

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

**на тему: ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ МИЛОСЕРДЯ
У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

Виконала: студентка II курсу,
групи 8.0539
спеціальності 053 Психологія
освітньої програми: Психологія
О.О. Савицька
Керівник: д.психол.н., професор,
професор кафедри педагогіки та психології
освітньої діяльності Шевченко Н.Ф.
Рецензент: к.психол.н., доцент кафедри
психології О.М. Грединарова

Запоріжжя
2020

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 – «Психологія»
Освітня програма Психологія
Спеціалізація – Психотерапія і консультування

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

« ____ » _____ 2020 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ (СТУДЕНТОВІ)

Савицької Олени Олексіївни

1. Тема роботи: Особливості прояву милосердя у медичних працівників керівник роботи Шевченко Наталія Федорівна, д.психол.н. професор затверджені наказом ЗНУ від «14» листопада 2020 року № 4032-с
2. Строк подання студентом роботи _____
3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) на основі аналізу літературних джерел здійснити теоретичний аналіз феномена милосердя у психології, розкрити структурні і функціональні характеристики милосердя медичних працівників; розкрити психологічні характеристики професійної діяльності працівників медичної сфери емпірично дослідити особливості прояву милосердя у медичних працівників, розглянути методи підвищення рівня прояву милосердя у медичних працівників.
5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) 6 малюнків, 4 таблиці
6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Шевченко Н.Ф., професор		
Розділ 1	Шевченко Н.Ф., професор		
Розділ 2	Шевченко Н.Ф., професор		
Висновки	Шевченко Н.Ф., професор		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-лютий 2020 р.	Виконано
	Написання вступу	березень 2020 р.	Виконано
3	Написання першого розділу	квітень-травень 2020 р.	Виконано
4	Написання другого розділу	червень-липень 2020 р.	Виконано
5	Написання висновків	жовтень 2020 р.	Виконано
6	Оформлення списку джерел	жовтень 2020 р.	Виконано
7	Проходження передзахисту	листопад 2020 р.	Виконано
8	Проходження нормоконтролю	листопад 2020 р.	Виконано

Студент _____ О.О. Савицька

Керівник роботи _____ Н.Ф. Шевченко

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О.М. Грединарова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 89 сторінок, 4 таблиці, 6 малюнків, 100 джерел.

Об'єкт дослідження – милосердя як психологічний феномен.

Предмет дослідження – особливості прояву милосердя у медичних працівників.

Мета роботи полягає в теоретичному обґрунтуванні та емпіричному вивченні особливостей прояву милосердя у медичних працівників.

Методи дослідження: *теоретичні*: аналіз, синтез, узагальнення; *емпіричні*: психодіагностичні методики для дослідження структури милосердя; *математико-статистичні методи* обробки експериментальних даних на базі пакету статистичних програм IBM SPSS-20: кількісний і якісний аналіз результатів дослідження, описова статистика, метод кореляції за К. Пірсоном.

В основу дослідження було покладено припущення про те, що милосердя як інтегральна особистісно- і професійно-значуща якість медичного працівника визначається гармонійним розвитком когнітивного, емоційно-мотиваційного та поведінкового компонентів, і в звичайних умовах професійної діяльності проявляється недостатньо.

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження полягають у тому, що: *виявлено та досліджено* особливості прояву милосердя у медичних працівників; *розкрито* структуру милосердя як професійно-важливої якості медичних працівників; *розширено, уточнено та доповнено* вивчення наступних особистісних утворень: емпатія, милосердя, особистісні цінності, альтруїзм.

Галузь використання: розробки програм виховних впливів і методичних рекомендацій для практичних та медичних психологів, при створенні навчальних програм майбутніх медичних працівників

МИЛОСЕРДЯ, ЕМПАТІЯ, ЕКЗИСТЕНЦІЙНИЙ РЕСУРС, МИЛОСЕРДЯ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА.

SUMMERY

Savitska O.O. Features of mercy manifestation in health care workers.

The qualifying work of the master: 89 pages, 4 tables, 7 figures, 100 sources.

The object of research is charity as a psychological phenomenon.

The subject of research - the peculiarities of the manifestation of mercy in medical professionals.

The purpose of the work is to theoretically substantiate and empirically study the peculiarities of the manifestation of mercy in medical professionals.

Research methods: theoretical: analysis, synthesis, generalization; empirical: psychodiagnostic techniques for studying the structure of charity; mathematical and statistical methods of experimental data processing based on the IBM SPSS-20 statistical software package: quantitative and qualitative analysis of research results, descriptive statistics, K. Pearson correlation method.

The study was based on the assumption that charity as an integral personal and professionally significant quality of a health worker is determined by the harmonious development of cognitive, emotional, motivational and behavioral components, and in normal professional activities is insufficient.

The scientific novelty and theoretical significance of the study are that: the features of the manifestation of charity in medical workers are identified and studied; the structure of charity as a professionally important quality of medical workers is revealed; the study of the following personal formations is expanded, clarified and supplemented: empathy, mercy, personal values, altruism.

Field of use: development of programs of educational influences and methodical recommendations for practical and medical psychologists, at creation of educational programs of future medical workers

Keywords: mercy, empathy, existent resource, mercy of the medical worker.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ МИЛОСЕРДЯ У ПСИХОЛОГІЇ.....	10
1.1. Загальна характеристика теоретичних уявлень про милосердя.....	10
1.2. Проблема милосердя у психології.....	16
1.3. Вікові особливості розвитку та формування милосердя.....	29
РОЗДІЛ 2. МИЛОСЕРДЯ ЯК ОСОБИСТІСНА ЯКІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	35
2.1. Психологічні характеристики праці медичних працівників.....	35
2.2. Особливості милосердя працівників медичної сфери	39
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ МИЛОСЕРДЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	49
3.1. Організація та методичне забезпечення дослідження.....	49
3.2. Особливості прояву милосердя у медичних працівників.....	59
3.2.1. Особливості прояву когнітивного компонента	59
3.2.2. Оцінка прояву емоційно-мотиваційного компонента.....	62
3.2.3. Специфіка прояву поведінкового компонента.....	68
3.3. Узагальнені результати вивчення прояву милосердя у медичних працівників	70
ВИСНОВКИ.....	78
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	81
ДОДАТКИ.....	90

ВСТУП

Актуальність розгляду представленої теми полягає у сучасному стані українського суспільства, що знаходиться на стадії перегляду цінностей та потребує активної участі у будівництві нових морально-етичних концепцій. Політичні та економічні перетворення та драматичні події останніх років показують нагальну потребу у відповідях на питання щодо того, які орієнтири мають набути особливого значення у цей непростий період.

Саме на ці питання і повинна відповідати сучасна психологія, що не повинна зупинятися на проясненні ціннісної сфери особистості, а навпаки, має активно вивчати та пропонувати різні варіанти життєвих смислів та цінностей. Саме виділення феномену милосердя є необхідним для його входження до категоріальної системи психології як умови для переоцінки старих та створенням нових цінностей.

Існує нагальна необхідність у визначенні поняття милосердя та відокремлення його від синонімічних понять (таких як співчуття, здатність до пробачення, добродійність тощо), аналіз його структури, рівнів розвитку та можливостей цілеспрямованого розвитку здатності людини виявляти милосердя. Одним з напрямком розгляду цього конструкту має стати розгляд перспектив виховання милосердя засобами психологічної практики та його зв'язок із покращенням якості життя.

