяє описати даний феномен з різних позицій: як розуміння, як переживання, як джерело допомагаючої поведінки. Емпатія розглядається як цілісне явище, яке включає три взаємодіючі компоненти: розуміння емоційного стану іншої людини (когнітивний рівень), співпереживання чи співчуття, яке відчуває суб'єкт емпатії у відношенні іншої особи (афективний рівень), активна допомагаюча поведінка суб'єкта (поведінковий рівень). Дієвий рівень емпатії ми розглядаємо як вищу форму прояву, оскільки вона призводить до допомагаючої поведінки, середню – займає емоційна форма, нижчу – когнітивна.

З численних концепцій професіоналізації стосовно до аналізу лікарської діяльності, ми зупинилися на концепції О.М. Кокун. Визначено п'ять рівнів професіоналізму, на яких відбувається навчання, становлення, набуття індивідуального стилю діяльності та завершення кар'єри.

Успішність професійної діяльності визначається наявністю професійно-важливих якостей, як складних інтегративних утворень, що відображають специфіку діяльності та є діяльнісно-специфічними, включають в себе психофізіологічні та соціально-психологічні характеристики людини та виділяються в залежності від сфер діяльності. Зазначено, що, перебуваючи на стику різних типів професій, соціономічного, технономічного, біономічного, професійно-важливі якості лікарів не тільки мають великий рівень узагальненості, що не точно визначає професійно-важливі якості, характерні для лікарів різних спеціалізацій, але й не відображає значення окремих ПВЯ для успішної професійної діяльності. Це вимагає подальших досліджень специфіки ПВЯ лікарів різних спеціальностей, які відображають різну спрямованість їхньої діяльності та їх різний вплив на ефективність професійної діяльності.

Проведений аналіз сучасного стану концепції емпатії в медичній практиці показав, що вона передбачає інтеграцію біопсихічної та біомедичної парадигми. Емпатія в медицині вкрай ефективна тому, що дозволяє встановити більш точні та ранні діагнози, уникнути марних досліджень та надмірних діагнозів та призводить до більш стійких результатів у процесі лікування. На психодинаміку в клінічних стосунках впливають такі фактори як: ідентифікація, перенесення та контрперенесення, емпатійне слухання. Допомогає емпатії в медицині знання соціокультурних факторів і дотримання меж особистого простору. Разом з цим, аналіз емпатійної взаємодії лікарів з пацієнтами показав різне місце, яке займає емпатія у діяльності лікарів клініцистів та хірургів.

Одним з основних завдань консервативної медицини вважається досягнення у пацієнтів стійкої ремісії, що можливо, з одного боку, при повному дотриманні рекомендацій лікаря, а, з іншого боку, коли лікар має індивідуальний підхід до хворого і вміє вселити впевненість у пацієнтів, що забезпечується такою

якістю як емпатія. Таким чином, для клініцистів ефективність подальшої діяльності залежить від встановлення емпатичних відносин. Тому емпатія може вважатися одним з головних критеріїв професійної успішності лікаря клініциста і займати одне з головних місць у структурі ПВЯ. Тим часом аналіз досліджень, присвячених емпатії у лікарів, показує, що немає робіт, що визначають специфіку емпатії, ступінь і характер її впливу на ефективність професійної діяльності лікарів різних спеціалізацій, особливо в їх порівнянні.

Аналіз діяльності лікарів клініцистів та хірургів виявив різну спрямованість їх професійної діяльності. Діяльність лікаря клініциста передбачає тривалі контакти лікаря і пацієнта. Від рівня довірливості встановлених стосунків залежить подальша ефективність лікування та досягнення стійких результатів наданої допомоги. Специфіка професійної діяльності хірурга полягає у тому, що будь-яка, навіть незначна операція, несе загрозу життю людини і характеризується відносно нетривалими контактами з пацієнтом. Вважається, що своїм спокоєм, впевненістю хірург вселяє в пацієнтів надію на найкращий результат. У структурі ПВЯ лікарів клініцистів професіограма визначає найважливішу якість співчуття, у хірургів – емоційну стійкість, спокій, незворушність. Однак, незважаючи на велику кількість робіт з вивчення ПВЯ у лікарів різних спеціальностей, зазначається суперечливість накопичених даних. Особливо це стосується такої якості, як емпатія.

Проведений аналіз теоретичного матеріалу дозволив визначити гіпотетичні передбачення емпіричного вивчення предмету дослідження, які полягають в тому, що емпатія у лікарів клініцистів і хірургів має різну ступінь вираженості, що визначає місце емпатії у повсякденній практиці, емпатія лікарів клініцистів та хірургів реалізовуватиметься через різні канали, динаміка розвитку емпатії в процесі професіоналізації буде формуватися по-різному та по-різному позначатиметься на ефективності діяльності. Отже, для одних вона буде професійно важливою якістю, а для інших – ні.

Таким чином, визнаючи велику користь, яку приносить емпатія і лікарям, і пацієнтам, можна зазначити на відсутності єдиної думки щодо специфіки емпатії

у професійній діяльності лікарів різної спеціалізації, наявність суперечливих даних про вплив емпатії на результативність діяльності структури їх ПВЯ, і як наслідок, залишається відкритим питання про те чи є емпатія необхідною якістю для реалізації діяльності лікарів клініцистів та хірургів. Посилаючись на сказане вище, у нашому дослідженні ми надаємо особливої важливості вивченню емпатії як якості, що по-різному позначається на результативності діяльності лікарів різних напрямів професійної діяльності.

## РОЗДІЛ 2

# ЕМПІРИЧНА КОНСТАТАЦІЯ ВПЛИВУ ЕМПАТІЇ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ДІЯЛЬНОСТІ КЛІНІЧНОГО ОНКОЛОГА ТА ОНКОХІРУРГА

### 2.1. Програма і методики емпіричного дослідження

Дослідження включало в себе чотири етапи. Перший етап присвячений теоретичному аналізу проблеми і на його основі побудові основних завдань дослідження. Метою цього етапу є вибір проблемної галузі дослідження та формулювання робочих гіпотез. Так нами визначено предмет дослідження, а саме це функціональні особливості професійної діяльності клінічних онкологів та онкохірургів.

Другий етап дослідження присвячений вибору та проведенню психодіагностичних методик на вирішення поставлених завдань. Нами складено соціологічну анкету, яка вміщує дані про вік, стать, стаж роботи в цій галузі, наявність наукового ступеня або професійної категорії, та сферу спеціалізації. Був розроблений метод експертних оцінок, який призначався для визначення ефективності діяльності медика в даному лікувальному закладі.

У ході третього етапу проводився збір емпіричних даних та їх обробка за допомогою методів математичної статистики. У дослідженні взяли участь 130 осіб, з яких 8 не увійшли до остаточної вибірки через недостовірність наданих ними даних. Рішення брати участь у дослідженні цих респондентів було добровільним.

Четвертий етап містив узагальнення отриманих емпіричних даних та обґрунтування рішень по висунутим припущенням. На цьому етапі проводилась змістовна аналітична інтерпретація результатів дослідження.

При складанні програми дослідження використовувався принцип доповнюваності емпіричних даних, а саме: емпіричні дані кількісного та якісного характеру, виявлені суб'єктивні та об'єктивні показники доповнювали одне одного. Більш надійні висновки є у тому випадку, коли факти, отримані за однією

методикою, можуть бути підтверджені даними, отриманими за іншим методикам. Тому в дослідженні були використані три методики, спрямовані на вимір емпатії: методика вивчення полікомунікативної емпатії, методика діагностики емпатичних здібностей та шкала емпатичної чуйності.

*Методика вивчення полікомунікативної емпатії* [57] дає змогу не тільки визначити загальний рівень емпатії, але й її рівні у різних сферах людського життя. Зміст методики дозволяє класифікувати емпатію виходячи з об'єкта, до якого вона спрямована — емпатія з батьками, тваринами, дідами, дітьми, героями художніх творів, незнайомими або малознайомими людьми. Отже, оцінюється не сам факт переживання, а саме схильність до нього, оскільки прояв емоційної чуйності в реальних умовах пов'язаний з деякими соціальними обмеженнями.

Тест базується на діагностиці факторів, що зумовлюють розвиток у суб'єкта емпатійного потенціалу: здібності до прийняття ролі; сензитивності; досвіду даного переживання в емоційній пам'яті респондентів.

Кількісно тест фіксує образи дій суб'єкта емпатії, представлені як перерахування дискретного ряду відкритих змінних, актуалізованих вербальним описом та пов'язаних з відповідними ним ситуаціями. Об'єктами емпатії є соціальні ситуації та присутні в них персонажі, завдяки яким випробуваний може співпереживати в повсякденному житті, накопичуючи емоційно-когнітивний досвід у процесі соціалізації.

Діагностика проводиться в формі вербального тексту з допомогою бланку методики в вигляді закритих суджень. Стимульним матеріалом є 36 суджень, стандартизованих за 90-бальною оцінною шкалою, з якими суб'єкт може диференційовано погоджуватися або не погоджуватися, висловлюючи своє ставлення до запропонованих соціальних ситуацій. Кожне окреме судження не є діагностичним, лише за сукупністю відповідей визначаються показники векторів співпереживання, а також загальний рівень емпатії. Тест має шкали нещирості, достовірності та психологічного захисту, які дозволяють достовірно оцінити реєстровані показники. В нашому дослідженні тест був застосований для виявлення інтенсивності емпатійного потенціалу.

*Методика емпатичних здібностей* [58] вивчає емпатію як раціональну, емоційно-інтуїтивну форму відображення, яка є засобом «входження» в простір іншого людини, адже емпатія є найціннішим засобом пізнання людської індивідуальності з метою виховання та навчання, лікування та профілактики. Методика емпатичних здібностей дозволяє діагностувати загальний рівень розвитку емпатії та розвиток окремих компонентів емпатії таких як: раціональний, емоційний, інтуїтивний канали емпатії, установки, що сприяють емпатії, проникаюча здатність, ідентифікація в емпатії.

Опитувальник складається з 36 тверджень, що дають змогу виявити особливості прояву емпатичних суджень та прогнозують їх можливий розвиток. Аналізуються показники окремих шкал і загальна сумарна оцінка. Оцінки по кожною шкалою можуть змінюватись від 0 до 6 балів та вказують на значимість окремого параметра у структурі емпатії. Сумарний показник може змінюватися від 0 до 36 балів. В залежності від отриманих балів загальний рівень емпатії та рівень окремих емпатичних здібностей може бути чотирьох видів: дуже високий – понад 30 балів, середній - 29–22, занижений - 21–15, дуже низький - менше 14 балів. У нашій роботі ця методика використовувалася з метою дослідження структури емпатії клінічних онкологів і онкохірургів, для визначення їх провідних каналів емпатії.

*Шкала емоційної чуйності А. Меграб'яна* [42] дозволяє проаналізувати загальні емпатичні тенденції та такі параметри емпатії як рівень вираженості здатності до емоційного відгуку на переживання іншого та ступінь відповідності / невідповідності знака переживань суб'єкта та об'єкта емпатії. Він використовувався для визначення загального рівня розвитку емпатії та перевірки даних, отриманих за іншими методиками. Об'єктами емпатії є соціальні ситуації і люди, яким випробуваний міг співпереживати у повсякденному житті. Опитувальник складається з 25 суджень закритого типу як прямих, так і зворотних з кожної ситуації спілкування. У нашому дослідженні використано лише оцінку загальної емпатичної тенденції для підтвердження результатів двох попередніх тестів.

*Метод спостереження* призначається для збору інформації по характеристиках властивої лікарям емпатії, а також для уточнення щирості співрозмовника при повідомленні інформації в ході спільної бесіди з експериментатором.

*Метод експертних оцінок* призначався для отримання якомога більш неупередженої думки клінічних онкологів та онкохірургів щодо питання оцінки рівня особистої професійної успішності окремого лікаря фахівця.

Експертна оцінка здійснювалася окремим суб'єктом (керівником-лікарем, окремим лікарем-фахівцем) на основі самостійного, вільного від чужого втручання присвоєння конкретному об'єкту (лікарю) деякої кількості балів залежно від встановлення ним відповідності конкретного феномена (ефективності) наявним стандартам. У як незалежних експертів залучався керівний склад та колеги з безпосередньої взаємодії у відділенні. Формування групи експертів здійснювалось на основі досвіду лікувальної та наукової діяльності. Для визначення експертної оцінки рівня ефективності пропонувалося визначити успішність діяльності відповідно із встановленими медичними стандартами. Експерти оцінювали кожного запропонованого кандидата відповідно до запропонованої інструкції: «За допомогою шкали оцініть ефективність діяльності ваших колег: 0–10 – низький рівень ефективності, 10–20 – середній рівень ефективності, 20–30 – високий рівень».

Для статистичної обробки та аналізу емпіричних даних були використані: методи описовою статистики (середнє арифметичне, стандартне відхилення, коефіцієнт варіації), методи порівняння середніх (U-критерій Манна-Уїтні), кореляційний аналіз (коефіцієнт r-Спірмена), множинний регресійний аналіз (метод основних компонентів).

Математична обробка даних здійснювалася із застосуванням програми STATISTICA 6.0, IBM Statistics SPSS Base 13.0.

Дослідження проводилося на базі комунального некомерційного підприємства «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної Ради». Об'єктом емпіричного дослідження стали клінічні онкологи та онкохірурги

як фахівці, які відрізняються специфічністю функціонального змісту професійної діяльності. Вибірку дослідження склали: лікарі клініцисти – 30 осіб, хірурги – 32 особи. Загальний обсяг вибірки становив 62 особи чоловіків та жінок, віком від 25 до 67 років.

Усі пройшли первинну спеціалізацію через систему інтернатури, ординатури чи аспірантури.

## **2.2. Ефективність діяльності в різні стажові періоди у клінічних онкологів та онкохірургів**

Одним із важливих контекстів нашого дослідження є визначення найефективнішого періоду діяльності клінічних онкологів і онкохірургів. Тобто йдеться про періоди професійного стажу, який поділений на такі три стадії: 1 — стадія адаптації (1 - 9 років), 2 - стадія професійного майстерності (10 – 30 років), 3 поступовий спад професійної активності (понад 30 років).

Дані кореляційного аналізу продемонстрували у клінічних онкологів такі статистично значущі взаємозв'язки між: ефективністю діяльності і стажем ( $r = 0,588$ ,  $p = 0,000$ ); ефективністю діяльності і віком ( $r = 0,583$ ,  $p = 0,000$ ); емпатією до малознайомих людям і віком ( $p < 0,05$ ); емпатією до малознайомих людям і стажем ( $p < 0,05$ ). Діаграми розсіювання демонструють нелінійний, параболічний зв'язок між ефективністю діяльності та стажем, пік ефективності діяльності припадає на другий стажовий період ( $r = 0,5810$ ;  $p < 0,001$ ).

У онкохірургів дані кореляційного аналізу показують статистично значущі взаємозв'язки між: ефективністю діяльності і стажем ( $r = 0,264$ ,  $p < 0,05$ ); ефективністю діяльності та віком ( $r = 0,309$ ,  $p < 0,05$ ); емпатією до батьків та віком ( $p < 0,01$ ); емпатією до батьків та стажем ( $p < 0,01$ ); найбільша ефективність діяльності спостерігається у хірургів у 2-ому стажовому періоді ( $r = 0,2042$ ,  $p < 0,05$ ).

Отримані дані дозволили дійти висновку, що у лікарів обох спеціалізацій найбільша ефективність діяльності припадає на період з 10-ти до 30-ти років

роботи (2-ий стажовий період) — стадію професійної майстерності. Для клінічних онкологів найбільш пов'язана зі стажем та віком емпатія до малознайомих людей, тобто категорія людей, яка складає щоденний контингент професійного спілкування лікарів. Для онкохірургів — найбільше пов'язана з віком та стажем емпатія до батькам. Ця категорія не може бути пов'язана із професійною діяльністю.

### **2.3. Вплив рівня розвитку емпатії на ефективність діяльності клінічних онкологів та онкохірургів**

З метою встановлення специфіки впливу емпатії на ефективність діяльності клінічних онкологів і онкохірургів було проведено кореляційний аналіз (метод достовірності відмінностей U-критерій Манна-Уїтні) та регресійний аналіз за всіма трьома методиками, що використовувалися в дослідженні.