Особливої уваги привертає милосердя в структурі особистості медичних працівників як носіїв гуманістичних засад, що діють у сучасній Україні. Виходячи з положень Етичного кодексу лікаря України, заснованого на принципах гуманізму та милосердя, основними цінностями наголошуються життя та здоров'я людини, а лікар має додержуватись певних моральних принципів. Серед них – гуманне ставлення до людини, співчуття та співучасть, доброзичливість, благодійність та милосердя, терплячість, взаємодовіра, порядність та справедливість.

Феномен милосердя висвітлювався у різноманітних дослідженнях та представлений концепціями милосердя вітчизняних і зарубіжних психологів та педагогів. Вітчизняними науковцям вивчалися особливості прояву милосердя в лікарів та представників інших професій (Н.Ф. Шевченко, М.В. Маркова), формування професійно значущих якостей майбутніх молодших спеціалістів сестринської справи (М.І. Данюк), вплив мотиваційної сфери на пізнавальну активність та професійне становлення майбутніх лікарів (А.С. Борисюк), вчинок милосердя як моральне становлення особистості (О.Є. Коваль), психологічні особливості формування емпатійності майбутніх лікарів (О.М. Юдіна). Зарубіжними науковцями досліджено виховання милосердя в майбутніх медичних сестер (Т.А. Недоводеева), розвиток співчуття (Р. Gilbert), емпатії (Р. Gelhaus) та само-співчуття (К. Neff, С. Germer, 2017).

Аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури показав, що, незважаючи на представленість великої кількості теоретичних досліджень, що пропонують різні погляди на сутність милосердя, існує дефіцит емпіричних досліджень милосердя як самостійного феномену, у контексті професійних якостей. Зокрема, недостатньо представленні дослідження прояву милосердя у представників медичної сфери. Вивчення особливостей цього феномена дозволить розробити практичні заходи з підвищення рівня прояву милосердя у медичних працівників.

Отже, соціальна значущість проблеми та її недостатнє вивчення зумовили вибір теми дослідження: «Особливості прояву милосердя у медичних працівників».

Об'єкт дослідження – милосердя як психологічний феномен.

Предмет дослідження – особливості прояву милосердя у медичних працівників.

Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні та емпіричному вивченні особливостей прояву милосердя у медичних працівників.

В основу дослідження було покладено припущення про те, що милосердя як інтегральна особистісно- і професійно-значуща якість медичного працівника

визначається гармонійним розвитком когнітивного, емоційно-мотиваційного та поведінкового компонентів, і в звичайних умовах професійної діяльності проявляється недостатньо.

Для досягнення поставленої мети та згідно з висунутим припущенням було визначено наступні завдання:

1. Здійснити теоретичний аналіз дослідження проблеми феномена милосердя у психології.

2. Розкрити структурні і функціональні характеристики милосердя медичних працівників; розкрити психологічні характеристики професійної діяльності працівників медичної сфери.

3. Емпірично дослідити особливості прояву милосердя у медичних працівників.

4. Розглянути методи підвищення рівня прояву милосердя у медичних працівників.

Методи дослідження:

- теоретичні: індукції і дедукції (для формування та перевірки гіпотези), аналізу, синтезу, узагальнення (аналіз і синтез літератури з обраної проблеми, синтез і узагальнення отриманих результатів);

- емпіричні: психодіагностичні методики для дослідження структури милосердя, ступеню розвитку складових милосердя, психологічних особливостей особистості;

- математико-статистичні методи обробки експериментальних даних на базі пакету статистичних програм IBM SPSS-20: кількісний і якісний аналіз результатів дослідження, описова статистика (обчислення середніх значень, знаходження процентного розподілу), метод кореляції за К. Пірсоном.

Методики дослідження. Для перевірки гіпотези ми обрали «Діагностика емпатійних здібностей» (авт. В.В. Бойко), «Емпатійний потенціал особистості» (авт. І. М. Юсупов), «Діагностика соціально-психологічних настанов особистості у мотиваційно-потрібнісній сфері» (авт. О.Ф. Потьомкіна), «Методика незакінчених речень» (авт. Дж.М. Сакс, модиф.).

Експериментальна база дослідження. Дослідження проводилося на базі Міської лікарні екстреної та швидкої медичної допомоги м. Запоріжжя, Запорізької міської багатопрофільної клінічної лікарні №9, МЦ «Онколайф», Дослідницьку вибірку склали 60 осіб – працівників медичної сфери (лікарі та медичні сестри).

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження полягають у тому, що:

- виявлено та досліджено особливості прояву милосердя у медичних працівників; розкрито структуру милосердя як професійно-важливої якості медичних працівників;

- розширено, уточнено та доповнено вивчення наступних особистісних утворень: емпатія, милосердя, особистісні цінності, альтруїзм;

- узагальнено сучасну інформацію з проблеми милосердя, різні підходи до розгляду милосердя як у вітчизняних, так і зарубіжних дослідженнях, та розгляд професійно-важливих якостей з точки зору перспектив їх можливого цілеспрямованого розвитку;

- набуло подальшого розвитку вивчення феномену милосердя як професійно-важливої якості у певних фахових групах.

Практична значущість роботи полягає в тому, що отримані теоретичні й емпіричні результати можуть використовуватися для розробки програм виховних впливів і методичних рекомендацій для практичних та медичних психологів, при створенні навчальних програм майбутніх медичних працівників. Пакет психодіагностичних методик для вивчення милосердя може бути використана у подальших дослідженнях або у психологічній практиці.

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Загальний обсяг роботи – 89 сторінок. Робота проілюстрована 4 таблицями, 6 малюнками. Бібліографічний список складається з 100 найменувань, 14 з яких іноземною мовою.

РОЗДІЛ 1

ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ МИЛОСЕРДЯ У ПСИХОЛОГІЇ

1.1. Загальна характеристика теоретичних уявлень про милосердя

Визначення та розгляд поняття милосердя є досить складним завданням, оскільки теоретичні підходи до його вивчення мають коріння у філософії, релігії, етиці та культурології.

Слово «милосердя» запозичене із старослов'янської мови, де воно є калькою латинського «*misericordia*» («*miser*» – «гідний жалю», «*cord*» – серце, «*ia*» – я) – «серце, що милує». Милосердя – це особливе співчутливе, доброзичливе ставлення до іншої людини. Протилежними йому поняттями є жорстокість, байдужість, насилля, ворожість. У словнику В. І. Даля милосердя визначається як жалісливість, діяльна любов, готовність робити добро. У словнику С. І. Ожегова воно означає готовність допомогти або пробачити через співчуття.

В наш час «милосердя» стоїть в одному рядку із такими поняттями як гуманізм, альтруїзм, толерантність, філантропія, співчуття, доброта, людяність, любов, емоційний відклик.

Говорячи про філософську основу терміну, слід відзначити праці Аристотеля, Конфуція, Платона, Сократа та ін., які розглядали милосердя як одну з найважливіших людських чеснот. Так, розуміння милосердя було пов'язане із наступними якостями:

- Стриманість та самоконтроль;
- Знання міри у задоволеннях та поведінці;
- Стид та зобов'язання;
- Соціальна відповідальність за свої вчинки;
- Звичка долати труднощі;
- Щедрість та помірність, вміння жити правильно;

- Доброта та турбота про інших людей [3].