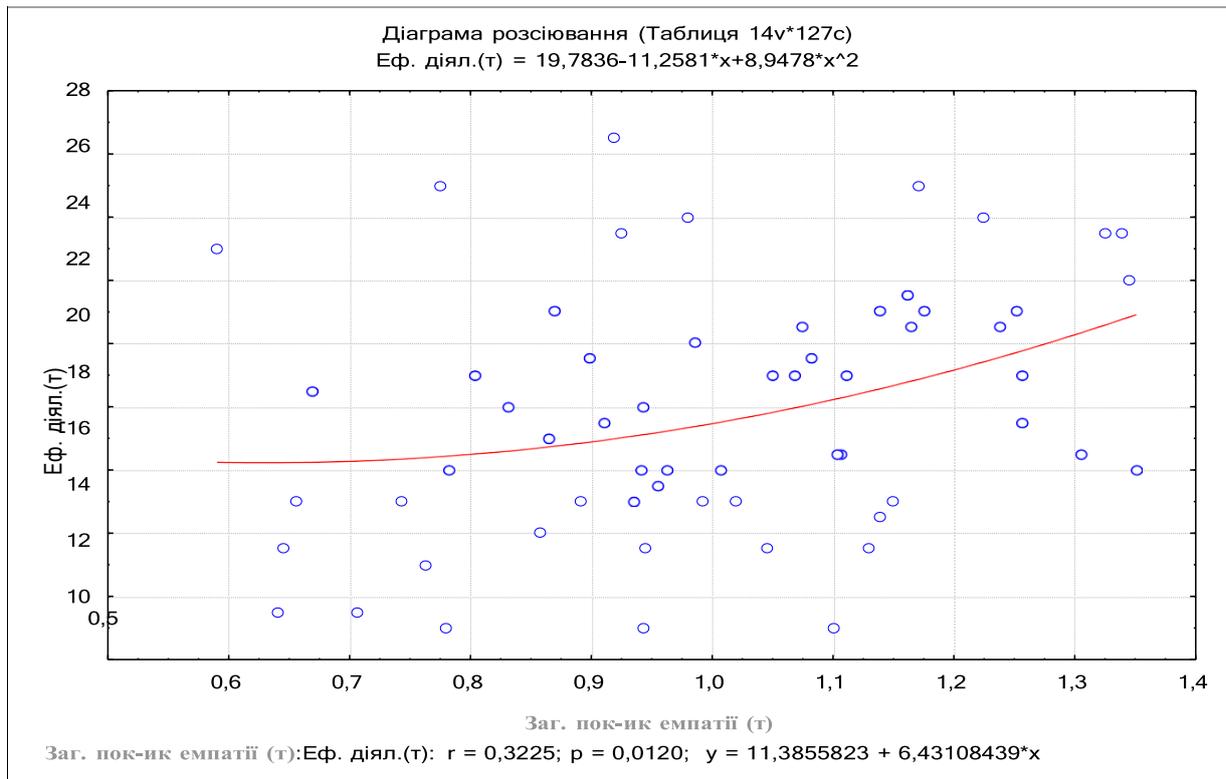
Показник ефективності діяльності оцінювався за тридцятибальною системою: 0 - 10 — низький; 10 – 20 — середній, 20 - 30 високий. Були отримані і результати: зафіксований значущий позитивний зв'язок між загальним показником емпатії за всіма трьома методиками і ефективністю професійної діяльності клінічних онкологів ( $r = 0,350$ ,  $p < 0,01$ ).

Залежність ефективності діяльності клінічних онкологів та загального показника емпатії проілюстровано на графіку розсіювання ( $r = 0,3225$ ;  $p < 0,01$ ) (рис. 2.1).

Виявлено статистично значущий зв'язок ефективності діяльності та емпатії у клінічних онкологів за методикою полікомунікативної емпатії ( $r = 0,36$ ;  $p < 0,01$ ) і шкалою емпатичної чуйності ( $r = 0,30$ ;  $p < 0,05$ ); статистично значущий зв'язок емпатії та ефективності діяльності у клінічних онкологів за методикою рівня емпатичних здібностей відсутній ( $r = 0,20$ ;  $p > 0,05$ ).

У онкохірургів прямолінійний зв'язок між ефективністю діяльності і загальним показником емпатії за всіма трьома методиками не встановлений ( $r = 0,108$ ;  $p > 0,05$ ). Однак графік розсіювання показує, що зв'язок між ними

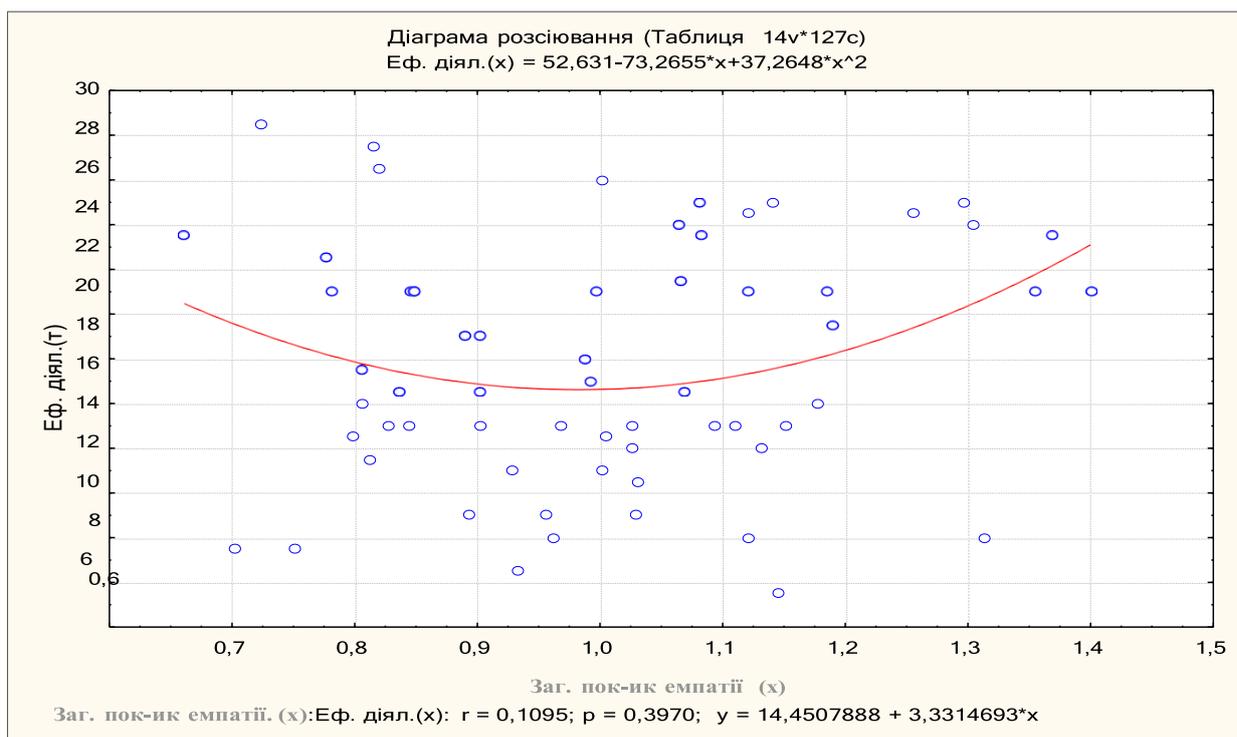
нелінійний, слабо параболічний, так само як і зв'язок між ефективністю діяльності і рівнем емпатичних здібностей ( $r = 0,09$ ;  $p > 0,05$ ) (рис. 2.2).



**Рис. 2.1. Залежність ефективності діяльності і спільного показника емпатії у клінічних онкологів**

Додатково проведений кореляційний аналіз показав, що емпатія починає впливати на ефективність діяльності хірургів лише на певному стажевому періоді після завершення адаптаційної стадії професійного розвитку: взаємозв'язок ефективності діяльності і загального показника емпатії за всіма трьома методиками ( $r = 0,419$ ,  $p < 0,05$ ), зв'язок ефективності діяльності та емпатії за методикою визначення полікомунікативної емпатії ( $r = 0,36$ ;  $p < 0,05$ ) і шкалою емпатичної чуйності ( $r = 0,44$ ;  $p < 0,05$ ).

У клінічних онкологів найбільший взаємозв'язок спостерігається між ефективністю діяльності і полікомунікативної емпатією. З метою подальшого уточнення специфіки впливу емпатії на ефективність діяльності лікарів, ми провели кореляційний аналіз взаємозв'язку полікомунікативної емпатії та ефективності діяльності.



**Рис. 2.2. Залежність ефективності діяльності і спільного показника емпатії у онкохірургів**

У клінічних онкологів з ефективністю діяльності пов'язані емпатія до тварин ( $r = 0,358$ ,  $p < 0,05$ ), до героїв художніх творів ( $r = 0,293$ ,  $p < 0,05$ ) та малознайомим людям ( $r = 0,439$ ,  $p < 0,000$ ), загальний показник розвитку емпатичних тенденцій ( $r = 0,229$ ,  $p < 0,05$ ).

У онкохірургів жоден із показників полікомунікативної емпатії, емпатичних здібностей, емпатичних тенденцій прямо не пов'язані з ефективністю діяльності.

Для підтвердження даних, одержаних за допомогою кореляційного аналізу, було проведено регресійний аналіз. Отримані дані підтвердили, що у клінічних онкологів не тільки існує зв'язок між ефективністю діяльності та рівнем розвитку емпатії, а й вказують те що, що розвитк емпатії активно впливає рівень ефективності діяльності. Особливо сильний вплив має полікомунікативна емпатія.

Наявна регресійна модель пояснює 12,8 % дисперсії залежної змінної та є

значущою за критерієм Фішера ( $p < 0,01$ ). Рівняння регресії має такий вигляд: ефективність діяльності =  $10,556 + (0,15)$  рівень полікомунікативної емпатії.

Отже, найбільший внесок у оцінку ефективності діяльності клінічних онкологів робить загальний рівень полікомунікативної емпатії.

З якостей полікомунікативної емпатії найбільший внесок у ефективність діяльності клінічних онкологів вносить емпатія до малознайомих людей. Наявна регресійна модель пояснює 17,0 % дисперсії залежної змінної, що є значущою за критерієм Фішера ( $p < 0,001$ ).

У онкохірургів, навпаки, відсутній прямий зв'язок між ефективністю і рівнем розвитку емпатії. Існуюча регресійна модель не є значущою за критерієм Фішера ( $p > 0,01$ ).

Вплив показників рівня розвитку емпатичних здібностей на ефективність діяльності клінічних онкологів та онкохірургів відсутній. Існуюча регресійна модель не є значущою за критерієм Фішера і для лікарів клінічних онкологів і для хірургів.

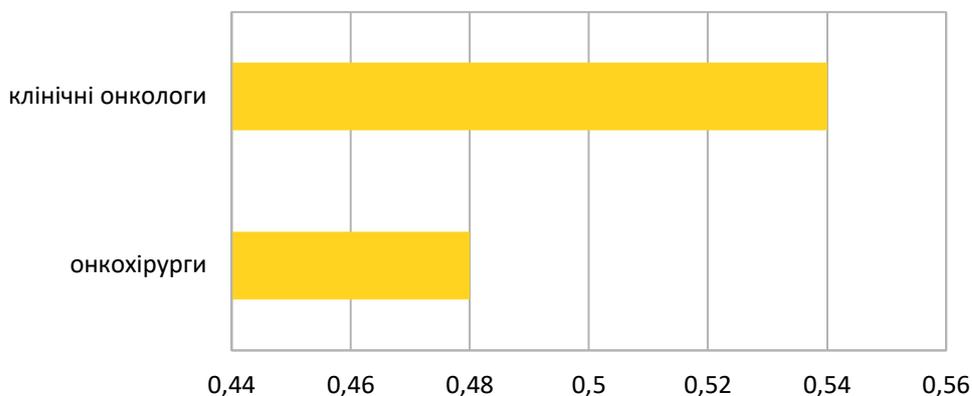
Отже, встановивши, що для онкохірургів і клінічних онкологів пік ефективності діяльності посідає на період від 10-ти до 30-ти років стажу (2-ий стажовий період), ми встановили різний ступінь впливу емпатії на успішність праці цих лікарів. У клінічних онкологів існує взаємозв'язок емпатії та ефективності діяльності, що полягає у прямій залежності ефективності від ступеня розвиненості емпатії: чим вище розвинена емпатія, тим вища ефективність їхньої діяльності. Найбільший внесок в ефективність діяльності клінічних онкологів вносить емпатія до малознайомих людей. А це якраз та група людей, з якою щодня доводиться працювати лікарям. Отримані дані на підставі тези про те, що професійно важливі якості – це такі властивості, які позитивно впливають на успішність професійної діяльності, дозволяють висувати, що емпатія є професійно важливою якістю клінічного онколога.

Хоча у онкохірургів не виявлено прямий зв'язок між ефективністю діяльності та рівнем розвитку емпатії, проте встановлений нелінійний зв'язок свідчить про наявність впливу на ефективність, але цей вплив інший. Тому ми

звернулися до подальшого дослідження специфіки емпатії клінічних онкологів та онкохірургів.

#### 2.4. Виразність емпатії клінічних онкологів і онкохірургів

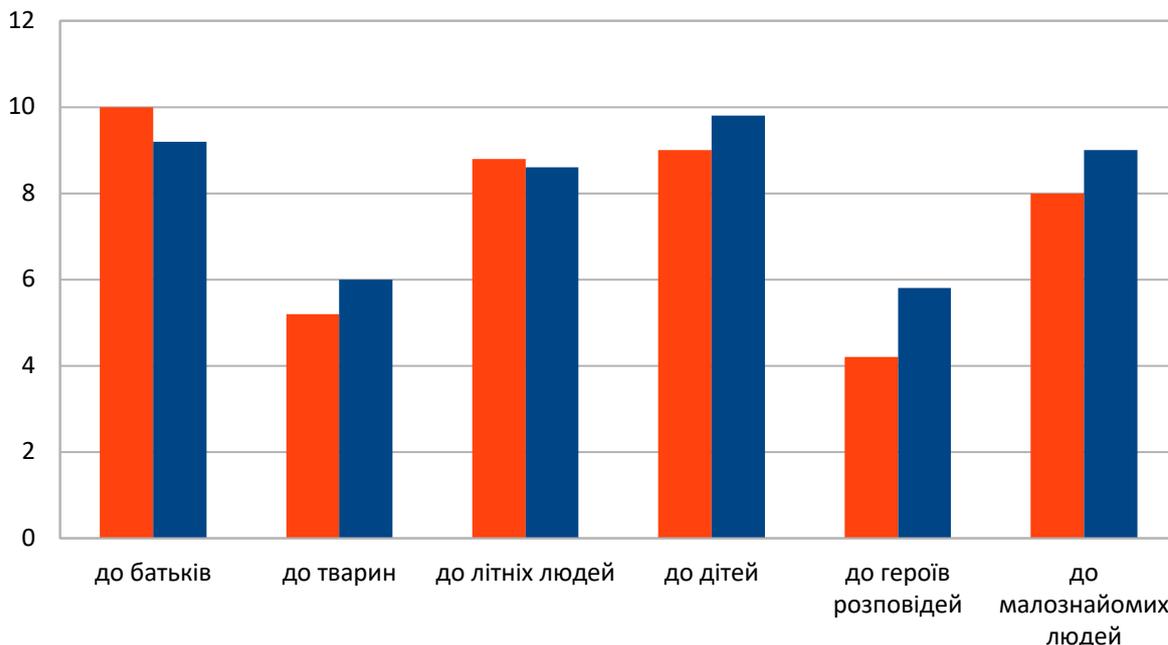
На основі аналізу з використанням методів описової статистики (середнє арифметичне, стандартне відхилення, коефіцієнт варіації) показано, що за всіма трьома методиками, спрямованими на визначення рівня розвитку емпатії, лікарі обох спеціалізацій мають загалом за вибіркою середній (нормативний) рівень, як й у більшості людей. Але вираженість загальних показників рівня емпатії в абсолютних та відносних значеннях за всіма трьома методиками вище у клінічних онкологів. Рівень значущості відмінностей за критерієм Манна-Уїтні від 0,05 до 0,001. Підсумковий показник відносних значень рівня розвитку емпатії за трьома методиками, що використовувалися в дослідженні: онкохірурги:  $X_{\text{сер}}=0,48$ ; лікарі клінічні онкологи:  $X_{\text{сер}}=0,54$  (рис. 2.3).



**Рис. 2.3. Підсумковий показник виразності емпатії у відносних значеннях за проведеними методиками вивчення емпатії**

Загальний рівень розвитку полікомунікативної емпатії у клінічних онкологів вище, ніж у хірургів  $X_{\text{сер}} = 45,27$ . Рівень емпатії до батьків розвинений у фахівців обох спеціалізацій краще за всіх інших видів:  $X_{\text{сер}} = 9,70$ . у хірургів, чим у лікарів клінічних онкологів:  $p < 0,05$ . Характерною особливістю є той факт, що рівень емпатії до героїв художніх творів як у клінічних онкологів та у онкохірургів невисокий  $X_{\text{сер}}= 4,97$ . Це підтверджує той факт, що хоча для лікарів

обох спеціалізацій образність мислення не є професійно значущою якістю, клінічні онкологи мають значно більшу чутливість (рис. 2.4).