Милосердна поведінка була необхідною для регулювання суспільних потреб – людина мала діяти іноді всупереч власних бажань, в інтересах соціуму та держави, не потребуючи за це винагороди.

Соціокультурні засади явища милосердя ґрунтуються в ученнях поширених світових релігій – так, наприклад, у християнстві важливим ученням є любов до ближнього, здатність до прощення та служіння іншим. Тож, знаходячись під впливом релігійної течії, філософія середньовіччя розуміє під милосердям здатність людини обирати між добром та злом, відрікатися від земних радощів, активно співчувати. Образ милосердної людини – це образ особистості, що діє милосердно у процесі самовдосконалення та служіння Богові.

В епоху Відродження поняття милосердя вживалося поряд із поняттям «чесноти» як опису високих моральних якостей, що проявляють себе у діяльності. Основною ідеєю часу був цивільний гуманізм та благо суспільства, служіння на його користь як повернення суспільного боргу. Основним шляхом розвитку чеснот вбачалося виховання [29].

Ідеї співчуття, терпіння та альтруїзму активно продовжували розвиватися у Новий час та епоху Просвіти. Так, говорячи про моральні принципи, Джон Локк зазначав: «Добро є те, що приносить або збільшує задоволення та зменшує страждання, у досягненні чого і є основа всякої свободи». Результатом має стати гармонія між особистісними та суспільними інтересами. Д. Юм вважав, що почуття вселюдської «симпатії» має стимулювати об'єднання людей на основі співчуття та співстраждання [16].

Ж. Ж. Руссо вважав, що люди щасливіші тоді, коли вміють співчувати та допомагати іншим. Вбачаючи певні завдання виховання на кожному етапі життя людини, Ж. Ж. Руссо називав їх результатом розвиток добрих почуттів, співчуття, волі [17].

Інші філософи та мислителі, такі як І. Кант та Л. Фейєрбах теж піднімали питання етики, моралі та любові до ближнього. В основі їх поглядів – це дії,

спрямовані на спільний добробут, справедливість та почуття відповідальності за свої думки та дії. Згідно з ними, жодна людина не існує сама по собі, і має керуватися прийнятними та бажаними з точки зору моралі принципами [30].

У російській та вітчизняній філософії, що також зазнала релігійного впливу, основними ідеями, пов'язаними із милосердям, були внутрішній світ людини, духовність, співчуття та любов до людей. У літературних джерелах – «Повчання Володимира Мономаха», та, пізніше, «Домострої» зустрічаються описи чеснот, однією з яких є милосердя як уміння піклуватися про страждених та слабких.

Російські філософи (Н. О. Бердяєв, В. С. Соловйов, С.Н. Булгаков, С. Н. Трубецькой, С. Л. Франк) у своїх поглядах на милосердя опиралися на християнську точку зору. Так, Н. О. Бердяєв джерелом милосердя вбачав у любові до людей та особливо – у альтруїстичній потребі у допомозі оточуючим [3].

Аналізуючи філософські погляди, можна сказати що в різні часи тема милосердя була досить важливою. Цікаво, що незалежно від того, чи відчувався релігійний вплив у розгляді феномену милосердя, чи ні, воно тим не менш поєднувало у собі не тільки внутрішній світ людини як сукупність цінностей та переконань, а і поведінковий аспект. Кажучи про милосердя та любов до ближнього, на увазі малися діяльнісне милосердя та діяльна любов до ближнього як сукупність певних поведінкових актів [54].

Великим зрушенням у науковому вивченні феномену милосердя стали розробки у педагогіці.

Так, у післярадянський період загострення проблем браку духовності, зростання прагматизму та жорстокості, відповіддю на соціальний запит стали дослідження умов виховання та розвитку милосердя у дітей старшого шкільного віку (І. А. Княжева, Т. В. Чернік), молодшого шкільного віку (Л.С. Ощепкова, В. А. Шутова), учнів профтехучилищ (Л.В. Бабенко), медичних сестер (Т. О. Недоводеєва) та ін.

У сучасній літературі милосердя розглядається як одна з етичних характеристик життя людини, що спрямовує до допомоги іншим. Воно поєднує два аспекти: духовно-емоційний (переживання чужого болю як свого) та конкретно-практичний (імпульс до реальної допомоги). Без поєднання цих аспектів милосердя може залишитися або лише філантропією, або сентиментальністю [20, 46, 74].

Милосердя передбачає наявність наступних якостей: чуйності – як здатності побачити біду іншого; співчуття – як здатності відгукнутися та потреби допомогти безоплатно.

В останні роки було захищено кілька дисертацій з питань милосердя (Л. С. Ощепкова, В. О. Шутова, Л. Р. Уварова). Приведемо тут основні погляди на концепцію милосердя.

Так, Л. С. Ощепкова, розглядаючи поняття милосердя, звертається до визначення моральних якостей з позиції визначення єдності волі (поведінки), почуттів та свідомості та опирається на роботи О.С. Богданової, Л.І. Божович, Л. М. Архангельського та ін. Автор розуміє милосердя як інтегративну якість, що поєднує три компоненти: когнітивний являє собою єдність знань о необхідності пробачення, поведінковий полягає у допомозі тим, хто її потребує та турботі про ближнього, поведінки, що включає до себе співпрацю та дієву допомогу; емоційний – співчуття та співстраждання, любов до ближнього [56].

В. О. Шутова, розглядаючи милосердя як інтегративну моральну якість, включає до неї співчутливу та діяльнісну любов, що є основою для розвитку здібності людини до співчуття, безоплатної допомоги оточуючим, душевної щедрості. Автор виділяє сутність поняття – це вселюдська цінність, що необхідна для духовного становлення особистості і наголошує на актуальність милосердя у сучасному світі [82].

Як ми бачимо, проблема милосердя набуває актуальності, але її вивчення знаходиться більшою мірою у просторі педагогіки та розглядається з боку задач виховання та розвитку; тож зберігається протиріччя між розробленості поняття

милосердя у педагогіці та недостатністю вивчення цього феномену у психології, відсутністю відповідних досліджень та визначень феномену.

Звертаючись до проблеми вивчення феномену милосердя у психології можна зазначити, що, згідно з думкою більшості вчених-психологів (С. Л. Рубінштейн, П. М. Якобсон, В. А. Запорожець та ін.), джерелом та умовою виникнення милосердя є здібність людини до співчуття та емпатії, що є складними феноменами, що розвиваються у дитинстві. Задатком здатності до співчуття є вроджена мимовільна реакція на болісний емоційний стан іншої людини (або емпатійний дістрес за М.Л. Хофманом [90]).

Як зазначає Е. Ю. Рязанцева, милосердя, як психологічне явище, можна розглядати і як властивість, і як процес, і як стан [69, 70]. Водночас, милосердя як моральна та етична категорія є тісно пов'язаним із ціннісною сферою людини.

Розглянемо категорію цінностей більш детально. За Є.Г. Кузнецовою, особистісні цінності це ті загальнолюдські цінності, що були засвоєні індивідом та стали його суб'єктивними цінностями. Кожній людині притаманна своя специфічна ієрархія цінностей, що складаються під час взаємодії людини та соціуму, розпредмечування суспільних цінностей, що об'єктивовані у статках матеріальної та духовної культури. У процесі індивідуального розвитку становлення системи цінностей відбувається шляхом інтеріоризації цінностей великих та малих груп [37].