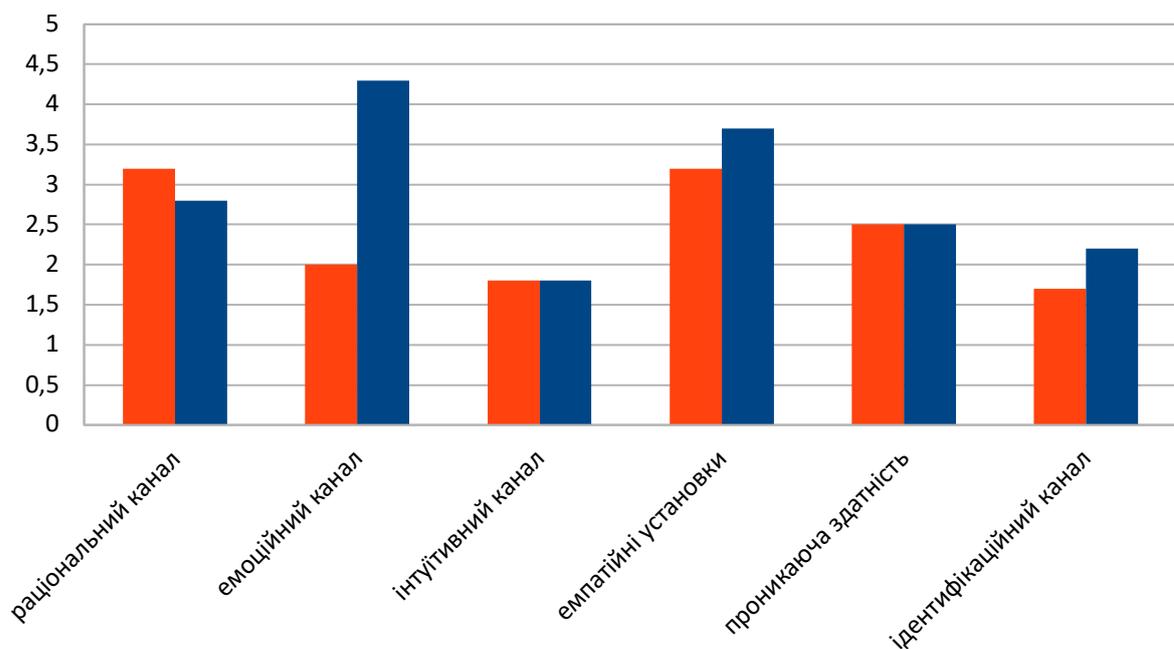
**Рис. 2.4. Виразність розвитку полікомунікативної емпатії в абсолютних значеннях**

Діагностика рівня емпатичних здібностей дозволила вивчити провідні канали емпатії лікарів обох спеціалізацій. Загальний рівень здібностей до емпатії у клінічних онкологів відрізняється від хірургів на користь перших:  $X_{сер} = 17,97$  та відповідно  $X_{сер} = 14,60$  ( $p < 0,001$ ).

У лікарів клінічних онкологів значно більший щодо онкохірургів емоційний канал емпатії  $p < 0,001$ . Ці дані підтверджують характерні риси емпатії клінічних онкологів, як значно чутливіших, ніж лікарі-хірурги. Емоційний канал емпатії говорить про здатність людини співчувати і співпереживати, зрозуміти внутрішній світ іншої людини, прогнозувати її поведінку, що як з'ясувалося є більш характерним для клінічних онкологів і що відповідає специфіці роботи клінічного онколога, як фахівця від уміння якого встановити емпатичні взаємодії залежить не тільки правильність постановки діагнозу, але й ефективність подальшого лікування. І, навпаки, відсутність вміння входити в енергетичне поле партнера зі спілкування може призвести до розвитку ятрогенії та змушує пацієнта лікуватись уже від наслідків лікування.

Для хірурга ж у умовах, коли рішення про оперативне втручання може прийматись при дефіциті часу та повноті інформації, емоційне залучення безумовно призведе до помилок у роботі. Недарма кажуть, що хірург повинен мати “холодну голову”.

Різницю в емпатії клінічних онкологів і хірургів підтверджують дані, отримані за іншими здібностями до емпатії: установки, що сприяють емпатії або перешкоджають: клінічні онкологи  $X_{сер} = 3,78$  та онкохірурги  $X_{сер} = 3,18$  ( $p < 0,001$ ), проникаюча здатність: клінічні онкологи  $X_{сер} = 2,95$  та онкохірурги  $X_{сер} = 2,50$  ( $p < 0,050$ , що свідчить, що у клінічних онкологів немає перешкод із боку установок особистості з уникнення особистих контактів, прояви цікавості до іншої особистості, а є схильність до створення атмосфери відкритості, довірливості, задушевності (рис. 2.5).



**Рис.2.5. Виразність емпатичних здібностей клінічних онкологів і онкохірургів в абсолютних значеннях**

Таким чином, аналіз виразності емпатії у лікарів обох спеціалізацій показує їх як таких, що мають нормативний рівень емпатії, що дозволяє уникати емоційних навантажень, властивих високоемпатійним людям. Однак, клінічні онкологи постають як більш емпатичні щодо онкохірургів. Якісна своєрідність емпатії клінічних онкологів полягає в їх схильності входити в емоційний резонанс

з оточуючими – співпереживати, брати участь, розуміти їх внутрішній світ, прогнозувати поведінку, створювати атмосферу відкритості, довірливості, задушевності.

Такі особливості емпатії клінічних онкологів відображають характер їх діяльності, що полягає в вмінні встановити такі довірчі відносини, від яких залежить правильність постановки діагнозу і ефективність подальшого лікування.

Можна припустити, що для клінічних онкологів більш характерне розуміння, що людські взаємини можуть генерувати міжособистісні рушійні сили, які мають цілющий ефект. Відносно менш виражена емпатія онкохірургів може свідчити, з одного боку про меншу затребуваність цієї якості через те, що хірургічне втручання відбувається швидко і вимагає великого емоційного залучення, а з іншого боку, професія хірурга, як було зазначено вище, пов'язана з емоційними навантаженнями і вимагає підвищеного самовладання, що потребує високої регуляції своїх емоцій і може свідчити про вищі довірливі форми емпатії.

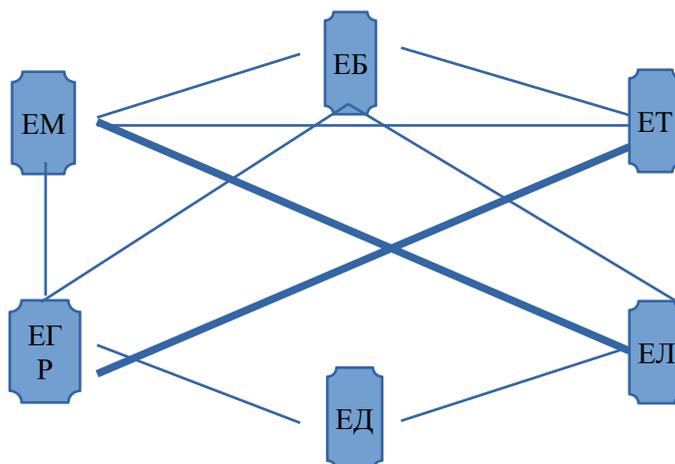
## **2.5. Психологічна структура емпатії клінічних онкологів і онкохірургів**

З метою подальшого уточнення специфіки прояви емпатії у клінічних онкологів та онкохірургів ми провели вивчення структури емпатії у лікарів обох спеціалізацій. Представлені матриці інтеркореляцій та кореляційні плеяди дозволяють оцінити взаємозв'язок між окремими компонентами емпатії за методиками визначення рівня емпатичних здібностей та рівня полікомунікативної емпатії.

Структура полікомунікативної емпатії лікарів клінічних онкологів відрізняється стійкістю, гарною організованістю, чітко вираженою групою компонентів, які відіграють провідну роль у структурі та компонентів, слабо включених у структуру. Когерентність – 19, дивергентність – 0, загальна організація структури емпатії клінічних онкологів 19 (рис. 2.6).

Характерною особливістю структури емпатії клінічних онкологів є провідна роль у ній емпатії до героїв художніх творів ( $p < 0,001$ ), що свідчить

про здібності співчуття не тільки до реальних людей у реальних обставинах, а й проявляти емоційний відгук до абстрактних подій.



**Рис. 2.6. Структура полікомунікативної емпатії клінічних онкологів**

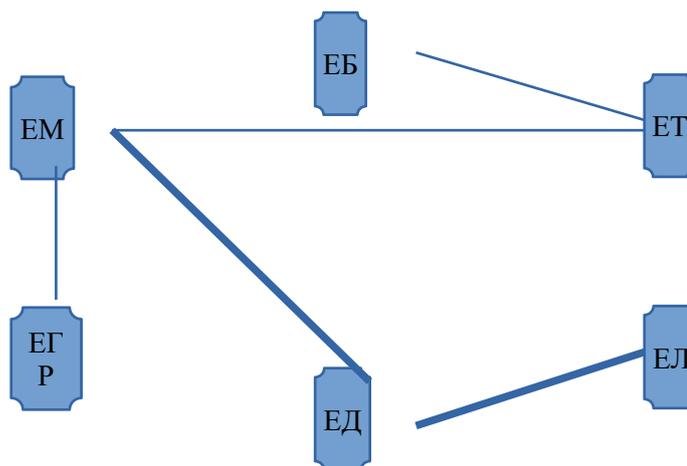
**Примітка:** EB - емпатія до батьків; ET - емпатія до тварин; EL - емпатія до літніх людей; ED - емпатія до дітей; EGP - емпатія до героїв розповідей; EM - емпатія до малознайомих

Також ведуча роль в структурі емпатії у клінічних онкологів займає емпатія до малознайомих ( $p < 0,001$ ). До категорії малознайомих людей сміливо можна віднести основну більшість пацієнтів, що свідчить про значення емпатії в повсякденній діяльності клінічного онколога. Структура полікомунікативної емпатії онкохірургів різко контрастує із структурою емпатії клінічних онкологів. Вона погано організована, має лінійний характер. Когерентність - 15 балів, дивергентність - 0, і загальна організація структури полікомунікативної емпатії хірургів — 15 (Рис. 2.7).

Провідна роль в структурі відводиться емпатії до малознайомих. Помічений позитивний зв'язок ( $p < 0,001$ ) між емпатією до малознайомих та емпатією до дітей, і між емпатією до дітей та емпатією до літніх.

Значення емпатії до малознайомих людей у структурі емпатії онкохірургів підтверджує загальну спрямованість лікарів обох спеціалізацій на встановлення емпатичних взаємодій з пацієнтами. З метою подальшого підтвердження гіпотези про відмінність структури емпатії у клінічних онкологів та онкохірургів, а також з метою виявлення провідних каналів емпатії ми провели дослідження структури

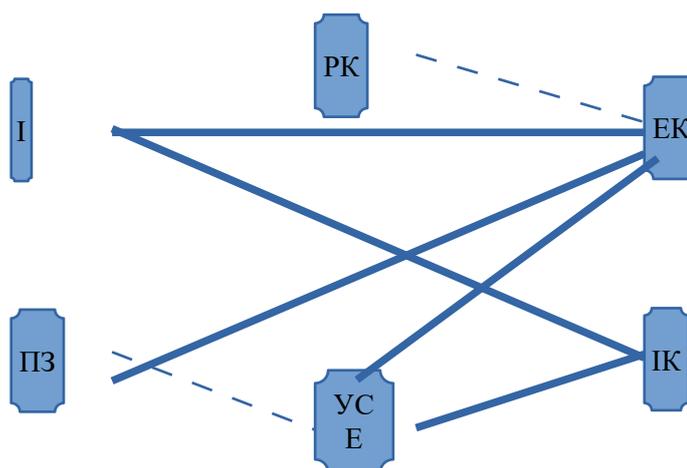
емпатичних здібностей.



**Рис. 2.7. Структура полікомунікативної емпатії онкохірургів**

**Примітка:** EB - емпатія до батьків; ET - емпатія до тварин; EL - емпатія до літніх людей; ED - емпатія до дітей; EGP - емпатія до героїв розповідей; EM - емпатія до малознайомих

Отримані кількісні та якісні характеристики структури емпатичних здібностей клінічних онкологів показали, що вона є добре організована, замкнута. Когерентність – 18 балів, дивергентність – 2, загальна організація структури – 16. Провідна роль відводиться емоційному каналу, за наявності негативного зв'язку з раціональним каналом (рис. 2.8).



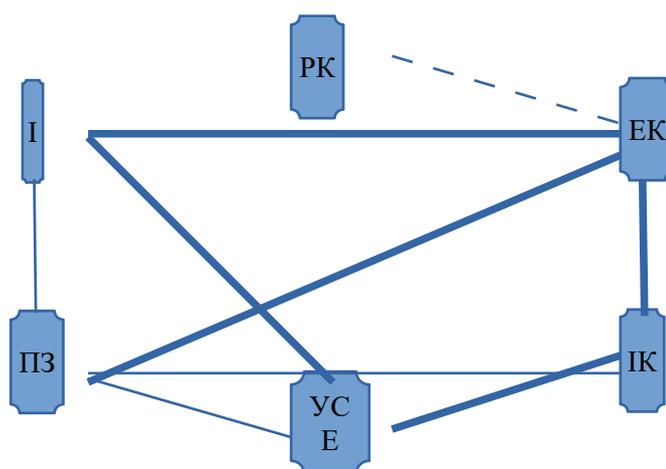
**Рис. 2.8. Структура емпатичних здібностей клінічних онкологів**

**Примітка:** PK - раціональний канал емпатії; EK - емоційний канал емпатії; IK - інтуїтивний канал емпатії; USE - установки, що сприяють емпатії; PZ - проникаюча здатність; I – ідентифікація

У структурі емпатичних здібностей клінічних онкологів всі зв'язки сильні, крім двох — установок, що сприяють емпатії та ідентифікаційний канал, що є важливим для побудови ефективних взаємодій з пацієнтами.

Провідна роль емоційного каналу в структурі емпатичних здібностей говорить про здатність співпереживати, та й підтверджує отримані раніше висновки про здатності клінічних онкологів відчувати співпереживання до вигаданих персонажів. Таким чином, клінічний онколог здатний не тільки співчувати людям у конкретних обставин, а й співпереживати у передбачуваних обставинах.

Структура емпатичних здібностей онкохірургів відрізняється від аналогічної структури клінічних онкологів, що добре видно на графіку кореляційних плеяд. Вона менш структурована, але відрізняється великою кількістю внутрішніх зв'язків. Когерентність - 21 бал, дивергентність - 2, загальна організація структури - 19. Ведуча роль відводиться установкам, що сприяють емпатії, що говорить про властивий для хірургів першопочатковий інтересу до іншої людини. Провідна роль установок, що сприяють емпатії, у хірургів ще раз підтверджує, характерний для всіх лікарських спеціалізацій спонукальний мотив дій, спрямований на «... полегшення від фізичних страждань» чи то «можливість виявляти турботу до людей», тобто добродієсну суть лікування (рис. 2.9).



**Рис. 2.9.** Структура емпатичних здібностей онкохірургів

**Примітка:** РК - раціональний канал емпатії; ЕК - емоційний канал емпатії; ІК - інтуїтивний канал емпатії; УСЕ - установки, що сприяють емпатії; ПЗ -

проникаюча здатність; I – ідентифікація

Також структура емпатичних здібностей онкохірургів відрізняється переважним розвитком середніх та слабких зв'язків на відміну від клінічних онкологів. Тут також ми бачимо і наявність однакових зв'язків у структурі емпатичних здібностей онкохірургів і клінічних онкологів, але різних за силою виразності.

Провідна роль емоційного каналу у структурі емпатичних здібностей клінічних онкологів свідчить про вираження афективного компонента в формі співпереживання та співучасті, прагнення до енергетичного підлаштування до партнера зі спілкування, що фактично в побуті називають душевністю.

Проведене дослідження специфіки емпатії клінічних онкологів та онкохірургів дозволило встановити, що:

- вираження емпатії клінічних онкологів та хірургів у межах нормативного рівня, але в клінічних онкологів вона більш виражена;
- існують відмінності по виразності окремих показників полікомунікативної емпатії: емпатія до батькам вище у хірургів, емпатія до героїв художніх творів вища у клінічних онкологів;
- існують відмінності за вираженням окремих показників емпатичних здібностей: емоційний канал емпатії, установки, що сприяють емпатії і проникаюча здатність більше виражені у клінічних онкологів;
- існують відмінності за вираженістю структури полікомунікативної емпатії та емпатичних здібностей; у клінічних онкологів більш виражена структура полікомунікативної емпатії, у хірургів – емпатичних здібностей;
- існують відмінності у провідних каналах емпатії: провідний канал полікомунікативної емпатії клінічних онкологів – емпатія до героїв художніх творів та емпатія до малознайомих, хірургів – лише емпатія до малознайомих; провідний канал емпатичних здібностей клінічних онкологів – емоційний, хірургів – установки, що сприяють емпатії;
- наявність у лікарів обох спеціалізацій подібних зв'язків говорить, на нашу думку, про загальну спрямованість і клінічних онкологів, і онкохірургів на

встановлення емпатичних взаємин з пацієнтами, що характерно для професії лікаря як фахівця, який працює в системі «людина-людина».

Таким чином, проведене дослідження психологічної структури емпатії лікарів обох спеціалізацій підтверджує висновок про те, що клінічні онкологи постають як більш емпатичні щодо хірургів, що відбиває характер їхньої діяльності. Структура емпатії клінічних онкологів та онкохірургів відображає різний характер виробничих відносин, в які вступають ці лікарі за своєю діяльності. Все це підтверджує наявні дані про те, що процес професіоналізації має двосторонній характер: з однієї сторони в процесі професійної діяльності відбувається формування і розвиток професійних навичок та умінь, з іншого йде процес формування або деформації особистісних властивостей.

Більший розвиток структури емпатичних здібностей онкохірургів щодо клінічних онкологів може свідчити про первісне домінуванні у них альтруїстичних цінностей. Але потрапляючи у соціальні ситуації, де ці можливості могли б бути реалізовані, відбувається їх придушення, так як хірургічна спеціальність вимагає від лікаря емоційної стриманості. Виявлена структура емпатії клінічних онкологів свідчить про високу роль емпатії у повсякденній практиці. Емпатія є для клінічних онкологів невід'ємною якістю професійної компетентності і деонтологічної етики. І, навпаки, недостатній розвиток структури емпатії у онкохірургів може свідчити як про меншу необхідність в безпосередньому щоденному вираженні емпатії, так і про компенсацію нервово-емоційного вигорання, яка зазвичай постає в формі емоційно-моральної дезорієнтації.

Встановлено, що емпатія надає вплив на ефективність діяльності клінічних онкологів та онкохірургів через різні провідні канали. Провідними каналами емпатії, що забезпечують ефективність діяльності клінічних онкологів, є афективні канали, які проявляються в здібності співчувати не тільки реальним людям у реальних обставин, але й виявляти емоційний відгук до абстрактних подій. Провідними каналами емпатії онкохірургів є когнітивні, які знаходять вияв у так званій когнітивній емпатії чи то дієвій емпатії.

Така різниця у провідних каналах, за допомогою яких здійснюється вплив на ефективність діяльності, може бути пояснена і тією обставиною, що клінічні онкологи на відміну від онкохірургів, більше пов'язані з вербальною комунікацією, за допомогою якої відбувається виявлення скарг пацієнта, збирання анамнезу. Діяльність онкохірурга більше опосередкована дослідженнями з допомогою різноманітних технічних пристосувань і приладів та здебільшого не вміщує тривалих розмов.

Проведений діагностичний зріз дав змогу висувати про відмінне змістовне наповнення і специфіку емпатії клінічних онкологів і онкохірургів. Не заперечуючи значення емпатії в медичній практиці хірургів, емпатія грає велику роль у професійній житті клінічних онкологів і сприяє успішному здійсненню ними своєї професійної діяльності.

## **2.6. Динаміка розвитку емпатії в ході професіоналізації клінічних онкологів та онкохірургів**

Динаміка розвитку емпатії в різні стажові періоди у клінічних онкологів і онкохірургів має свої специфічні характеристики.

Так у 1-й період (1-9 років) професійної діяльності структура емпатії клінічних онкологів виглядає так: структура полікомунікативної емпатії стійка, добре організована, з чітко вираженою групою компонентів, які відіграють провідну роль в структурі і компонентів, слабо включених в структуру. Когерентність - 14, дивергентність - 0, загальна організованість структури 14.

Провідну роль в структурі 1-го періоду займає емпатія до тварин ( $p < 0,001$ ) - одна, між емпатією до батьків та емпатією до малознайомих. Середні по силі зв'язку ( $p < 0,01$ ) між емпатією до батькам і емпатією до тваринам, між емпатією до тваринам і емпатією до літнім, між емпатією до тваринам та емпатією до малознайомим, між емпатією до тваринам та емпатією до героїв художніх творів. Слабкі кореляційні зв'язки ( $p < 0,05$ ) між емпатією до літніх людей і емпатією до батьків, між емпатією до літніх людей і емпатією до малознайомих людей, між

емпатією до малознайомих людей та емпатією до героїв художніх творів. Емпатія до дітей зовсім не включена в структуру. Загалом виявлена структура характеризується переважанням середніх за силою зв'язків.

У 2-му стажовому періоді (10-30 років) у клінічних онкологів структура емпатії зазнає суттєві зміни в бік послаблення: структура полікомунікативною емпатії стає менш структурованою, носить лінійний характер. Когерентність - 9, дивергентність - 0, загальна організованість структури - 9. Провідна роль тепер відводиться емпатії до героїв художніх творів. Кількість зв'язків між елементами структури сильно скорочується. Емпатія до літніх людей і дітей зовсім не включені до структури. Картина виглядає так: сильний зв'язок ( $p < 0,001$ ) між емпатією до героїв художніх творів і емпатією до тваринам; середній за силою зв'язок між емпатією до малознайомих та емпатією до тварин (залишиється незмінним); між емпатією до героїв художніх творів і емпатією до малознайомих людей (є слабким); між емпатією до героїв художніх творів та емпатією до батьків. Решта попередніх зв'язків зруйновано.

У 3-ому стажовому періоді (понад 30 років) відбувається подальше руйнування полікомунікативної емпатії. Вона погано організована, носить лінійний характер. Когерентність - 5, дивергентність - 0, загальна організованість структури - 5. Емпатія до батьків зовсім не включена до структури. З'явився сильний зв'язок ( $p < 0,001$ ) між емпатією до літніх людей і емпатією до малознайомих людей. Послабився і став слабким зв'язок ( $p < 0,05$ ) між емпатією до героїв художніх творів і емпатією до тварин. З'явився слабкий зв'язок між емпатією до героїв художніх творів та емпатією до дітей.

Динаміка розвитку емпатичних здібностей клінічних онкологів в ході професіоналізації відрізняється такими особливостями: структура емпатичних здібностей клінічних онкологів у 1-му періоді мало розвинена. Когерентність - 5, дивергентність - 1, загальна організованість структури - 4. Існує всього два позитивні зв'язки: один сильний зв'язок ( $p < 0,001$ ) між емоційним каналом та проникаючою здатністю, один середній зв'язок ( $p < 0,01$ ) між раціональним каналом і інтуїтивним каналом. Один негативний зв'язок між

раціональним каналом та проникаючою здатністю. Ідентифікація не включена до структури. Власне, такі зв'язки підтверджують те, що емоційний канал і проникаюча здатність допомагають кожен зі свого боку входженню в енергетичне поле партнера із спілкування.

Структура емпатичних здібностей клінічних онкологів у 2-му стажовому періоді також зазнала суттєві зміни, але не в бік руйнування, а в бік максимального розвитку. Структура емпатичних здібностей добре організована. Когерентність - 2, загальна організованість структури - 14. Провідна роль відводиться емоційному каналу. Зафіксований сильний зв'язок ( $p < 0,001$ ) між емоційним каналом та інтуїтивним каналом (не було раніше), між емоційним каналом та ідентифікацією (не було раніше). Між емоційним характером і установками (зв'язок зберігся) ( $p < 0,05$ ); а між емоційним каналом і проникаючою здатністю (раніше сильна), між установками, що сприяють емпатії та ідентифікацією (раніше не було).

Якщо структура емпатичних здібностей клінічних онкологів у 2-му стажовому періоді зміцнювалася, то в 3-му періоді вона зруйнована. Когерентність - 2, дивергентність - 0, загальна організованість структури - 2. Залишився лише один середній за силою зв'язок ( $p < 0,01$ ) між емоційним каналом та установками, що сприяють емпатії. Усі інші зв'язки відсутні.

Якщо структура полікомунікативної емпатії краще всього організована в 1-ий стажовий період, коли ефективність діяльності у клінічних онкологів йде за зростаючою, то структура емпатичних здібностей сильнішає у 2-ий стажовий період, коли ефективність підходить до піку активності. При цьому значення індексу ковергентності різко зростають, також як й значення загальної організованості структури. У 3-ій стажовий період індекси ковергентності та загальної організованості структури полікомунікативної емпатії та емпатичних здібностей досягають мінімальних значень за період професійної діяльності.

Таким чином, ми можемо встановити, що динаміка розвитку структури емпатії в ході професіоналізації у клінічних онкологів має такі особливості:

- структура полікомунікативної емпатії найсильніше розвинена в 1-ий

період професійної діяльності, коли відбувається первинна спеціалізація та адаптація до лікарської діяльності з поступовим ослабленням та руйнуванням в останньому періоді діяльності;

- структура емпатичних здібностей незначно розвинена в 1-ий період професіоналізації, досягає максимального розвитку у 2-ий стажовий період, та руйнується в 3-ій період. Така динаміка розвитку структури емпатичних здібностей у клінічних онкологів підтверджує висновок про те, що здібності розвиваються і зміцнюються у діяльності, якщо вони цією діяльністю затребувані, тобто максимальний розвиток емпатичних здібностей у 2-му стажовому періоді свідчить про взаємний вплив діяльності та емпатичних здібностей. З одного боку в практичній діяльності емпатичні можливості розвиваються, а, з іншого боку, враховуючи, що 2-ий стажовий період - найефективніший період діяльності, вони самі забезпечують ефективність цієї діяльності.

Порівняльний аналіз динаміки розвитку полікомунікативної емпатії та емпатичних здібностей показує, що протягом усієї професійної діяльності у клінічних онкологів у структурі полікомунікативної емпатії суттєве місце займають три компоненти: емпатія до малознайомих людей, емпатія до героїв художніх творів та емпатія до тварин при провідній ролі емоційного каналу у структурі емпатичних здібностей. Основна властивість емпатії — це вміння розуміти думку іншого, подивитися на світ його очима. Якщо емпатія до малознайомих людей є складовим компонентом професійної діяльності лікарів, адже щоденний контингент професійного спілкування лікарів, неможливий без емпатійного досвіду. То емпатія до героїв художніх творів та тварин дає змогу вийти за межі свого безпосереднього досвіду, поглянути на ситуацію абстрактно і тим самим побачити ситуацію ширше та узагальнено.

Варто зазначити, що у 2-му стажовому періоді у структурі полікомунікативної емпатії руйнуються багато зв'язків і залишаються лише базові та необхідні для реальної практики, тоді як емпатичні можливості найбільше розвиваються. Також максимальна включеність усіх емпатичних здібностей во 2-му періоді свідчить про те, що тільки всі можливості разом, кожна зі свого боку,

забезпечують ефективність діяльності, тобто можливість поставити себе на місце іншого, діяти за нестачі інформації про партнера, створювати атмосферу відкритості, вважати доречним прояв цікавості до іншої особи тощо. Привертає увагу слабка включеність до структури полікомунікативної емпатії до дітей і літнім. Узагальнюючи отримані дані, можна говорити про професійно-деонтологічний характер емпатії клінічних онкологів.

Порівняємо розвиток структури емпатії в різні стажові періоди у онкохірургів. Структура полікомунікативної емпатії у 1-ий період (1-10 років) професійної діяльності відрізняється слабкою організованістю, слабо структурована, з ознаками лінійності, з невеликою кількістю зв'язків. Когерентність - 9, дивергентність - 0, загальна організованість структури - 9. Ведучий канал – емпатія до дітей. Помічено виражений зв'язок ( $p < 0,001$ ) між емпатією до малознайомих людей і емпатією до тварин (ідентичний, але середній за силою зв'язок є у клінічних онкологів у цей же період), між емпатією до малознайомих людей і емпатією до літніх людей (слабкий зв'язок є у клінічних онкологів), між емпатією до літніх людей і емпатією до дітей. Середній за силою зв'язок ( $p < 0,01$ ) між емпатією до тварин та емпатією до дітей.

Структура полікомунікативної емпатії у 2-му стажовому періоді (10-30 років) досягає максимального розвитку. Когерентність - 13, дивергентність - 0 загальна організованість структури - 13. Структура характеризується збільшенням кількості зв'язків і їх посиленням. Зафіксовано виражений зв'язок ( $p < 0,001$ ) між емпатією до літніх і емпатією до дітей, емпатією до малознайомих і емпатією до героїв художніх творів (середній за силою у клінічних онкологів у цей період). Середній по силі зв'язок між емпатією до малознайомих людей і емпатією до тварин (у минулому періоді сильний, та у клінічних онкологів у цьому періоді теж сильний), між емпатією до героїв художніх творів і емпатією до тварин (у клінічних онкологів у цьому періоді сильний). Слабкі зв'язки ( $p < 0,05$ ) між емпатією до дітей та емпатією до малознайомих людей (сильний зв'язок у минулому періоді) та емпатією до батьків та емпатією до тварин. Потрібно помітити різницю між структурою полікомунікативної емпатії у 2-му стажовому

періоді між клінічними онкологами та онкохірургами: якщо у клінічних онкологів структура змінюється в бік ослаблення, то у онкохірургів змінюється в бік посилення. У порівнянні з 1-им періодом структура більше структурована, більше замкнута, краще організована.

У 3-й період (стаж понад 30 років) професійної діяльності онкохірургів структура полікомунікативної емпатії практично зруйнована. Конвергентність - 3, дивергентність - 0, загальна організованість структури - 3. Залишилося всього два зв'язки: між емпатією до героїв художніх творів та емпатією до тварин (у минулому періоді теж є середній, у клінічних онкологів в цьому періоді слабкий); та слабкий зв'язок між емпатією до літніх людей і емпатією до дітей.

Загалом для лікарів обох спеціалізацією в цей період професійної діяльності властивою є руйнація полікомунікативної емпатії.

Структура емпатичних здібностей онкохірургів у 1-му стажовому періоді відрізняється нерозвиненістю. Когерентність – 3, дивергентність – 2, загальна організованість структури – 1. Є лише два позитивні зв'язки між раціональним каналом та установками, що сприяють емпатії, та установками, що сприяють емпатії та інтуїтивним каналом, один негативний зв'язок між емоційним каналом та раціональним каналом.

Структура емпатичних здібностей хірургів у 2-му стажовому періоді змінюється. Когерентність - 4, дивергентність - 0, загальна організованість структури - 4. Вона, як і раніше, залишається слабкою і погано організованою, але всі зв'язки змінюються. Старі зв'язки зникли, і з'явилися нові. Середній за силою зв'язок ( $p < 0,01$ ) між установками, що сприяють емпатії та проникаючої здатністю і два слабкі зв'язки ( $p < 0,05$ ) між емоційним каналом та ідентифікацією (у клінічних онкологів у цьому періоді теж з'являється знову, але сильний) і між ідентифікацією та установками (у клінічних онкологів теж є слабкий).

Структура емпатичних здібностей у третьому періоді максимально розвивається. Структура хоча незамкнута, відрізняється великим кількістю зв'язків. Когерентність - 17, дивергентність - 0, загальна організованість

структури - 17. З'являється багато нових зв'язків. Провідні канали у структурі емпатичних здібностей онкохірургів - емоційний і інтуїтивний. Перший свідчить про те, що зі зниженням професійного навантаження відбувається і зниження контролю над своїми емоціями, який був необхідний на активній фазі діяльності. Другий показує вплив накопиченого за роки діяльності емоційного досвіду, що зберігається в підсвідомості та дозволяє відійти від оціночних стереотипів. Загалом це може говорити про більшу емоційну мудрість онкохірургів порівняно з клінічними онкологами.

Динаміка розвитку емпатичних здібностей у онкохірургів йде по висхідній і досягає найвищого розквіту в останньої третини професійної діяльності. Якщо для клінічних онкологів щоденне емоційно включене спілкування з хворими це необхідний рутинний обов'язок, від якого люди з роками втомлюються, про що свідчить встановлена динаміка розвитку емпатії клінічних онкологів, то у онкохірургів ослаблення контролю за своїми емоціями призводить до повного розкриття закладеного потенціалу. Загалом, це підтверджує висновки про те, що хірурги не менш емпатичні, ніж клінічні онкологи, але характер виробничої діяльності не дає їм можливості виявляти емпатію у найактивнішій фазі діяльності.

Зіставляючи динаміку розвитку полікомунікативної емпатії та емпатичних здібностей у хірургів можна відзначити такі особливості:

- ✓ протягом всієї професійної діяльності у онкохірургів в структурах емпатії завжди присутні такі три компоненти: емпатія до літніх людей, емпатія до дітей, установки, що сприяють емпатії. Факт наявності такої установки свідчить про такі моменти: по-перше, такі установки виробляються в майбутніх медиків у процесі та, особливо в хірургів, так як ціна їхньої помилки - життя людини; по-друге, щодня перебуваючи в обстановці підвищеної відповідальності наявність такої важливої складової емпатичних здібностей як установки, що сприяють емпатії, вже говорить про те, що хірурги не можуть спокійно ставитись до переживань і проблем пацієнтів; по-третє, це швидше глибинне розуміння того, що перед ними

страждаюча людина, якій потрібна допомога; по-четверте, більшість людей в цивілізованому суспільстві наділені таким розумінням – допоможи ближньому своєму.

- ✓ емпатію до дітей і емпатію до літніх людей також можна віднести до фундаментальних основ людської цивілізації, без яких вона не змогла б розвиватись. Таким чином, можна говорити, якщо так можна висловитися, про загальнолюдському характері емпатії хірургів;

Таким чином, отримані дані не тільки встановили різний характер емпатії клінічних онкологів та онкохірургів, різну динаміку розвитку емпатії в ході професіоналізації, а й дозволили виявити вплив, що чиниться емпатією на ефективність діяльності хірургів та клінічних онкологів. Цей вплив полягає в тому, що оптимальний розвиток структури емпатії клінічних онкологів збігається з періодом максимальної ефективності діяльності. Тому ми можемо говорити, що чим сильніше розвинена емпатія у клінічних онкологів, тим вища ефективність їхньої діяльності.