Дослідники (М. Рокіч, Ш. Шварц, У. Білски) виділяють наступні характерні риси цінностей:

- Мають культурне, суспільне та особистісне джерело;
- Їх вплив можна простежити у всіх соціальних феноменах;
- Люди ділять одну кількість цінностей (не дуже велику), але у різній мірі;
- Цінності становлять систему, впорядковану по значущості;
- Цінності – це поняття або переконання;

- Цінності мають відношення до бажаних кінцевих станів або поведінки;
- Цінності мають ситуативний характер;
- Цінності керують виборами, оцінкою поведінки та подій [31].

Ще одним важливим поняттям є поняття «ціннісна орієнтація» – введене У. Томасом та Ф. Знанецьким, воно означає ситуацію, коли цінності інтерналізуються індивідом та стають свідомими регуляторами його поведінки.

Найбільш популярною є позиція щодо ціннісних орієнтацій є позиція, сформульована Д. О. Леонтьєвим: «Ціннісні орієнтації – це свідомі переконання або уявлення суб'єкта про цінне для нього» [39, 40, 41].

До більш детального аналізу ролі цінностей у милосердній поведінці ми розглянемо у наступному підрозділі, але, безсумнівно, існують підстави розглядати цінності як основу та джерело милосердних спрямувань особистості. Так, у роботах В. Н. Куніциної милосердя розглядається як особистісна спрямованість, що проявляється у поведінці та є вираженням системи ціннісних орієнтацій та особливостей відносин з іншими. Милосердя розуміється автором як така спрямованість особистості, що проявляється у вигляді допомоги, іноді анонімної, та може полягати лише у вербальній підтримці [38].

Милосердна особистість – це та, яка має високу потребу у аффіліації (встановленні близьких дружніх стосунків), високий рівень оптимізму та емпатії. Така людина є більш нормативна у поведінці та намагається дотримуватись соціальної справедливості, чесності та внутрішньої гармонії. Автор вбачає впливовість сім'ї, стилю батьківського виховання та стосунків із сіблінгами як факторів соціалізації милосердної спрямованої особистості [38].

Як ми бачимо, поняття милосердя має довгу та різноманітну історію вивчення у контексті різних дисциплін. Найбільш науково розробленим, на нашу думку, на сьогодні є педагогічний напрямок вивчення милосердя. Подальший теоретичний аналіз такого складного феномену неможливий без

більш ретельного розгляду існуючих підходів до його вивчення, особливо у просторі психологічних знань.

1.2. Проблема милосердя у психології

Як зазначає А. Є. Коваль, довгий час милосердя як етична та моральна категорія не було включено до психології; так, наприклад, у радянські часи її виключення пояснювали занадто тісним зв'язком із релігійними категоріями. Сучасний стан розробки проблеми милосердя у психології ґрунтується на двох основних підходах. Перший пропонує розглядати милосердя як вроджену якість, вивчаючи його через біологічні основи, аналізуючи активність певних ділянок мозку. Останні дослідження в рамках цього підходу виявили, наприклад, залежність моральних суджень та здатності до розуміння позиції іншого від об'ємів сірої речовини у передній скроневій борозді [96].

Другий підхід розглядає милосердя, як надбану у процесі становлення людського суспільства властивість, та пропонує вивчати соціальні основи милосердя, знаходити зв'язки між співчуттям та намаганням надати допомогу іншій людині [43, 44].

На нашу думку, неможливо звести таке складне морально-етичне філософське поняття, як милосердя, до жодного з цих підходів. Так, як ми побачимо далі, вчені схильні вбачати певні вроджені схильності до милосердя, але разом з тим розглядають особливості та можливості його розвитку та / або актуалізації.

Розглядаючи милосердя як *рису-якість*, О. Є. Коваль [34] виділяє такі характерні риси милосердної особистості: співчуття; толерантність; доброзичливість.

Згідно з М. І. Данюк, милосердя – це багатофункціональне поняття і може розглядатися по-різному: *як цінність, поведінка або особистісна якість людини*. Як якість милосердя виступає у позитивному ставленні до особистості,

як моральне почуття – це ціннісна етична характеристика та, за засобом утворення, формується у процесі взаємодії між соціальними індивідами з огляду на їх моральний розвиток та готовність до моральних вчинків. Щодо джерела та формування милосердя як цінності або чесноти, дослідниця вбачає в цьому саморегулюючу роль суспільства – адже виховуючи милосердних людей, суспільство таким чином дбає про власне благополуччя [18, 19].

Вбачаючи милосердя як одну з головних чеснот, характерних українському народові – як прояв жалю, співпереживання та активну любов до ближнього із бажанням допомогти, а також особливий тип ставлення до людей із душевними або фізичними вадами, автор відрізняє його від шанобливості або благодійності. Милосердя відрізняється від співчуття: якщо співчуття – це перейматись стражданнями іншого, то милосердя передбачає наявність суб'єкта, що усвідомлює інших окремими та відмінними від себе. Як ми побачимо далі, така позиція відрізняється від поглядів інших науковців, які вважають основою милосердя співчуття як емпатію та здатність до ідентифікації з іншим [51].

Велике значення надається мотивам здійснення милосердних вчинків: так, наприклад, чи вважати за милосердя вчинок, здійснений за егоїстичними мотивами – наприклад, заради здобуття схвалення та визначення, або із професійних мотивів – як реалізація певних обов'язків [18, 19]. Вирішення цієї дилеми ми вбачаємо у введенні *категорії цінностей* як проміжного етапу між чуттєвим досвідом та поведінкою. Таким чином, ми маємо змогу вивчати моральні якості людини та розуміти джерело милосердної поведінки.

Автори ціннісно-нормативної теорії регулювання (М.І. Бобнева, Л. І. Божович, В. В. Водзинська та ін) особливу увагу приділяють механізму інтерналізації норм-цінностей, що має «заповнювати» мотиви поведінки позитивними зразками. Тому формування милосердя на основі цінностей суспільства може розвиватися у певному напрямку за умов суб'єктивної позиції особистості, визначення місця цінності у структурі якості особистості, позиція у спілкуванні, присвоєння моральних цінностей.

Отже, милосердя можна розглядати як групову цінність, яку індивід набуває у процесі соціалізації, як групову цінність, що значуща на даному етапі розвитку суспільства та як цінність загальнолюдську, що набуває смисл моральної норми [53, 54].

Відкритим залишається питання поведінкового аналізу феномену милосердя. Задля подальшого емпіричного дослідження та аналізу результатів ми потребуємо чіткого уявлення щодо поведінкової складової милосердя – а саме, яке місце воно посідає у житті окремої людини, завдяки яким механізмам набуває втілення та що має своєю ціллю.

А. Є. Коваль пропонує до розгляду поняття «*акт милосердя*» – як дію, що втілює жагу людини до наслідування найвищих гуманістичних цінностей. На нашу думку, концепція «*акту милосердя*» може лягти в основу виділення поведінкової складової цього феномену [93].

Характеризуючи психологічну природу милосердя, А.Є. Коваль привертає увагу до тієї ролі, яку має завершений акт, або вчинок, у житті особистості. Так, користуючись описом основних етапів вчинку (життєва ситуація – моральний та чуттєвий досвід, породжений нею – моральне усвідомлення ситуації та мотивація і прийняття рішення – вольовий стимул – вчинок – післяопераційне усвідомлення) ми можемо розробити картину милосердного вчинку людини [67].