Динаміка розвитку структури емпатії онкохірургів відображає особливості професійної діяльності хірургів, що виражається у контролі своїх емоцій в ситуаціях соціальної взаємодії в ефективний період діяльності.

З метою уточнення та підтвердження, отриманих раніше даних, ми простежили за допомогою методів описової статистики, як відбувається зміна виразності емпатії на різних етапах професіоналізації.

Динаміка виразності емпатії за трьома стажовими періодами показала:

- в 1-ий стажовий період загальний показник емпатії в абсолютних значеннях за всіма трьома методиками, включеними в дослідження, виражений досить високо і свідчить про великий ролі емпатії в життя початківця лікаря. Більше виражений щодо інших методик, загальний рівень емпатичних здібностей.
- у 2-ий стажовий період, період найбільшої ефективності діяльності, загальний показник емпатії за трьома методиками значно підвищується та досягає максимальних значень за весь досліджуваний період діяльності;
- в 3-ій стажовий період загальний рівень емпатії знижується за всіма

трьома вимірами і досягає мінімальних значень за весь досліджуваний період, особливо падає загальний рівень емпатичних здібностей (табл.2.1).

Динаміка вираженості окремих показників емпатії таких як: емпатія до батьків, емпатія до тварин, емпатія до героїв художніх творів, раціональний канал емпатії, інтуїтивний канал, ідентифікація в абсолютних значеннях у клінічних онкологів за трьома стажовими періодами показує таку ж тенденцію розвитку як і динаміка виразності загального показника емпатії. Від середньої виразності в 1-ий період діяльності з підвищенням у 2-ий період та зниженням у 3-ий період.

Таблиця 2.1

### Виразність загальних показників емпатії клінічних онкологів

	1 стажовий період			2 стажовий період			3 стажовий період		
	Хсер	$\sigma$	Cv	Хсер	$\sigma$	Cv	Хсер	$\sigma$	Cv
Загальний рівень полікомунікативної емпатії	45,75	9,73	21,26	49,79	9,93	19,93	48,07	7,64	15,89
Загальний рівень здібностей до емпатії	18,00	3,44	19,14	18,14	5,08	27,99	17,60	4,61	26,20
Рівень емпатії	16,50	4,99	30,26	18,03	3,69	20,45	16,80	3,49	20,77

Динаміка виразності емпатії до літніх людей, до дітей, до малознайомих людей підвищується в 3-ий стажовий період і йде по висхідній від найменшої представленості в 1-ий стажовий період до максимальної представленості в 3-ій стажовий період. Така динаміка розвитку може бути пов'язана з явищами перенесення, характерними для психодинаміки клінічних відносин.

Динаміка виразності таких показників емпатичних здібностей як емоційний канал та установки, що сприяють емпатії, йде від найбільшої виразності в 1-ий період з падінням у 2-ий період та підвищенням в 3-ій період. Такі результати порушують питання подальшого дослідження зниження емпатії з віком і досвідом.

Також отримані дані дають змогу зробити висновок про те, що емпатія у клінічних онкологів посилюється зі зростанням ефективності та згасає зі

зниженням ефективності.

Порівняємо отримані дані виразності емпатії різні стажові періоди у онкохірургів.

Загальна особливість динаміки вираженості загального рівня розвитку емпатії абсолютних значеннях за трьома методиками - найменша вираженість у 2-й стажовий період (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

### Виразність загальних показників емпатії онкохірургів

	1 стажовий період			2 стажовий період			3 стажовий період		
	$X_{cp}$	$\sigma$	$C_v$	$X_{cp}$	$\sigma$	$C_v$	$X_{cp}$	$\sigma$	$C_v$
Загальний рівень полікомунікативної емпатії	45,59	7,40	16,23	43,81	6,56	14,98	46,00	5,63	12,24
Загальний рівень здібностей до емпатії	15,18	4,45	29,30	13,74	4,40	32,02	14,36	6,51	45,35
Рівень емпатії	16,00	3,37	21,08	15,70	3,05	19,41	16,71	2,20	13,16

Динаміка розвитку спільного рівня полікомунікативної емпатії та емпатичної чуйності йде від середньої виразності в 1-ий період, потім від сильного падіння значень в 2-ий період, і максимальні значення в 3-й період.

Динаміка виразності загального рівня емпатичних здібностей виглядає таким чином: найбільша виразність у 1-му періоді, потім падіння у 2-му, і незначне підвищення у 3-му періоді.

Динаміка вираженості окремих показників емпатії в абсолютних значеннях у онкохірургів за трьома стажовими періодами:

– емпатія до літніх людей і до дітей йде з поступовим підвищенням від 1-го періоду до 3-го, тобто ці види емпатії так само як і в клінічних онкологів найкраще розвинені у 3-му періоді;

– емпатія до батьків та ідентифікація найбільш виражені в 1-му періоді та поступово знижуються до 3-го періоду;

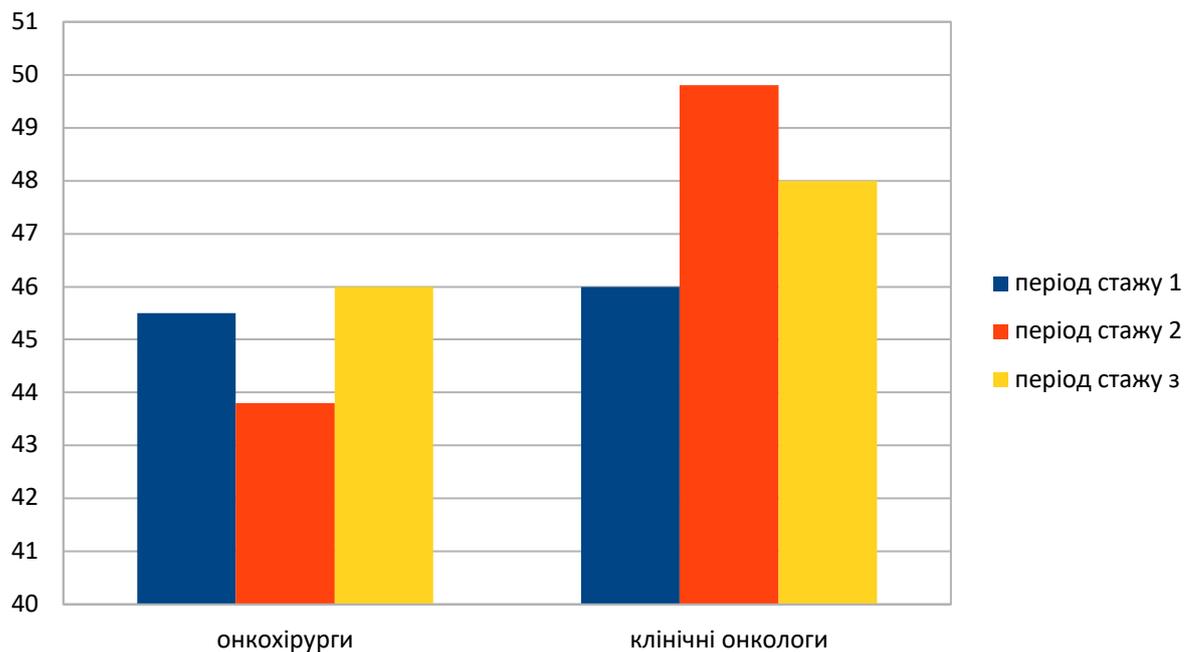
– емпатія до героїв художніх творів, до малознайомих і інтуїтивний канал мають середні значення в 1-ий період, падають у 2-ий період і мають

максимальні значення у 3-ій період;

– емпатія до тварин, емоційний канал та проникаюча здатність найбільш високо виражені в 1-ий період падають в 2-ій і підвищуються в 3-ій період;

– раціональний канал єдиний у хірургів, що максимальні значення має у 2-му періоді.

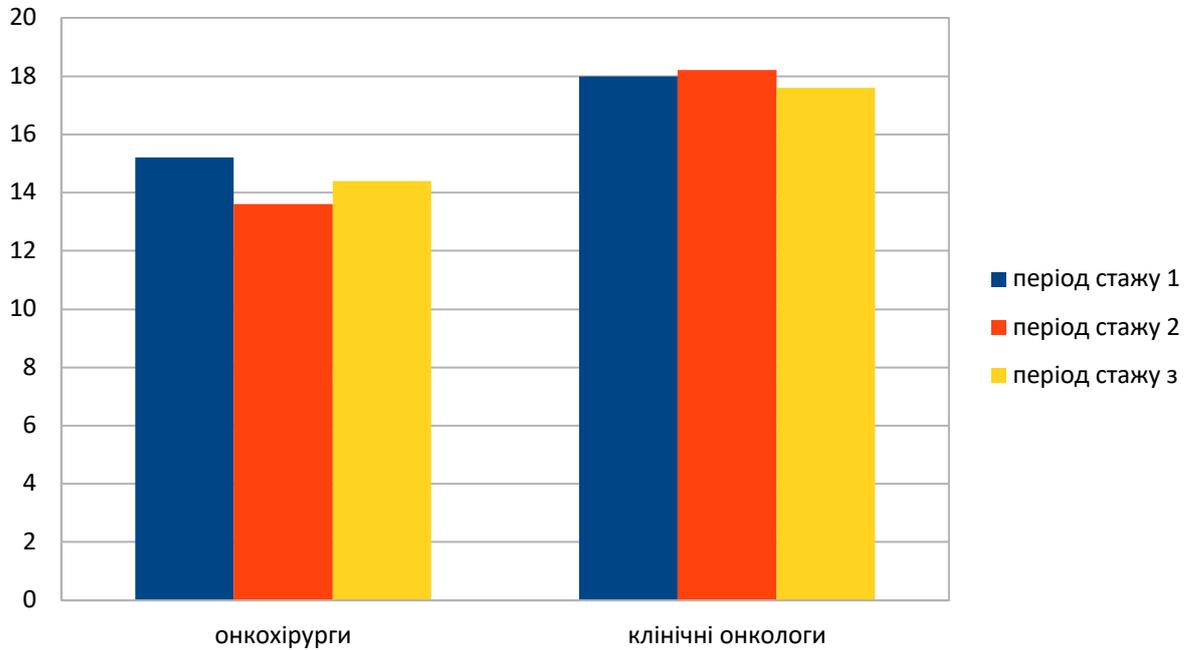
Таким чином, у хірургів аналіз динаміки розвитку емпатії протягом професійного життя показує зниження вираженості емпатії у 2-ий стажовий період, період максимальною ефективності діяльності (рис. 2.10-2.12).



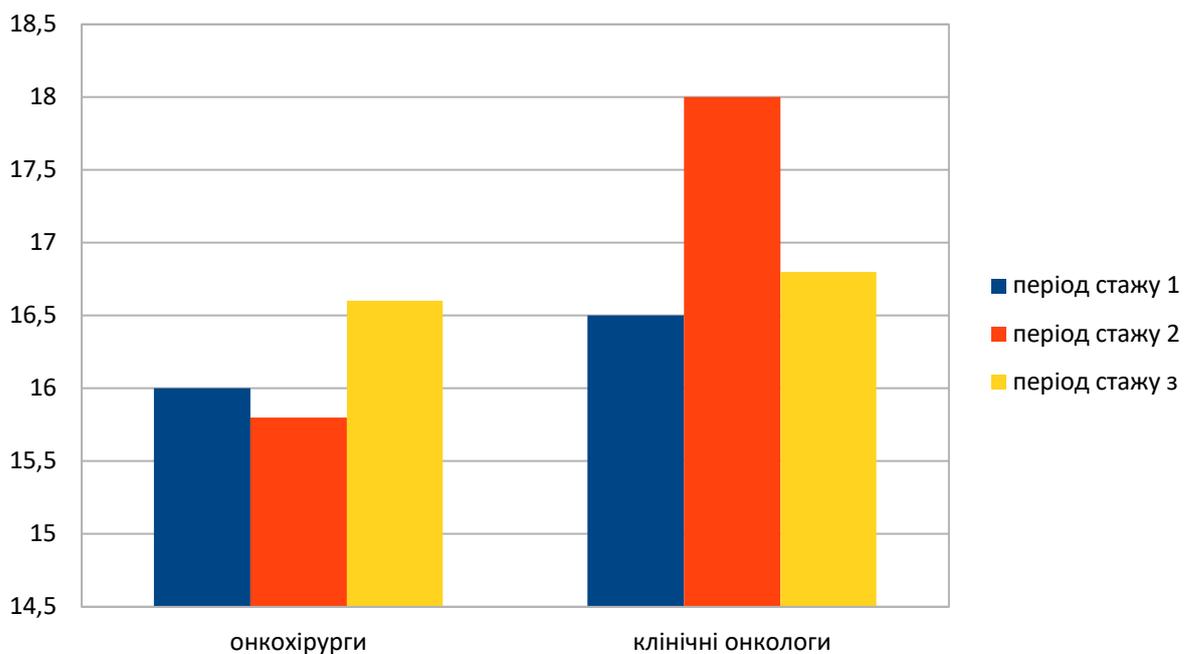
**Рис. 2.10. Виразність полікомунікативної емпатії протягом професійної діяльності для клінічних онкологів і хірургів в абсолютних значеннях**

Отримані дані дають змогу виснувати про те, що: динаміка розвитку спільного рівня емпатії у клінічних онкологів показує зростання вираженості від 1-го періоду до максимальному розвитку у 2-ий період і зниження в 3-ій період, тобто емпатія найбільш виражена в найефективніший період діяльності (2-ий стажовий період); динаміка розвитку загального рівня емпатії у хірургів показує найменші значення в максимально ефективний період діяльності (2-ий стажовий період) та зростає до 3-го періоду; динаміка розвитку загального рівня емпатії у хірургів показує найменші значення в максимально ефективний період діяльності (2-ий стажовий період) та зростає до 3-го періоду; у клінічних онкологів загальна

тенденція підвищення окремих показників полікомунікативної емпатії та емпатичних здібностей у 2-ий період; у хірургів загальна тенденція підвищення окремих показників полікомунікативної емпатії та емпатичних здібностей у 3-ій період.



**Рис. 2.11. Виразність емпатичних здібностей протягом професійної діяльності для клінічних онкологів і хірургів в абсолютних значеннях**



**Рис. 2.12. Виразність спільного рівня емпатії протягом професійної діяльності для клінічних онкологів і хірургів в абсолютних значеннях**

Таким чином, можна прийти до остаточного висновку, що емпатія надає вплив на ефективність діяльності і клінічних онкологів, і онкохірургів, але цей вплив різноспрямований. Він полягає в тому, що чим менше виражена емпатія у хірургів, тим вища ефективність їхньої діяльності і чим вище виражена у клінічних онкологів емпатія, тим вища ефективність їх діяльності.

У своїй роботі ми розглядали емпатію як цілісне інтегративне явище, яке поєднує розуміння емпатії як феномена пізнання, відносин і поведінки, реалізоване через розуміння емоційного стану іншої людини, співпереживання чи співчуття, яке відчуває суб'єкт емпатії у відношенні до іншої особи, яка активно допомагає поведінці суб'єкта.

Встановивши характер і ступінь впливу емпатії на ефективність клінічних онкологів, ми визначили, що в їх діяльності реалізуються всі три складові емпатії: як розуміння, що виражається в максимальному розвитку в період найбільшої ефективності раціонального каналу, установок, що сприяють емпатії, як переживання, що реалізується через емоційний канал, емпатію до героїв художніх творів тваринам і як поведінку, що допомагає, представлену в вигляді емпатії до малознайомих людей. Але провідну роль в розвитку емпатії клінічних онкологів відіграє емоційний канал.

Розглядаючи емпатію як таке інтегративне та цілісне явище, будемо говорити про те, що емпатія є для клінічних онкологів професійно важливою якістю, тому що в їх діяльності вона розкривається через усі три взаємодіючих компонента, які надають позитивний вплив на результативність діяльності.

Аналіз характеру та ступеня впливу емпатії на ефективність діяльності онкохірургів показав, що в професійної практиці емпатія хірургів розкривається тільки через два компонента: когнітивний та поведінковий. Перший виражається через раціональний канал та установки, що сприяють емпатії, другий через – емпатію до малознайомих людей, але яка значно менш виражена, ніж у клінічних онкологів. Провідна роль належить когнітивним каналам. Тому ми можемо говорити, що в їхній діяльності емпатія реалізується лише як феномен пізнання та поведінки. Поставивши на чільне вивчення емпатію

як комплексне явище у діяльності онкохірургів, ми можемо назвати її професійно важливою якістю в праці онкохірурга. Набагато більшого значення у професійній практиці онкохірурга має контроль над своїми емоціями.

## ВИСНОВКИ

На підставі узагальнення результатів дослідження та їх інтерпретації були зроблені такі висновки:

1. Емпатія в медичній практиці є надзвичайно ефективною і здійснює великий вплив на успішність лікування та подальші сприятливі прогнози перебігу хвороби. Оперативні та консервативні методи лікування хоча і мають спільне завдання в сприянні одужанню людини, проте характеризуються різною спрямованістю їх діяльності. Характер взаємин пацієнта та хірурга, і пацієнта та клінічного онколога відображає специфіку професійної діяльності, що виражається в короткочасності контактів та наявності прямої небезпеки для життя в першому випадку, і їх тривалістю та відсутністю видимої небезпеки у другому. Емпатія клінічних онкологів та хірургів може бути описана як спільними особливостями так і специфічними для кожної спеціалізації.