У свою чергу, говорячи про акт милосердя, І.Д. Бех [5] наголошує, що милосердя є актом, що виражає почуття, націлені на добробут іншої людини та відкритість внутрішнього світу однієї людини до іншої. Саме ці умови, на думку автора, є необхідними для здійснення відповідного акту.

Також він виділяє два типи такого акту:

- 1) Акт милосердя, мотивований співчуттям іншій людині;
- 2) Акт милосердя, пов'язаний із прощенням, пробаченням або вибаченням.

Милосердя у цьому випадку виступає як результат альтруїстичного потягу та реалізується за допомогою механізму ототожнення себе з Іншим [5].

Ситуація акту милосердя, на думку науковців [34, 93], включає такі складові, як:

- Оточення, інші люди, обставини та об'єктивні умови, що протистоять автономному існуванню особистості;
- Особистісні обставини;
- Процес та результат виходу людини за рамки оточення та власного «Я» та використання ситуації, що склалася, як платформи для акту милосердя.

Тобто, опинившись у певних обставинах, людина вивчає їх, ідентифікує власну позицію та виконує акт милосердя.

За Б.Г. Ананьєвим, ключовим елементом милосердя є здатність, або здібність любити та співчувати, або бути емпатичним. Емпатія – це здібність людини емоційно відповідати на стан іншої людини, розуміти її емоційний стан та переживати його як свій власний. Емпатія є фундаментальним компонентом спілкування.

Роль емпатії була також досліджена В. Гусевою [15] у рамках вивчення феномену «милосердя школяра». Так, емпатія та ідентифікація – як процес копіювання суб'єктом думок, почуттів або дій іншої людини – (Bandura, 1969) дозволяють учню свідомо або несвідомо вподоблятися характеристиками іншої людини (Рогов, 2003; Щербакова, 2006; Шибутани, 1969; Филиппов, Романова, Летягова, 2011). Розвиваючись із віком, ідентифікація дозволяє запобігти виникненню негативних почуттів, егоїзму, заздрощів або почуття переваги над іншими [52]. Емпатія, у свою чергу, дозволяє усвідомлено співчувати емоційному стану іншої людини без занурення у нього до такого стану, щоб перестати усвідомлювати зовнішнє походження цих переживань [25, 26, 98]. Дотримуючись системного підходу, слід за зарубіжними дослідниками В. Гусєва робить висновок, що емпатія спонукає людину до надання допомоги – тобто є необхідною умовою виконання акту милосердя. Виявлено наступну закономірність: чим більше людина схильна до співчуття, тим більше її готовність до надання допомоги [15].

Цікаво, що розвиток емпатії залежить не тільки від взаємодії з іншими людьми, але і від значущості конкретної людини для нас особисто. Можна зробити припущення, що більш часту милосердну поведінку демонструватимуть ті медичні працівники, що мають більшу особистісну зацікавленість у роботі та пацієнтах та сприймають кожну ситуацію як випробування на моральні якості. З іншого боку, таке емоційне напруження може призвести до симптомів емоційного вигорання працівника. Тож, погляд на емпатію як джерело милосердя залишає невирішеним протиріччя між емоційним зануренням та браком відповідних ресурсів.

Це протиріччя вирішується у дослідженні милосердя, де воно розглядається з боку свого ресурсного потенціалу. О. Ю. Рязанцева, вивчаючи милосердя як *екзистенційний ресурс*, розглядає його роль у кризові періоди життя. Екзистенційні ресурси – це певні світоглядні пори особистості – смисли, цінності, духовні якості, переконання тощо. Саме вони допомагають зберегти внутрішню стійкість. Автор ставить ресурс милосердя поряд із такими феноменами, як смисл, свобода, прийняття та віра. Милосердя проявляється через любов до ближнього, віддання себе світові та людяність [69, 70].

Згідно з результатами досліджень, вищі показники екзистенційних ресурсів були пов'язані із нижчими показниками кризи, що вказує на гармонійну та здорову картину психічного життя; у стані ж кризи милосердя виявилось домінуючим ресурсом та допомагає людині прийняти свої слабкості, а через них – і вразливість інших, наближуючись до них. Однак це дослідження не висвітлює деяких питань – наприклад, які особистісні риси обумовлюють звернення до ресурсу милосердя тощо. Також, погляд на милосердя як на екзистенційний ресурс виключає свідому здатність людини впливати на розвинення його у себе або контролювати прояв актів милосердя. Тож цей погляд, хоч і висвітлює роль милосердя у житті людини, не є основним для нашої роботи [69, 70].

Звертаючись до внутрішніх компонентів милосердя, Л.В. Іваненко, слід за К.Д. Ушинським, виділяє здатність людини до співпереживання, доброзичливе,

турботливе ставлення до інших, любов, терпимість, вміння пробачати й не осуджувати. На відміну від поглядів А. Є. Коваль щодо «акту милосердя» вчений зазначає, що зовнішні поведінкові прояви милосердя (доброчинність, ввічливість тощо) є скоріш формальними відповідями суспільним нормам та запитам. Більшої уваги, на його думку, заслуговують внутрішні переконання, що виростають із милосердя як вродженої якості – на основі механізмів емпатії як вродженого мимовільного реагування на болісний емоційний стан іншої істоти [27].

Значний вклад до вивчення милосердя було зроблено К.Д. Ушинським – розглядаючи принципи та особливості розвитку милосердя особистості, він зупиняється на поняттях добра, мотивації, виділяє види співчуття (нервово та душевне). Концепція К. Д. Ушинського включає до себе когнітивний, емоційно-оцінковий та поведінковий компоненти милосердя і пояснює принцип розвитку милосердя особистості від народження. Таким чином, можна сказати що милосердя виступає як певна якість людини, що обумовлена вродженими якостями але може бути контрольована свідомо та розвиватися під дією внутрішніх зусиль та зовнішніх умов (табл. 1.1).

Складністю для використання концепції К.Д. Ушинського у емпіричних дослідженнях є те значення, яке вчений приділяв «імпульсам добра», відділяючи їх від зовнішньої поведінки. На його думку, єдиним «правильним» милосердям є те, що виникає як «вроджений потяг» та засвоюється підсвідомо, підкріплюється моральними якостями та виборами людини і реалізується у її діях. Натомість він вважав не вартими уваги такі поведінкові акти, як добрі вчинки, ввічливість та прощення, вважаючи їх «несправжніми» без морального наповнення та обумовленими життям у соціумі.

Таблиця 1.1

Компоненти милосердя за К. Д. Ушинським

Емоційно-оцінковий компонент	Поведінковий компонент	Когнітивний компонент
Душевне співчуття (як усвідомлена, «напрацьована» людиною здатність до розуміння емоцій іншого та співчуття)	Привчання та формування звички у процесі виховання	Свідома воля (як усвідомлення різниці між добром та злом, гнівом та милосердям та усвідомленням необхідності бути добрим) та вибір мотиву дії

Таким чином, вивчення милосердя за допомогою аналізу лише поведінкових актів, наприклад, як подання милостині, вербальні прояви ввічливості або турботи про інших стає неповним без аналізу внутрішніх переконань та мотивів людини. Враховуючи це, наше дослідження ґрунтується на всебічному аналізі милосердя не тільки через поведінку, але і через розуміння внутрішньої картини психічного життя особистості [27].