2. Показано взаємозв'язок ефективності діяльності з рівнем розвитку емпатії: у клінічних онкологів – чим вища емпатія, тим вища ефективність їхньої діяльності. Встановлений взаємозв'язок дозволяє зробити висновок, що для клінічних онкологів емпатія є професійно важливою якістю. Для хірургів характерна зворотна залежність: чим менший рівень прояву емпатії, порівняно з клінічними онкологами, тим вищою виявляється ефективність їх діяльності, що не дозволяє вважати емпатію професійно важливою якістю хірурга.

3. Специфіка емпатії клінічних онкологів та онкохірургів полягає в тому, що емпатія у клінічних онкологів більш виражена, ніж у хірургів, що доводять кількісні, якісні та структурні показники емпатії клінічних онкологів.

Специфічною особливістю емпатії клінічних онкологів є виразність провідних каналів емпатії в вигляді афективних компонентів як у формі співчуття і співпереживання реальним людям, так і в формі співчуття до вигаданих об'єктів. А специфіка емпатії онкохірургів полягає в когнітивному характері провідних каналів емпатії і відображає значення емпатії в праці онкохірурга лише у вигляді загальних установок, що сприяють емпатії. У процесі вивчення

структури емпатії клінічних онкологів та онкохірургів виявлено подібні зв'язки, які свідчать про загальну спрямованість лікарів усіх спеціальностей на встановлення з пацієнтами відносин співробітництва, які неможливі без емпатії.

4. Специфіка емпатії клінічних онкологів та онкохірургів відображає характер їх діяльності і полягає в тому, що емпатія у клінічних онкологів більш виражена, ніж у хірургів, що доводять кількісні, якісні та структурні показники виразності емпатії клінічних онкологів. Хоча обстежувані групи клінічних онкологів і онкохірургів мають середній (нормативний) рівень розвитку емпатії, що дозволяє їм уникати труднощів, характерних для високоемпатійних людей з їх небезпекою емоційного вигорання.

Специфічною особливістю емпатії клінічних онкологів є вираженість провідних каналів емпатії у вигляді афективних компонентів як у формі співчуття і співпереживання реальним людям, так і в формі співчуття до вигаданих об'єктів.

Специфіка емпатії хірургів полягає як в когнітивному характері провідних каналів емпатії, так і в наявності спонукального мотиву дій, характерного для всіх лікарських спеціалізацій. Когнітивна форма емпатії займає найнижчий ступінь у структурі емпатії та відображає значення емпатії в праці онкохірурга лише в вигляді загальних установок, що сприяють емпатії.

Виявлені в процесі вивчення структури емпатії клінічних онкологів та онкохірургів подібні зв'язки, свідчать про загальну спрямованість лікарів всіх спеціальностей для встановлення з пацієнтами відносин співробітництва, які неможливі без присутності емпатії.

5. Встановлено, що емпатія як інтегративне явище є для клінічних онкологів професійно важливою якістю, що розкривається в їх діяльності через три взаємодіючі і взаємопроникні компоненти: розуміння, переживання і допомагаюча поведінка, які в сукупності здійснюють позитивний вплив на результативність діяльності. У професійній практиці онкохірургів емпатія розкривається тільки як феномен пізнання та поведінки, а отже не є професійно важливою якістю хірурга.

Перспективи подальших теоретико-емпіричних досліджень вбачаємо у поглибленому вивченні структурних характеристик емпатії онкохірургів, метою подолання суперечливих даних щодо динаміки розвитку емпатії в ході професіоналізації, вивченням розвитку емпатії в період навчання й інтернатури.

Окремого вивчення заслуговує розвиток емпатії в період завершення професійної діяльності, коли, за нашими даними, емпатія і клінічних онкологів, і онкохірургів знижується. Також уточнення вимагає значення емпатії в діяльності лікарів інших спеціалізацій, особливо це стосується лікарів технономічного спрямування: фахівців з променевої діагностики, рентгенологів тощо.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛДЕРЕЛ

1. Актаєва М. Г. Емпатія як необхідна професійна навичка практикуючого психолога. *Наукові перспективи*. 2023. № 3(33).С. 301-310.
2. Астремська І. В. Професійне вигорання лікарів-психотерапевтів та психіатрів. *Габітус*. 2020. Т. 2. №13. С.169-175.
3. Безкоровайна А. М. Емпатія як засіб забезпечення якості медичної допомоги. *Збірник наукових праць Національного університету «Острозька академія». Серія «Філологічна»*. 2019. Вип.7. С. 13-16.
4. Безкоровайна, А. М. Емпатія як складова професійної компетентності лікаря. *Вісник Харківського національного медичного університету*. 2019. Вип. 112. С. 25-28.
5. Беленька І. В. Емпатія як професійна компетенція лікаря. *Збірник наукових праць Харківського національного медичного університету*. 2017. Вип. 29(2). С. 127-129.
6. Белова О.В. [Ембодімент-підхід та ембодімент-пізнання: досвід вивчення й перспективи](https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.1.1). *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія*. 2024. № 1. С. 7-11. URL: DOI <https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.1.1>
7. Білінський Б. Морально-етичні аспекти клінічної онкології. За ред. Ярослава Шпарика і Адріани Гайдук. Львів : Каменяр, 2023. 120 с.
8. Бояндіна Г.С. Філософське розуміння біологічних засад феномену емпатії. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. 2010. Вип. 97. С. 3-8.
9. Вавринів О. С. Становлення поняття емпатії в психології. *Теорія і практика сучасної психології: збірник наукових праць Класичного приватного університету*. Запоріжжя: КПУ, 2019. № 2. Т. 1. С. 28-31.
10. Вавринів О.С. Яремко Р.Я. Основи психологічного консультування: навч. посібник. Львів : ЛДУ БЖД, 2020. 112 с.
11. Вакалюк Ю. С., Беленька І. В. Вплив емпатії на якість медичної допомоги та задоволеність пацієнтів. *Медична освіта*. 2018. Вип. 3, С. 48-51.

- 12.Владимирова В. І., Моргун Н. І. Емпіричне дослідження емпатійних здібностей майбутніх медиків у структурі їх професійної компетентності. *Психологія і особистість*. 2023. - № 1 (23). С. 109-118. URL: <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2023.1.274736>
- 13.Вячеславова О. А., Пошкурлат А. В. Емпатія у допомагаючих професіях як контекст для характеристики лікарської емпатії. *Філософія релігії та медицини в постсекулярну добу матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої пам'яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького) 11 – 12 червня 2024 р., Київ*. С. 118- 123. URL: <http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/12671/1/ЕМПАТІЯ%20У%20Д%20ОПОМАГАЮЧИХ%20ПРОФЕСІЯХ%20ЯК%20КОНТЕКСТ.pdf>
- 14.Гайворонська О. В., Беленька, І. В. Розвиток емпатії у студентів медичних спеціальностей: проблеми та перспективи. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2020. Вип. 24(4), С. 598-601.
- 15.Ганаба С. Емпатія у феноменології Е. Штайн: теоретичні засади та можливості використання у програмах соціально-психологічної реабілітації. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : Психологічні науки*. 2019. № 2. С. 54-67.
- 16.Гнезділов Д.Ю. Особливості внутрішньої структури емпатії. *Наука і освіта*. 2013. №1-2. С. 22-26.
- 17.[Гор](https://www.healthysimulation.com/uk/чути-голоси-психіатричне-моделювання/) Тереза Психіатричне моделювання слуху голосів сприяє клінічній емпатії учня. Вересень 2, 2024. HealthySimulation.com! URL: <https://www.healthysimulation.com/uk/чути-голоси-психіатричне-моделювання/> (Дата звернення: 01.06.2024).
- 18.Гриньова Н. М. Емпатія як засіб зменшення стомленості лікарів та покращення їхньої ефективності. *Медицина та освіта в XXI столітті*. 2017. Вип.1, С. 75-77.
- 19.Гусакова І. В. Емпатія у сфері медичної освіти – діагностичні інструменти. *Медична освіта*. 2013. № 1. С. 51-54.

20. Демчук О. О., Дружиніна І. А. Термінологічні аспекти емпатії. *Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. Вип. 1. 2018, Київ. С. 95-102.
21. Діденко Г. В. Емпатія як фактор успішної комунікації лікаря з пацієнтом. *Український медичний часопис*. 2020. Вип. 5(125), С. 80-82.
22. Дмитрук М. Ю. Практичні аспекти застосування емпатії в роботі лікаря загальної практики. *Медицина сьогодні і завтра*. 2018. Вип. 2, С. 50-53.
23. Додонов Б. І. В світі емоцій. Київ: Політвидав., 1987. 271 с.
24. Єременко О. М., Палій О. М. Філософсько-психологічне дослідження особистості : навчально-методичні рекомендації (для студентів факультету психології, політології та соціології НУ «ОЮА»). Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2021. 44 с.
25. Єрмакова З. І. Емпатія як критерій сформованості комунікативної компетентності. *Вісник післядипломної освіти*. 2010. Вип. 1(1). С. 73–78.
26. Єрмакова С.С., Байрамова О.В., Доскач С.С. Психологія міжособистісних відносин: роль емпатії та спілкування. *Перспективи та інновації науки. Сер. Психологія*. № 1(35) 2024. С. 511-521. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/view/8630/8677>
27. Жадько В. А. Емпатія: соціально-філософський підхід до проблеми. *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. 2010. Вип. 23, № 1. С. 110-113.
28. Ждан В. М., Шилкіна Л. М., Беляєва О. М. Навички клінічного спілкування у професійній діяльності лікаря. *Полтавський державний медичний університет*. 2021. Том 25, № 3-4. С 18-23.
29. Журавльова Л. П. Діагностика емпатії особистості дорослого віку. *Психологічні перспективи. Спе. Вип.. 73. Психологічні виміри українського соціокультурного простору*. 2011. С. 12-19.
30. Журавльова Л. П. Емпатійні ставлення та їх класифікація. *Соціальна психологія*. 2008. № 5(31). С. 39 – 46.

31. Журавльова Л.П. Методологічні засади дослідження емпатії людини. *Вісник Прикарпатського ун-ту. Філософські та психологічні науки*. 2008. С. 152–155.
32. Журавльова М.П. Психологія емпатії : монографія. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2007. 328 с.
33. Задорожна А. С. Теоретичний аналіз проблеми самоактуалізації особистості у психологічних наукових підходах. *Науковий вісник ХДУ Серія Психологічні науки*. № 3. 2024. С. 30- 37. URL: [DOI 10.32999/ksu2312-3206/2024-3-4](https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2024-3-4)
34. Іванотчак Н. І. Емпатія в аспекті когнітивних категорій градуальності, оцінки та норми. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія : Філологія*. 2015. Вип. 16. С. 112-116.
35. Іллющенко С. Ю. Психологічний зміст феномена рефлексії як властивості, процесу, стану. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. № 4(57). С. 32–43.
36. Калина Н. Ф. Емпатія, емоції та несвідоме. *Наука і освіта*. 2008. № 8/9. С. 57–61.
37. Карпенко З. Аксіологічна психологія особистості: монографія. Івано-Франківськ : ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», 2018. 720 с.
38. Кириленко Т. С. Пошук гармонії: емоційні переживання та стани особистості (вчинково-орієнтований підхід). Київ: Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2004. 100 с.
39. Кирилюк І. М. Емпатія та форми її прояву. *Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України*. Київ: 2002, Т.4, Ч. 6. С. 99- 103.
40. Клименко В. А., Дробова Н. М. Значення етики наукових досліджень в медичній галузі. *Збірник матеріалів I Всеукраїнської науково-практичної конференції «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (20-21 лютого 2020 року)*.

- Запоріжжя: ЗДМУ, 2020. С. 12- 13. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/11572/1/Спиця%20Карабута.pdf>
41. Ковальова О. А. Взаємозв'язок емпатії та професійного задоволення лікарів загальної практики. *Міжнародний науковий журнал «Інтернаука»*. 2018. Вип.4(27). С. 8-11.
42. Козляковський П.А. Загальна психологія: Навч. посібник: В 2 т. 2-ге вид., доп. і переробл. Т. II. Миколаїв: Вид-во МДГУ ім. П. Могили, 2004. 240 с.
43. Кокун О. М. Психологія професійного становлення сучасного фахівця: монографія. К.: ДП «Інформ.-аналіт. агентство, 2012. 200 с.
44. Колісник І.А., Панькевич А.І., Гоголь А.М. Становлення емпатичного лікаря: сучасні погляди і виклики. *Український стоматологічний альманах*. 2022. № 4. С. 68- 72. URL: DOI: [10.31718/2409-0255.4.2022.12](https://doi.org/10.31718/2409-0255.4.2022.12)
45. Коломієць Т. В. Емпатія та мотиви міжособистісної взаємодії. *Наука і освіта*. 2014. № 5. С. 151-157.
46. Корнієнко Інокентій, Барчі Беата. Саморегуляція емоційного стану як основа формування майбутнього фахівця. *Слобожанський науковий вісник. Серія Психологія*. Вип. 1. 2024. С. 80- 84. URL: DOI <https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.1.14>
47. Кравчук С.Л. Особливості зв'язку емпатії зі схильністю до прощення. *Габітус*. 2020. Вип. 18. Т.1. С. 117-121.
48. Кріль Л. Як працює емпатія. – URL: <https://readli.net/chitatonline/?b=1005402&pg=3> (дата звернення 22.05.2024).
49. Кротенко В. І. Проблема емпатії в психологічній літературі. *Збірник наукових праць НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія: Психологія*. 2001. Вип. 12. С. 89–96.
50. Куліш, О. В., & Сіпко, Л. О. Вплив емпатії на формування синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2022. № 1. С. 32-36. URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.1.6>

51. Лебідь Н.К., Бреус Ю.В. Базисні переконання як індивідуальний вектор цілеспрямованої активності особистості. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України, 2013: Психологічні науки*. Вип. 5. URL: [https://www.researchgate.net/publication/340487350\\_Bazisni\\_perekonanna\\_ak\\_individualnij\\_vektor\\_cilespravovanoi\\_aktivnosti\\_osobistosti](https://www.researchgate.net/publication/340487350_Bazisni_perekonanna_ak_individualnij_vektor_cilespravovanoi_aktivnosti_osobistosti)
52. Леухіна А. Г. та ін. Людяність та емпатія в охороні здоров'я. Посібник для викладачів. Київ : Майстер-книга, 2022. 364 с. URL: <https://mededu.org.ua/wp-content/themes/metheme/assets/pdf/lib7.pdf>
53. Лисенко Л. М. Емпатія як компонент професійної компетентності у майбутніх психологів. *I International Scientific and Practical Conference "Education and science of today: intersectoral issues and development of sciences"*. - Volume 3. - March 19, 2021. Cambridge, UK. С. 147-149. URL: DOI [10.36074/logos-19.03.2021.v.3.46](https://doi.org/10.36074/logos-19.03.2021.v.3.46)
54. Лісун Ю.Б., Гуляс Д. А., Полюхович Л. М. Передопераційна тривога – сила тяжіння чи архімедова сила в резервуарі хвороби. *PAIN, ANAESTHESIA & INTENSIVE CARE*. № 2 2024. С. 40- 46. URL: [DOI: 10.25284/2519-2078.2\(107\).2024.308309](https://doi.org/10.25284/2519-2078.2(107).2024.308309)
55. Матюх Т. Поняття «емпатія»: витоки та трансформації в історико-філософському процесі. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія : Філософія*. 2015. Вип. 17. С. 87-91.
56. Меленчук Н.І, Синенко О.І. Адаптивні можливості осіб з різним рівнем життєстійкості. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. Том 34 (73). № 2. 2023. С. 6-12. DOI <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.2/02>
57. Методика діагностики полікомунікативної емпатії : [електрон. ресурс]. URL: <https://studfile.net/preview/5186358/page:40/>
58. Методика діагностики рівня емпатичних здібностей : [електрон. ресурс]. URL: [https://www.eztests.xyz/tests/personality\\_empat\\_abilities/](https://www.eztests.xyz/tests/personality_empat_abilities/)