Цікавими є сучасні дослідження милосердя у зарубіжній психології. Треба зазначити, що вивчення саме милосердя у нашому розумінні, як комплексного феномену, що складається як із поведінкового, так із емоційного та когнітивного компонентів не є характерним для зарубіжних досліджень – звісно, ми не брали до аналізу суто релігійні концепції, тож вони залишилися поза нашим дослідженням. Найближчим за смыслом для слова «милосердя» є англійське «mercy» – дослівно, «милість, милосердя, помилування». Але ми зустріли вивчення феноменів, що є наближеними за змістом або входять до структури милосердя.

Так, доктор Стенфордського університету Ф. Лускін вивчає таку сторону милосердя, як прощення, або «forgiveness» та вважає, що саме милосердя

знижує негативний ефект впливу на здоров'я таких емоцій, як страх, мстивість, гнів та заздрість. Натомість, воно здатне зменшити кількість стресових ситуацій та допомогти розвитку у людині таких рис характеру, як надія, оптимізм, впевненість у собі та терплячість. Ф. Лускін також висвітлює вплив милосердя на здоров'я: як відомо, гнів та стрес призводить до виділення певних ферментів та підвищенню холестерину у крові; натомість, милосердя стає певним захистом проти негативних фізичних та психічних впливів. Афіліативне за своєю суттю, воно сприяє покращенню соціальних відносин [93].

З точки зору перспектив дослідження та його практичної цінності, нам є близьким погляд на можливість використання милосердя у психотерапії, під час роботи з пацієнтами та у консультуванні. Так, С. Стосні, який розглядає милосердя як співчуття або співстраждання (англ. «compassion») вважає, що саме брак милосердя і є тим чинником, що провокує внутрішньосімейні конфлікти та приводом звернутися до сімейного психотерапевта [99].

Автор пропонує поняття «розумне співчуття» («smart compassion») для опису потреб у автономії та зв'язку. Це означає бажання допомогти близькій людині впоратися із власним болем, але не робити це замість неї. Також, це включає до себе вміння сказати «ні» та розуміння причин такої відповіді. На нашу думку, таке розуміння милосердя є досить практичним з точки зору попередження емоційного вигорання. Згідно із С. Стосні, такому типу милосердя можна навчитися самому та навчити іншого у рамках психотерапевтичної взаємодії.

Таким чином, ми бачимо конкретні шляхи та перспективи розвитку милосердя – ми повернемося до цього питання нижче [99].

Розглянемо інші емпіричні концепції милосердя, розроблені зарубіжними дослідниками.

У своїй роботі П. Гілберт розглянув думки різних авторів на концептуалізацію та впровадження милосердя до психотерапії. Його основною ідеєю є те, що милосердя виникає із турботливої спрямованості індивіда. Він досліджує милосердя у трьох напрямках:

- 1) Милосердя у відношенні до іншого, як залежність від почуттів та думок іншого;
- 2) Прояв милосердя з боку іншої людини (відчуття страху відчутти милосердя з боку іншого);
- 3) Доброта та милосердя по відношенню до себе.

Згідно з автором, кожна людина має власне уявлення та ставлення до милосердя та доброти. Так, одні можуть вважати, що необхідно проявляти милосердя у всіх ситуаціях, інші – що ми маємо бути обережніші у виявленні турботи [89].

У дослідженні С. Шпрехера та Б. Фер милосердя розглядається як любов, що може бути спрямована як до близьких людей, так і до всього людства. У дослідженні, присвяченому створенню «Шкали милосердної любові» (2005 р.), вони розглянули засоби виміру любові та милосердя. Хоча шкала на перший погляд і присвячена виміру милосердя, але, на думку Л. Андервуда, милосердна любов має описуватись як «безкорислива любов», «самовіддана любов». Він також наголошує на важливості розгляду милосердної любові через такі компоненти, як поведінковий, емоційний та когнітивне ставлення, сфокусоване на турботі про близьких та підтримці [97].

Пізніше, розробки шкали милосердної любові були використані Ч. Е. Хваном, Т. Плантом та К. Лакі для створення нової шкали – Шкали милосердя Санта Клари. Щоб мати змогу оцінювати милосердя не тільки по відношенню до близьких, а і до незнайомих, вони використали термін «милосердя» (а не «милосердна любов», як раніше). Вивчаючи зв'язок милосердя з іншими типами просоціальної поведінки, вони також розглянули характеристики професійної співпраці, віри та співчуття.

Основні напрямки дослідження такі:

- 1) Вивчення гендерного аспекту;
- 2) Дослідження зв'язку милосердя із милосердною любов'ю, вірою та співчуттям.

Шкала милосердя Санта Клари та її скорочена форма (Santa Clara Brief Compassion Scale (SCBCS)) це швидкі та зручні інструменти для практичного використання, але вони не мають російськомовної або україномовної адаптації [91]. Вона включає до себе такі питання, як, наприклад, «Я маю тенденцію співчувати людям, навіть якщо вони мені не знайомі», «Я скоріш візьму участь у діях, що спрямовані на допомогу іншим, ніж у діях, що спрямовані на допомогу мені» та ін. Як ми бачимо, у представленій шкалі використовується термін «compassion» – «співчуття» – феномен, який милосердя включає до себе, але не зводиться до нього.

Інша концепція милосердя запропонована К. Нефф [94]. Згідно з нею, милосердя спирається на самоспівчуття («self-compassion»). Співчуття вона розглядає як «бути зворушеним стражданням інших, відкрито визнавати біль інших людей без уникання або дистанціювання від неї, внаслідок чого з'являється почуття доброти стосовно до інших людей та бажання полегшити їх страждання». Це визначення будується на основі трьох елементів, що входять до структури самоспівчуття та співчуття у широкому сенсі – це доброта, загальна людяність та психологічна залученість. Доброта розуміється як прояв тепла та розуміння по відношенню до інших людей замість критики або осудження. Загальна людяність представлена спільним досвідом, що дозволяє мати відчуття зв'язку з іншими. Психологічна залученість – це емоційний баланс, що попереджує надідентифікацію (надзвичайно сильну ідентифікацію) або, навпаки, відсторонення від болю інших людей. Самоспівчуття стосується більш широкого поняття милосердя, що має тенденцію посилювати милосердя та здатність перейматися проблемами інших людей. Основними напрямками дослідження милосердя, здійсненим К. Нефф, є такі:

- 1) Вивчення доброти, людяності та усвідомленості як феноменів, що входять до структури милосердя;
- 2) Досліджується самоспівчуття як здатність по-доброму та з розумінням ставитися до власного негативного досвіду;

3) Вивчається тенденція самоспівчуття посилювати милосердя та занепокоєння з приводу проблем інших людей [94].

Згідно з дослідженнями К. Овейса, Е. Хорберга та Д. Келтнера, милосердя («compassion») є дуже важливою всеохоплюючою концепцією. Розглядається вплив гордості та милосердя на соціальну ідентичність індивіда із соціальними групами – причому милосердя та гордість вперше виділено як протилежні категорії. Також, іншими напрямками дослідження є виявлення впливу гордості та милосердя на соціальну ідентичність індивіда по відношенню до незнайомих людей (у разі зустрічі із незнайомцем) у прояві милосердя та гордості. Згідно з результатами дослідження можна зробити висновок, що основним фактором, що сприяє милосердній поведінці є соціальна ідентичність, що спонукає нас до прояву турботи щодо схожих на нас людей [95].

Загалом, можна відмітити відсутність критеріїв для оцінки почуття милосердя – особливо вадливого для тих професій, що мають допомагаючу поведінку та турботу у своїй основі [98]. Важливість наявності такого критерію можна уявити на прикладі психологічного консультування – чи можливо бути ефективним спеціалістом з огляду лише на професійну теоретичну підготовку? Якою може бути робота психолога, що не звертається до почуття милосердя і не розвиває відповідну якість?

Говорячи про місце милосердя у структурі особистості та розглядаючи її як динамічну інтегративну характеристику, ми скористалися структурою особистості, запропонованою К. К. Платоновим. Вона є яскравим зразком структурного підходу до розуміння особистості людини. Розглянемо цю модель більш детально.

В основі концепції К. К. Платонова лежить уявлення про людину як динамічну систему, що розвивається у часі, змінює склад елементів, що входять до неї та зв'язки між ними, але за умов збереження функції.

У цій системі автор виділяє чотири підструктури особистості. Критеріями виділення підструктур є:

- відношення біологічного і соціального, вродженого і набутого, процесуального та змістовного;
- внутрішня близькість рис особистості, що входять в кожную підструктуру;

Кожна підструктура має свій особливий, основний для неї інструмент формування (виховання, навчання, тренування, вправа);

- об'єктивно існуюча ієрархічна залежність підструктур;
- історичні критерії, які використовуються для сутнісного розуміння особистості: «особистість як сума психічних властивостей», «особистість як досвід людини», «біологізація» особистості, «соціологізація» особистості [1].

Застосування даних критеріїв до аналізу особистості дозволило автору виділити в її структурі наступні основні підструктури:

1. Підструктура спрямованості і відносин особистості, які проявляються у вигляді моральних рис. Вони не мають вроджених задатків і формуються шляхом виховання, тому ця підструктура може бути названа соціально обумовленою. До неї входять бажання, інтереси, схильності, прагнення, ідеали, переконання, світогляд. Все це розуміється як форми прояву спрямованості, в яких виявляються відносини особистості. Ставлення К.К. Платонов розглядає не як властивість особистості, а як «атрибут свідомості, поряд з переживанням і пізнанням, визначальним різні прояви його активності». Згідно з автором, параметри цієї підструктури слід розглядати на соціально-психологічному рівні.

2. Підструктура досвіду, яка «об'єднує знання, навички, вміння та звички, придбані шляхом навчання, але вже з помітним впливом біологічно, і навіть генетично обумовлених властивостей особистості». К. К. Платонов визнає, що далеко не всі психологи розглядають зазначені властивості як властивості особистості. У той же час, закріплення їх в процесі навчання робить їх типовими, що і дозволяє їх вважати властивостями особистості. Провідна форма розвитку якостей цієї підструктури – навчання – обумовлює і рівень їх аналізу – психолого-педагогічний.

3. Підструктура індивідуальних особливостей психічних процесів або функцій пам'яті, емоцій, відчуттів, мислення, сприйняття, почуттів, волі. Автор навмисно встановлює такий порядок їх слідування, підкреслюючи тим самим силу біологічної і генетичної обумовленості психічних процесів і функцій. В найбільшій мірі це характерно для пам'яті, оскільки психічна пам'ять розвивалася на основі фізіологічної і генетичної пам'яті, а без неї не могли б існувати інші психічні процеси і функції. Що стосується емоцій і відчуттів, то вони властиві як людині, так і тваринам.

Процес формування і розвитку індивідуальних особливостей психічних процесів здійснюється шляхом вправи, а вивчається дана підструктура в основному на індивідуально-психологічному рівні.

4. Підструктура біопсихічних властивостей, в яку входять «статеві і вікові властивості особистості, типологічні властивості особистості (темперамент). Процес формування рис цієї підструктури, а точніше їх переробки, здійснюється шляхом тренування. Згідно з К. К. Платоновим, властивості особистості, що входять в цю підструктуру, незрівнянно більше залежать від фізіологічних особливостей мозку, а соціальні впливи їх тільки компенсують. Оскільки активність цієї підструктури визначається силою нервової системи, то вивчатися вона повинна на психофізіологічному і нейропсихологічному рівнях.

Таким чином, на думку К. К. Платонова, в ці підструктури можуть бути укладені всі відомі властивості особистості. Причому частина цих властивостей відноситься в основному тільки до однієї підструктури, наприклад, переконаність і зацікавленість – до першої; начитаність і вправність – до другої; рішучість і кмітливість – до третьої; виснаженість і збудливість – до четвертої. Інші, а їх більше, лежать на перетинах підструктур і є результатом взаємозв'язків різних власних підструктур. Прикладом може бути морально-вихована воля, як взаємозв'язок 1-й і 3-й підструктур; музикальність, як взаємозв'язок 3, 4 і зазвичай 2-й підструктур [1].

Згідно до його моделі, В. Гусєва, наприклад, визначає категорію милосердя як таку, що має певні підструктури, одна з яких – психологічна.

Саме психологічна підструктура милосердя включає до себе емпатію та тісно пов'язана із механізмом ідентифікації [15].

На нашу думку, милосердя може розглядатися як та властивість або характеристика, що лежить на перетині 1 та 3 підструктур. Так, воно має моральну основу (наприклад, здійснення вчинку на благо іншій людині вимагає вміння розрізняти добро та зло) та включає до себе певні індивідуальні особливості, що стосуються емоцій та почуттів та обумовлюють виникнення емпатії як здатності розуміти емоційний стан іншої людини, проявити співчуття, створити певний сприятливий емоційний фон спілкування.

1.3. Вікові особливості розвитку та формування милосердя

Розглядаючи милосердя як здібність особистості, необхідно зупинитися на питанні того, які процеси становлять основу милосердя, які закономірності формування милосердя можна виділити, яким чином можна вплинути на формування милосердя у людини. Наступним етапом має стати виділення певних рівнів розвитку милосердя з огляду на представлені концепції щодо складових частин цього феномену.

Як було зазначено вище, основою милосердя вчені вважають такі процеси, як емпатія та ідентифікація [15, 58, 84]. Розгляд феномену «милосердя школяра» та концепцій виховання К. Д. Ушинського дають нам змогу припустити, що милосердя є вродженою здібністю людини, розвиток якої залежить від виховання певних цінностей – тобто, від соціального оточення та пануючих цінностей.

Найбільш широке відображення проблема виховання милосердя знайшла у роботах педагогів, де розглядається як: співчутливість, небайдужість (Л. Кириченко), діяльна любов (В.А. Шутова), явище моральності (М.А. Станциц), ціннісне ставлення до людини (О.К. Білецька), здатність співчувати,

жаль (І.А. Княжева), ціннісне ставлення до ближнього, співчуття та надання допомоги тим, хто її потребує (І.В. Кобильченко).

Вивчаючи **вікові особливості** виявлення милосердя, можна зазначити наступне:

- Молодший шкільний вік: сензитивний вік для розвитку гуманності та милосердя (М.Й. Борищевський [6], І.С. Булах [7], Л.С. Ощепкова [56], Л.П. Пилипенко, В. О. Шутова [82] та ін.);

- Підлітковий вік: починається активне становлення духовно-ціннісної просоціальної орієнтації, що включає в себе милосердя як моральну позицію (Л. І. Анциферова, Л. І. Божович, Б. С. Братусь, Б. В. Зейгарнік та ін.);

- Старший юнацький вік: цінність милосердя поступається таким цінностям, як любов, успіх, досягнення але далі продовжує набувати цінності із віком;

- Середній та похилий вік: милосердя та альтруїзм посилюються (Н. Хаан, Дж. Блок) [4, 56].