59. Мітіна С.В. Емпатія як професійно важлива якість медичного фахівця. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Сер. Психол. науки.* Вип. 1. Т. 1. 2017. С. 83-88. URL: <file:///C:/Users/Oksana/Downloads/184-Текст%20статті-392-1-10-20191003.pdf>
60. Моргун В. Ф. Емоційний інтелект у багатовимірній структурі особистості. *Постметодика.* 2010. №6 (97). С. 2-15.
61. Навички емпатії (короткий опис, приклади). [lt.multycourse.com.ua](http://lt.multycourse.com.ua) : веб-сайт. URL : [http://lt.multycourse.com.ua/ua/print\\_page/theme/9](http://lt.multycourse.com.ua/ua/print_page/theme/9) (дата звернення: 01.010.2024).
62. Немінський І. Суб'єктний ресурс особистості в психологічній теорії. *Науковий журнал «Психологічні травелогі».* 2024. № 2. С. 173- 183.
63. Никуляк О. Г. Сутність поняття «емпатія», його основні характеристики. *Наука майбутнього.* 2020. Вип. 1(5). С. 126-133.
64. Носенко Е. Л. Емоційний інтелект: концептуалізація феномену, основні функції: монографія. Київ: Вища школа, 2003. 126 с.
65. Орищенко О. А. Диференційно-психологічний аналіз емпатії: дис. ... кандидата психол. наук : 19.00.01. Одеса, 2004. 200 с.
66. Павелків Р. В. Рефлексія як механізм формування індивідуальної свідомості та діяльності особистості. *Вісник післядипломної освіти : зб. наук. праць.* 2019. № 8(37). С. 84–98.
67. Павлюк Т. М. Емпатійні чинники професійної адаптації медичних сестер : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук : спец. 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія». Івано-Франківськ, 2007. 22 с.
68. Поплавська С. Д. Етика професійної взаємодії медпрацівника і хворого. *Комп'ютерно інтегровані технології : освіта, наука, виробництво.* 2013. Вип. 11. С. 121–127.
69. Психічне здоров'я особистості: підручник для вищих навчальних закладів / С.Д. Максименко, Я.В. Руденко, А.М. Кушнерьова, В.М. Невмержицький. Київ: «Видавництво Людмила», 2021. 438 с. URL:

[https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/733985/1/2\\_Психічне%20здоров%20Кушнар%20Невмерж.pdf](https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/733985/1/2_Психічне%20здоров%20Кушнар%20Невмерж.pdf)

- 70.Рябовол Т. А. Позитивні та негативні прояви емпатії в процесі соціалізації. *Соц. психологія*. 2005. № 4. С. 113–120.
- 71.Рябовол Т. А. Традиційні та нові підходи до проблеми розвитку емпатії. *Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. пр.* 2011. 13, Ч. 5. С. 315–322.
- 72.Сакалюк О. П. Емпатія як соціально-психологічний феномен. *Наукові записки Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова. Серія : Педагогічні та історичні науки*. 2013. Вип. 110. С. 147-153.
- 73.Саннікова О. П. Емоційність у структурі професійних властивостей особистості (з прикладу представників соціономічних професій): *дис... д-ра психол. наук: 19.00.01*. Київ, 1996. 407 с.
- 74.Слободяник Н.В. Стресостійкість як психологічний ресурс особистості в ситуації змін. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. Том 35 (74) № 4 2024. С. 91- 95. URL: DOI <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.4/14>
- 75.Солодухова Л. В. Емпатія в світлі різних теоретичних підходів. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2011. Вип. 41. С. 204-211.
- 76.Спиця Н. В., Карабута А. Д. Проблема емпатії у філософії та медицині. *Збірник матеріалів I Всеукраїнської науково-практичної конференції «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (20-21 лютого 2020 року)*. Запоріжжя: ЗДМУ, 2020. С. 63-66. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/11572/1/Спиця%20Карабута.pdf>
- 77.Татенко В. *Методологія суб'єктно-вчинкового підходу: соціально-психологічний вимір: монографія*. К. : Міленіум, 2017. 184 с.

- 78.Татьянчиков А.О., Цільмак О.М., Яковенко В.Ю. Психологічні особливості переживання пацієнтами онкологічного захворювання. *Психофізіологія та медична психологія. Габітус. Видавничий дім «Гельветика»*, 2024. Вип. 58. С. 286-290.
- 79.Теміргалієв Е. Психологічний простір та емпатія як предиктори задоволеності особистості. *Věda a perspektivy* № 6(37) 2024. С. 216- 227. URL: [https://doi.org/10.52058/2695-1592-2024-6\(37\)-216-227](https://doi.org/10.52058/2695-1592-2024-6(37)-216-227)
- 80.Титаренко Т. М. Моє майбутнє залежить від мене: практики здорового сьогодення у воєнних і повоєнних умовах [Електронний ресурс] : монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД , 2024. 130 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/740719/1/Tytarenko%20Т.М.%20My%20future%20depends%20on%20me-Practices%20of%20healthy%20living%20in%20wartime%20and%20post-war%20conditions-%28monograph-2024%29.pdf>
- 81.Узлова А. Д. Емпатія як спосіб розуміння іншої людини: позитивні та негативні сторони. *Радіоелектроніка та молодь у ХХІ столітті : матеріали 25-го Міжнар. молодіжн. форуму, 20-22 квітня 2021 р.* Харків : ХНУРЕ, 2021. Т. 8. С. 136–137.
- 82.Федотова Т. Переживання морального дистресу медсестрами: психологічний дискурс проблеми. *Матеріали I Міжнародної науковопрактичної конференції, присвяченої 150-літтю Наукового Товариства Шевченка (НТШ) «Лікарі та медсестринство – медичний фронт в Україні та світі»*. Луцьк, 2023. С. 120-124.
- 83.Хижняк М. В. Емпатія як фактор ефективності міжособистісних взаємин між медичними працівниками та пацієнтами. *Вісник проблем біології і медицини*. 2016. Вип. 1(1). С. 26-28.

84. Чаплак Я. В. Проблема емпатії в психології та її важливість у професійному становленні психолога. *Психологічний журнал*. № 5 (15). 2018. С. 23-39. URL: <https://doi.org/10.31108/1.2018.5.15.2>
85. Шелер М. Сутність моральної особистості. Сучасна зарубіжна філософія. Течії і напрями. Хрестоматія : навч. посібник / упорядники В. В. Лях, В. С. Пазенок. Київ : Ваклер, 1996. С. 10–30.
86. Шляхта В.М. Вплив соціальної рефлексії психолога-консультанта на якість надання психологічної допомоги. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. Том 35 (74) № 1 2024. С. 36-41.
87. Шульга Д.М. Психологічний аналіз поняття «асертивність» у працях вітчизняних та зарубіжних науковців. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ (серія психологічна)*. № 1 . 2024. С. 90-96. URL: DOI <https://doi.org/10.32782/2311-8458/2024-1-13>
88. Юдіна О. М. Психологічні особливості формування емпатійності майбутніх лікарів: автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.01. Київ, 2004. 17 с.
89. Abbott, L. C. A study of humanism in family physicians. *The Journal of Family Practice*. 1983. № 16. P. 1141 – 1146.
90. Baumann, A. O., Deber, R. B., Silverman, B. E., & Mallette, C. M. Who cares? Who cures? The ongoing debate in the provision of health care. *Journal of Advanced Nursing*. 1998. 28. P.1040 – 1045.
91. Book, H. E. Empathy: Misconceptions and misuses in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*. 1988. 145. P. 420 – 424.
92. Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Veloski, J. J., & Magee, M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Academic Medicine*. 2002. 77 p.
93. Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Nasca, T. J., & Magee, M. Physician empathy in medical education and practice: Experience with the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Seminars in Integrative Medicine*. 2003. 1. P. 25 – 41.
94. Kenny, D. T. Determinants of patient satisfaction with the medical

- consultation. *Psychology and Health*. 1995. 10. P. 427 – 437.
95. Sox, H. C. Medical professionalism in the new millennium: A physician charter. *Annals of Internal Medicine*. 2002. 136. P. 243 – 246.
96. Spiro, H. *The power of hope: A doctor's perspective*. New Haven Conn: Yale University Press. 1998. 289 p.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### Методика «Діагностика рівня полікомунікативної емпатії»

**Мета:** визначення рівня прояву емпатичних тенденцій.

**Обладнання:** папір і ручка.

**Інструкція.** Опитувальник включає 6 діагностичних шкал емпатії, що виражають ставлення до батьків, тварин, людей похилого віку, дітей, героїв художніх творів, знайомих і незнайомих людей. В опитувальнику 36 тверджень, кожне з яких слід оцінити. Якщо ви відповіли «не знаю», то вашій відповіді приписується 0 балів; «ні, ніколи» – 1; «іноді» – 2, «часто» – 3; «майже завжди» – 4; «так, завжди» – 5.

Ваші відповіді не будуть оцінюватися як гарні чи погані, тому просимо виявити відвертість. Над твердженнями не слід довго роздумувати. Достовірні відповіді ті, котрі першими прийшли в голову.

**Призначення.** В опитувальнику 36 тверджень, по кожному з яких випробовуваний повинен оцінити, якою мірою він з ним згоден або не згоден, використовуючи 6 варіантів відповідей: «не знаю», «ніколи» або «ні», «іноді», «часто», «майже завжди», «завжди» або «так». Кожному варіанту відповіді відповідає числове значення: 0, 1, 2, 3, 4, 5.

**Інструкція.** Пропонуємо оцінити кілька тверджень. Ваші відповіді не будуть оцінюватися як хороші чи погані, тому просимо проявити відвертість. Над твердженнями не слід довго роздумувати. Достовірні відповіді ті, які першими прийшли в голову. Прочитавши в опитувальнику твердження, відповідним номером відзначте у відповідному аркуші вашу думку під однією з шести градацій: «не знаю», «ніколи» або «ні», «іноді», «часто», «майже завжди», «завжди» або «так». Жодне з тверджень пропускати не можна.

Якщо в процесі роботи у випробуваного виникнуть питання, то експериментатор повинен дати роз'яснення так, щоб випробуваний не виявився зорієнтованим на ту чи іншу відповідь.

Текст опитувальника

№ п/п	ТВЕРДЖЕННЯ	НЕ ЗНАЮ	НІ, НІКОЛИ	ІНОДІ	ЧАСТО	МАЙЖЕ ЗАВЖДИ	ТАК, ЗАВЖДИ
1.	Мені більше подобаються книги про подорожі, ніж книги із серії «Життя чудових людей».						
2.	Дорослих дітей дратує турбота батьків.						
3.	Мені подобається роздумувати про причини успіхів і невдач інших людей.						

4.	Серед всіх музичних телепередач надаю перевагу «Сучасним ритмам».							
5.	Надмірну дратівливість і несправедливі докори хворого треба терпіти, навіть якщо вони тривають роками.							
6.	Хворій людині можна допомогти навіть словом.							
7.	Стороннім людям не слід втручатися в конфлікт між двома особами.							
8.	Старі люди, як правило, образливі без причин.							
9.	Коли я в дитинстві слухав сумну історію, на мої очі самі по собі наверталися сльози.							
10.	Роздратований стан моїх батьків впливає на мій настрій.							
11.	Я байдужий до критики на мою адресу.							
12.	Мені більше подобається розглядати портрети, ніж картини з пейзажами.							
13.	Я завжди пробачав все батькам, навіть якщо вони були неправі.							
14.	Якщо кінь погано тягне, його треба шмагати.							
15.	Коли я читаю про драматичні події в житті людей, то відчуваю, ніби це відбувається зі мною.							
16.	Батьки ставляться до своїх дітей справедливо.							
17.	Коли я бачу підлітків або дорослих, які сваряться, я втручаюся.							
18.	Я не звертаю уваги на поганий настрій своїх батьків.							
19.	Я подовгу спостерігаю за поведінкою тварин, відкладаючи інші справи.							
20.	Фільми і книги можуть викликати сльози тільки у несерйозних людей.							
21.	Мені подобається спостерігати за виразом обличчя і поведінкою незнайомих людей.							
22.	У дитинстві я приводив додому бездомних кішок і собак.							
23.	Всі люди необґрунтовано сердиті.							
24.	Дивлячись на сторонню людину, мені хочеться вгадати, як складеться її життя.							
25.	У дитинстві молодші за віком ходили за мною по п'ятах.							
26.	При вигляді покаліченої тварини я намагаюся їй чим-небудь допомогти.							
27.	Людині стане легше, якщо уважно вислухати її скарги.							
28.	Побачивши вуличну пригоду, я намагаюся не потрапляти в число свідків.							

29.	Малюкам подобається, коли я пропоную їм свою ідею, справу або розвагу.						
30.	Люди перебільшують здатність тварин відчувати настрій свого господаря.						
31.	Зі скрутної конфліктної ситуації людина повинна виходити самотійно.						
32.	Якщо дитина плаче, на те є свої причини.						
33.	Молодь повинна завжди задовольняти будь-які прохання і дивацтва старих..						
34.	Мені хотілося розібратися, чому деякі мої однокласники були так замислені.						
35.	Бездомних тварин слід знищувати.						
36.	Якщо мої друзі починають обговорювати зі мною свої проблеми, то я намагаюся перевести розмову на іншу тему.						

Обробку результатів слід починати з визначення достовірності даних. Для цього необхідно підрахувати, скільки відповідей певного типу дано на зазначені номери твердження опитувальника: «не знаю»: 2, 4, 16, 18, 33; «завжди або так»: 2, 7, 11, 13, 16, 18, 23.

Крім того, слід виявити: скільки разів відповідь типу «завжди» або «так» отримано на обидва твердження в наступних парах: 7 і 17, 10 і 18, 17 і 31, 22 і 35, 34 і 36; скільки разів відповідь типу «завжди» або «так» отримано для одного з тверджень, а відповідь типу «ніколи» або «ні» для іншого в наступних парах: 3 і 36, 1 і 3, 17 і 28.

Після цього підсумовуються результати окремих підрахунків. Якщо загальна сума 5 або більше, то результат дослідження недостовірний; при сумі, що дорівнює 4, результат сумнівний; якщо ж сума не більше 3, результат дослідження може бути визнаний достовірним.

При недостовірних і сумнівних результатах доцільно, якщо це можливо, з'ясувати причини відносини випробуваного до дослідження. Слід мати на увазі, що крім небажання обстежитися або прагнення навмисно давати суперечливі, нещирі відповіді, недостовірні результати можуть бути обумовлені, наприклад, порушенням деяких психічних функцій, їх розвитку, а також соціальним інфантилізмом.

При достовірних результатах дослідження подальша обробка даних спрямована на отримання кількісних показників емпатії та її рівнів.

Єдина метрична уніполярна шкала інтервалів дозволяє, користуючись ключем-дешифратором, одержати характеристику емпатії на підставі даних, які представляють всі діагностичні шкали.

Використовуючи таблицю 2, на основі оцінок балів, діагностується рівень емпатії в цілому.

Таблиця 2.

Рівень розвитку емпатії	Оцінка в цілому
Дуже високий	82-90
Високий	63-81
Середній	37-62
Низький	12-36
Дуже низький	5-11

Рівневі характеристики емпатії:

Від 82 до 90 балів - це дуже високий рівень емпатії. У вас болісно розвинене співпереживання. У спілкуванні ви, як барометр, тонко реагуєте на настрій співрозмовника, який ще не встиг сказати ні слова. Вам важко від того, що оточуючі використовують Вас як громовідвід, звалюючи на вас свій емоційний стан. Ви погано почуваетесь в присутності «важких» людей. Дорослі та діти охоче довіряють вам свої таємниці і йдуть за порадою. Нерідко відчуваєте комплекс провини, побоюючись заподіяти людям клопоти; не тільки словом, але навіть поглядом боїтеся зачепити їх. Занепокоєння за рідних і близьких не покидає вас. У той же час ви самі дуже вразливі. Можете страждати при вигляді покаліченої тварини або не знаходите собі місця від випадкового холодного привітання вашого шефа. Ваша вразливість часом довго не дає заснути. Будучи засмученим, ви потребуєте емоційної підтримки з боку. При такому ставленні до життя ви близькі до невротичних зривів. Подбайте про своє психічне здоров'я.

Від 63 до 81 бала – високий рівень емпатії. Ви чутливі до потреб і проблем оточуючих, великодушні, схильні багато чого їм пробачати. З непідробним інтересом ставитеся до людей. Вам подобається «читати» їх особи і «заглядати» в їхнє майбутнє. Ви емоційно чуйні, товариські, швидко встановлюєте контакти і знаходите спільну мову. Мабуть, і діти тягнуться до вас. Оточуючі цінують вас за душевність. Ви намагаєтеся не допускати конфлікти і знаходити компромісні рішення. Добре переносите критику на свою адресу. В оцінці подій більше довіряєте своїм почуттям і інтуїції, ніж аналітичним висновкам. Віддасте перевагу працювати з людьми, ніж наодинці. Постійно потребуєте соціального схвалення своїх дій. При всіх перерахованих якостях ви не завжди акуратні в точній і кропіткій роботі. Не потрібно особливих зусиль, щоб вивести вас з рівноваги.

Від 37 до 62 балів - нормальний рівень емпатії, притаманний переважній більшості людей. Оточуючі не можуть назвати вас

«товстошкірим», але в той же час ви не належите до числа особливо чутливих осіб. У міжособистісних відносинах більш схильні судити про інших за їхніми вчинками, ніж довіряти своїм особистим враженням. Вам не чужі емоційні прояви, але частіше ви тримаєте їх під самоконтролем. У спілкуванні уважні, намагаєтеся зрозуміти більше, ніж сказано словами, але при зайвому прояву почуттів співрозмовника втрачаєте терпіння. Віддаєте перевагу делікатно не висловлювати свою точку зору, не будучи впевненим, що вона буде прийнята. При читанні художніх творів і перегляді фільмів частіше стежите за дією, ніж за переживаннями героїв. Вам не завжди легко прогнозувати розвиток відносин між людьми, тому їх вчинки часом виявляються для вас несподіваними. Ви не відрізняєтеся розкутістю почуттів, і це заважає вашому повноцінному сприйняттю людей.

Від 12-36 балів - низький рівень емпатії. Є труднощі у встановленні контактів з людьми, незатишно почуваетесь в галасливій компанії. Емоційні прояви у вчинках оточуючих часом здаються вам незрозумілими і позбавленими сенсу. Віддаєте перевагу відокремленому заняттю конкретною справою, а не роботі з людьми. Ви прихильник точних формулювань і раціональних рішень. Ймовірно, у вас мало друзів, а тих, хто є, ви цінуєте більше за ділові якості і ясний розум, ніж за чуйність і чутливість. Люди платять вам тим же: трапляються моменти, коли ви відчуваєте свою відчуженість; оточуючі не надто шанують вас своєю увагою. Але це можна виправити, якщо ви розкриєте свій панцир і станете пильніше вдивлятися в поведінку своїх близьких і приймати їх потреби як свої.

Від 11 балів і менше - дуже низький рівень. Емпатійні тенденції особистості не розвинені. Важко першим почати розмову, тримаєтеся осторонь серед товаришів по службі. Особливо важкі для вас контакти з дітьми та особами, які набагато старше вас. У міжособистісних відносинах нерідко опиняєтеся в незграбному положенні. Любите гострі відчуття, спортивні змагання, віддаєте перевагу мистецтву. У діяльності занадто центровані на собі. Ви можете бути дуже продуктивні в індивідуальній роботі, у взаємодії ж з іншими не завжди виглядаєте в кращому світлі. З іронією ставитеся до сентиментальних проявів. Болісно переносите критику на свою адресу, хоча можете на неї бурхливо не реагувати. Вам необхідна гімнастика почуттів.

Крім того, доцільно виявити сфери найвищого прояву емпатійних тенденцій у досліджуваного (ставлення до батьків, тварин, людей похилого віку, дітей, героїв художніх творів, незнайомих та малознайомих людей).

У висновках вказуються виявлені структурні особливості емпатійних орієнтацій підлітка та наводяться психологічні рекомендації по їх оптимізації.

## Додаток Б

### Методика. Діагностика рівня емпатійних здібностей

*Мета дослідження:* дослідження виявів емпатії — здатності особистості співпереживати проблемам інших людей.

*Інструкція для учасників дослідження:*

На зазначені запитання дайте відповідь (+) або (-):

1. Я маю звичку уважно вивчати обличчя і поведінку людей, щоб зрозуміти їхній характер, схильності, здібності.
2. Якщо оточуючі виявляють ознаки нервозності я, зазвичай, залишаюсь спокійним.
3. Я більше довіряю доказам свого розуму, ніж інтуїції.
4. Я вважаю цілком доречним для себе цікавитися домашніми проблемами своїх співробітників.
5. Я можу легко ввійти в довіру до людини, коли в цьому виникає потреба.
6. Зазвичай, я з першої ж зустрічі вгадую «споріднену душу» в новій людині.
7. Я з цікавості, як правило, розпочинаю розмову про життя, роботу, політику з випадковими попутниками у потязі, літаку.
8. Я втрачаю душевну рівновагу, якщо оточуючі чимось пригнічені.
9. Моя інтуїція — надійніший спосіб розуміння оточуючих, ніж знання чи досвід.
10. Виявляти цікавість до внутрішнього світу іншої особистості — нетактовно.
11. Своїми словами я часто ображаю близьких мені людей, не помічаючи цього.
12. Я легко можу уявити себе якоюсь твариною, відчутти її звички і стани.
13. Я майже не розмірковую над причинами вчинків людей, які мають до мене безпосереднє відношення.
14. Я рідко приймаю до серця проблеми своїх друзів.
15. Як правило, за кілька днів я відчуваю: щось повинно трапитися з близькою мені людиною, і очікування збуваються.
16. Спілкуючись з діловими партнерами, я зазвичай, намагаюсь уникати розмов про особисте.
17. Іноді рідні дорікають мені за черствість, неувагу до них.
18. Мені легко вдається скопіювати інтонацію, міміку людей, наслідуючи їх.
19. Мій зацікавлений погляд часто бентежить нових партнерів.
20. Чужий сміх, зазвичай, передається і мені.
21. Часто, діючи навмання, я все ж таки знаходжу правильний підхід до людини.
22. Плакати від щастя — дурниця.
23. Я здатен цілком злитися з близькою для мене людиною, ніби розчинитися в ній.

24. Мені рідко зустрічалися люди, яких би я розумів без зайвих слів.
25. Я мимоволі чи з цікавості часто підслуховую розмови сторонніх людей.
26. Я можу залишатися спокійним, навіть якщо всі навколо мене хвилюються.
27. Мені набагато легше підсвідомо відчути сутність людини, ніж зрозуміти її, «розклавши на полички».
28. Я спокійно ставлюся до дрібних неприємностей, які трапляються у когось із членів сім'ї.
29. Мені було б складно щиро і довірливо вести бесіду з настороженою, замкнутою людиною.
30. У мене творча натура — поетична, художня, артистична.
31. Я без особливої цікавості вислуховую сповіді нових знайомих.
32. Я засмучуюсь, якщо бачу людину в сльозах.
33. Моє мислення більше відрізняється конкретністю, строгістю, послідовністю, ніж інтуїцією.
34. Коли друзі починають говорити про свої неприємності, я волю перевести розмову на іншу тему.
35. Якщо я бачу, що у когось з рідних погано на душі, то, ж правило, стримуюсь від розпитувань.
36. Мені складно зрозуміти, чому дрібниці можуть так сильно засмучувати людей.

### **Обробка даних:**

Підраховується кількість правильних відповідей (відповіді до «ключа») за кожною шкалою, а потім визначається сума оцінка:

1. *Раціональний канал емпатії*: + 1, + 7, -13, + 19, +25, -31;
2. *Емоційний канал емпатії*: -2, +8, -14, +20, - 26, +32;
3. *Інтуїтивний канал емпатії*: -3, +9, +15, +21, +27, - 33;
4. *Установки, які сприяють емпатії*: +4, -10, -16, -22, -28, -34;
5. *Здатність до емпатії*: + 5, -11, - 17, - 23, -29, -35,
6. *Ідентифікація в емпатії*: +6, +12, +18, - 24, + 30, -36.

### **Інтерпретація результатів:**

Аналізуються показники окремих шкал і загальна сумарна оцінка рівня емпатії. Оцінки на кожній шкалі можуть варіюватися від 0 до 6 балів і вказувати на значущість конкретного параметру в структурі емпатії.

*Раціональний канал емпатії.* Характеризує спрямованість уваги, сприйняття і мислення емпатуючого на суть будь-якої іншої людини — її стан, проблеми, поведінку. Це спонтанний інтерес до іншої людини, який відкриває «шлюзи» емоційного та інтуїтивного її відображення. У раціональному

компоненті емпатії не слід шукати логіку чи мотивацію інтересу до іншого. Людина привертає увагу своєю буттєвістю, що дає змогу емпатуючому неупереджено виявляти її суть.

*Емоційний канал емпатії.* Фіксується здатність емпатуючого входити до емоційного резонансу з оточуючими — співпереживати, брати співучасть. Емоційна чутливість у цьому разі стає засобом «входження» до енергетичного поля партнера. Зрозуміти його внутрішній світ, прогнозувати його поведінку і ефективно впливати можливо тільки за умови енергетичного підстроювання. Співучасть і співпереживання виконують роль зв'язки, провідника від емпатуючого до емпатованого і навпаки.

*Інтуїтивний канал емпатії.* Бальна оцінка свідчить про здатність респондента бачити поведінку партнерів, діяти в умовах дефіциту вихідної інформації про них, спираючись на досвід підсвідомості. На рівні інтуїції замикаються і узагальнюються різноманітні дані про партнерів. Інтуїція, слід вважати, менше залежить від оцінювальних стереотипів, ніж усвідомлене сприйняття партнерів.

*Установки, які сприяють чи перешкоджають емпатії,* відповідно полегшують чи, навпаки, утруднюють дію всіх емпатичних каналів. Ефективність емпатії, мабуть, знижується, якщо людина намагається уникнути особистих контактів, вважає недоречним виявити цікавість до іншої особистості, переконати себе спокійно ставитися до переживань і проблем оточуючих. Такі умонастрої різко обмежують діапазон емоційної чутливості й емпатичного сприйняття. Навпаки, різноманітні канали емпатії діють активніше і надійніше, якщо з боку установок особистості немає перешкод.

*Проникаюча здатність в емпатії* розцінюється як важлива комунікативна ознака людини, яка дає змогу створювати атмосферу відкритості, сердечності, щирості. Кожний з нас своєю поведінкою і ставленням до партнерів сприяє інформаційно-енергетичному обміну чи перешкоджає йому. Розслаблення партнера сприяє емпатії, а атмосфера напруженості, штучності, підозри перешкоджає вираженню і емпатичному розумінню.

*Ідентифікація* — ще одна необхідна умова успішної емпатії. Це вміння зрозуміти іншого на основі співпереживань, постановки себе на місце партнера. В основі ідентифікації — легкість, рухливість і гнучкість емоцій, здатність до наслідувань.

Шкальні оцінки виконують допоміжну роль в інтерпретації основного показника рівня емпатії. Сумарний показник теоретично може змінюватися у межах від 0 до 36 балів. За наявними попередніми даними, можна вважати: 30 балів і вище надзвичайно високий рівень емпатії; 29—22 середній; 21—15 — заниженні; менше 14 балів дуже низький.

## Додаток В

### Опитувальник методики «Шкала емоційного відгуку» А. Меграбяна

Для дослідження емпатії використовується методика «Шкала емоційного відгуку» (Balanced Emotional Empathy Scale - BEES). Цей опитувальник був розроблений Альбертом Меграбяном (Albert Mehrabian) і модифікований Н. Епштейном. З точки зору А. Меграбяна, емоційна емпатія

- це здатність співчувати іншій людині, відчувати те, що відчуває інший, переживати ті ж емоційні стани, ідентифікувати себе з ним. Як показали дослідження, емоційна емпатія пов'язана із загальним станом здоров'я людини, його соціальною адаптованістю і відображає рівень розвитку навичок взаємодії з людьми.

Методика «Шкала емоційного відгуку» дозволяє проаналізувати загальні емпатические тенденції випробуваного, такі її параметри, як рівень вираженості здатності до емоційного відгуку на переживання іншої і ступінь відповідності/невідповідності знака переживань об'єкта і суб'єкта емпатії. Об'єктами емпатії виступають соціальні ситуації і люди, яким випробуваний міг співпереживати в повсякденному житті.

Опитувальник складається з 25 суджень закритого типу - як прямих, так і зворотних. Випробуваний повинен оцінити ступінь своєї згоди/незгоди з кожним із них. Шкала відповідей (від «повністю згоден» до «повністю не згоден») дає можливість виразити відтінки ставлення до кожної ситуації спілкування. В порівнянні з вихідним варіантом опитувальника кілька змінена шкала відповідей, складені таблиці перерахунку «сирих» балів у стандартні оцінки.

Інструкція. Прочитайте наведені нижче твердження і оцініть ступінь своєї згоди або незгоди з кожним із них (поставте позначку у відповідній графі бланка для відповідей), орієнтуючись на те, як ви зазвичай поведетеся в подібних ситуаціях.

## Бланк для відповідей до методики «Шкала емоційного відгуку»

Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_

Вік \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

№ п/п	Твердження	Відповідь			
		Згоден (завжди)	Скоріше згоден (часто)	Скоріше не згоден (рідко)	Не згоден (ніколи)
1	Я засмучуюсь, коли бачу, що незнайома людина почувається серед інших людей самотньо.				
2	Мені неприємно, коли люди не вміють стримуватися і відкрито проявляють свої почуття..				
3	Коли хтось поруч зі мною нервує, я теж починаю нервувати				
4	Я вважаю, що плакати від щастя нерозумно				
5	Я близько до серця приймаю проблеми своїх друзів.				
6	Іноді пісні про кохання викликають у мене багато почуттів.				
7	Я б сильно хвилювався (хвилювалася), якби мав (мала) повідомити людині неприємне для нього звістка.				
8	На мій настрій сильно впливають оточуючі люди.				
9	Мені хотілося б отримати професію, пов'язану з спілкуванням з людьми.				
10	Мені дуже подобається спостерігати, як люди приймають подарунки.				
11	Коли я бачу, як плаче людини, то й сам (сама) засмучуюсь.				
12	Слухаючи деякі пісні, я часом відчуваю себе щасливою (щасливим).				
13	Коли я читаю книгу (роман, повість тощо), то так переживаю, ніби все, про що я читаю, відбувається насправді.				
14	Коли я бачу, що з ким-то погано поведуться, то завжди серджуся.				
15	Я можу залишатися спокійним (спокійною), навіть якщо всі навколо хвилюються.				

16	Мені неприємно, коли люди при перегляді кінофільму зітхають і плачуть.				
17	Коли я приймаю рішення, ставлення інших людей до нього, як правило, ролі не грає.				
18	Я втрачаю душевний спокій, коли оточуючі чимось пригнічені.				
19	Я переживаю, коли бачу людей, що легко засмучуються через дрібниці.				
20	Я дуже засмучуюсь, коли бачу страждання тварин.				
21	Нерозумно переживати з приводу того, що відбувається в кіно або про що читаєш в книжці				
22	Я дуже засмучуюсь, коли бачу безпорадних старих людей.				
23	Я дуже переживаю, коли дивлюся фільм.				
24	Я можу залишитися байдужим (байдужою) до будь-якого хвилювання навколо.				
25	Маленькі діти плачуть без причини.				

### Обробка результатів.

Для обробки відповідей зручно скористатися Бланком підрахунку результатів. Обробка проводиться у відповідності з ключем. За кожен відповідь нараховується від 1 до 4 балів.

Загальна оцінка підраховується шляхом підсумовування балів. Ступінь вираженості здібності особистості до емоційного відгуку на переживання інших людей (емпатії) визначається за таблицею перерахунку «сирих» балів у стандартні оцінки шкали стенив.

*Таблиця 1.*

Таблиця перерахунку «сирих» балів у стени

Стени	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Стандартний відсоток	2,28	4,40	9,19	14,98	19,15	19,15	24,98	29,19	34,40	42,28
Чоловіки	<=45	46-51	52-56	57-60	61-65	66-69	70-74	75-77	79-83	>=84
Жінки	<=57	58-63	64-67	68-71	72-75	76-79	80-83	84-86	87-90	>=91

Аналіз і інтерпретація результатів

82-90 балів - дуже високий рівень;

63-81 бал - високий рівень;

37-62 балів - нормальний рівень;

36-12 балів - низький рівень;

11 балів і менше - дуже низький рівень.

Градацію рівнів можна проводити і всередині професійної групи, якщо це якість для її представників професійно значима.

Високі показники по здатності до емпатії перебувають у зворотному зв'язку з агресивністю і схильністю до насильства; високо корелюють з покладистістю, поступливістю, готовністю прощати інших (але не себе), готовністю виконувати рутинну роботу.

Люди з високими показниками за шкалою емоційного відгуку в порівнянні з тими, у кого низькі показники частіше:

- на емоційні стимули реагують зміною кольору шкірного покриву і почастішанням серцебиття;
- більш емоційні, частіше плачуть;
- як правило, мали батьків, які проводили з ними багато часу, яскраво проявляли свої емоції і говорили про свої почуття;
- виявляють альтруїзм в реальних вчинках, схильні надавати людям діяльну допомогу;
- демонструють аффіліативну поведінку (сприяє підтриманню і зміцненню дружніх відносин);
- менш агресивні;
- оцінюють позитивні соціальні риси як важливі;
- більш орієнтовані на моральні оцінки.

Вміння співпереживати іншим людям - цінна якість, однак при його гіпертрофії може формуватися емоційна залежність від інших людей,

хвороблива уразливість, що ускладнює ефективну соціалізацію і навіть може призводити до різних психосоматичних захворювань.

Люди з середнім (нормальним) рівнем розвитку емпатії в міжособистісних стосунках більш схильні судити про інших за вчинками, ніж довіряти своїм особистим враженням. Як правило, вони добре контролюють власні емоційні прояви, але при цьому часто не можуть прогнозувати розвиток відносин між людьми.

Люди з низьким рівнем розвитку емпатії в міжособистісних відносинах відчувають труднощі у встановленні контактів з людьми, некомфортно почувають себе у великій компанії, не розуміють емоційних проявів та вчинків, часто не знаходять взаєморозуміння з оточуючими. Вони набагато продуктивнішими при індивідуальній роботі, ніж при груповій, схильні до раціональних рішень, більше цінують інших за ділові якості і ясний розум, ніж за чуйність.

Вибір неефективних поведінкових стратегій може бути наслідком особистісних особливостей людини або свідомим незнанням діяльних форм участі в житті інших людей. Для розвитку емпатійних здібностей потрібно удосконалювати комунікативні навички, особливо вміння слухати іншого, перефразувати, відобразити і віддзеркалювати емоції. Дуже корисні тренінги асертивності, «гімнастика почуттів».