Особливе значення для нашої роботи та формулювання практичних рекомендацій щодо можливостей *розвитку здібності до милосердя* мають теоретичні погляди щодо його формування та виховання. Питання необхідності та шляхів розвитку милосердя висвітлювалося у працях педагогів (А. С. Макаренко, Ш. О. Амонашвілі, Д. С. Лихачов), які виділили наступні засоби роботи:

- Роз'яснення та розповідь – як пояснення в теорії та на прикладах, викладення певного матеріалу з активною включеністю учасників;

- Диспут – через аналіз поняття та захист своїх поглядів, розуміння позиції опонента та створення орієнтовної основи для формування милосердя [2];

- Бесіда – як обмін думками, що ґрунтується на фактах та має своєю метою оцінку явищ та формування в учасників певного ставлення до дійсності.

Також, методи формування навичок:

- Приклад – дія, що є зразком для відтворення та формування певної поведінки;
- Вправа – багаторазове виконання дій із метою створення та вдосконалення вмінь та навичок.

На нашу думку, у випадку розвитку милосердя у дорослих доцільним буде створення спеціальної програми, що включатиме до себе як теоретичний блок, так і практичний, із індивідуальними або груповими завданнями та вправами. Цікавими матеріалами для вивчення можуть стати художня література, картини, творчість, засоби масової інформації тощо.

Важливим механізмом у засвоєнні моральних та етичних цінностей є їх інтеріоризація та перетворення у власні переконання особистості. Достатньо цікавою в цьому сенсі є педагогічна методика актуалізації задач морального виховання М. О. Зенькової, що передбачає надання певній задачі суб'єктивно актуального забарвлення [24]. Розглядаючи милосердя як моральну якість, його також пропонується розвивати згідно з цією методикою. Приведемо короткий огляд основних етапів методики:

1. Підведення слухачів до розуміння недостатнього морального розвитку та необхідності його формування. Цей етап реалізується за допомогою певної практичної діяльності, в якій слухачі відчули б недостатність певної якості, формування переконання у суспільній та особистісній значущості даної якості («Яка роль милосердя у світі? Що милосердя для мене?») та з допомогою моделювання або аналізу певних ситуацій.

2. Висунення цілі з формування милосердя. На цьому етапі колективом, ведучим або індивідуально висувається мета – обов'язково значуща для учасників. Проводиться дискусія із виявлення напрямків розвитку.

3. Формування особистісного ставлення до мети. Учасники повинні відповісти на питання, навіщо потрібно досягати мети? Що надасть розвиток моральних якостей?

4. Формулювання плану реалізації практичної мети. На цьому етапі доцільно обговорити діяльність учасників, її види та можливості саморегуляції відповідно до поставленої мети [47].

Оскільки ця методика, хоч і результативно, проводилася з аудиторією молодшого та підліткового віку, складно екстраполювати її результати на вибірку середнього та зрілого віку через певні вікові особливості. Так, ціннісна сфера дорослого віку є більш сформованою та стійкою до втручання, що може ставити певні труднощі перед експериментатором.

Питання розвитку милосердя у юнацькому віці було розглянуто Л. Р. Уваровою. Розглядаючи милосердя як професійну педагогічну властивість особистості, Л. Р. Уварова робить висновок, що воно може стати результатом кількісно-якісних накопичень його проявів, актуалізованих спеціальною організацією психолого-педагогічної підготовки студентів. На думку автора, у цьому віці розвиток милосердя можливий через налагодження самостійної роботи студентів та наголошення гуманістичної суті обраної професії та через моделювання певних ситуацій, що мають визивати емоційно-моральний, діяльний стан співчуття та готовності допомогти [76].

Загалом, шляхом формування милосердя автор вважає моделювання в різних видах учбової діяльності ситуацій, що б актуалізували стан милосердя.

Особливість розглянутого підходу виявляється у його педагогічній спрямованості, однак він дає змогу уявити перспективи та особливості розвитку милосердя у юнацькому віці та зробити припущення щодо ефективності методик та психологічних вправ, що можуть використовуватися з цією метою.

Висновки до першого розділу

Теоретичний аналіз літератури з питань феномена милосердя показав наступне:

1. Теоретичне уявлення про милосердя є складним та багатовимірним, та має глибоке коріння у філософії, релігії, етиці та культурології. Його

розуміння пройшло довгий шлях та надбало сучасного розуміння під впливом низки філософських та релігійних поглядів. В наш час «миłosердя» стоїть в одному рядку із такими поняттями як гуманізм, альтруїзм, толерантність, філантропія, співчуття, доброта, людяність, любов, емоційний відклик.

2. Перші наукові розробки феномену миłosердя сформувалися у просторі педагогічних наук та будувалися на уявленні про «вроджені» схильності до миłosердя та перспективи його розвитку (Т.О. Недоводеєва, Л. С. Ощепкова, Л. Р. Уварова, В. А. Шутова та ін.). Разом з тим, розглядаються питання щодо структури та складових миłosердя. Основною тенденцією є виділення трьох компонентів миłosердя: поведінкового, емоційного та когнітивного. Обґрунтовано зв'язок миłosердя із ціннісною сферою людини як моральної та етичної категорії.

3. Психологічні розробки феномену миłosердя є досить новим напрямом дослідження, що виникло у післярадянські часи (Б.Г. Ананьєв, С. Л. Рубінштейн). Виявлено, що категорію миłosердя не можна звести ні до суто фізіологічних вроджених особливостей, ні до соціального механізму, оскільки воно є більш складним, його не можна вичерпно пояснити окремим з цих підходів або звести до них.

4. На теперішньому етапі миłosердя розглядається у психології по-різному: як риса-якість; як цінність; як поведінка або поведінковий акт; як особистісна якість; як екзистенційний ресурс тощо.

Актуальним питанням залишається відокремлення поняття «миłosердя» від синонімічних йому понять «співчуття», «прощення», «співпереживання». Основою миłosердя вбачається здатність особистості до емпатії та ідентифікації себе з іншим.

5. Говорячи про миłosердя, зарубіжні психологи використовують близькі за змістом поняття: прощення, співстраждання, любов до близьких та до людства, самоспівчуття, «розумне співчуття» тощо. Перспективи розробки феномену миłosердя вбачаються зарубіжними дослідниками у розвитку концепцій самоспівчуття, розгляду психотерапевтичного потенціалу миłosердя

як певної системи поведінки та поглядів, якої можна навчитися самому та навчити інших.

6. Милосердя має певні вікові особливості розвитку та виявлення. Існують розробки щодо методів розвитку милосердя як у молодшому шкільному, так і дорослому віці. Так, сензитивним для розвитку гуманності та милосердя є молодший шкільний вік; у підлітковому віці починається активне становлення духовно-ціннісної просоціальної орієнтації, що включає до себе милосердя як моральну позицію; у старшому юнацькому віці цінність милосердя поступається таким цінностям, як любов, успіх, досягнення але далі продовжує набувати цінності – у середньому та похилому віці.

РОЗДІЛ 2

МИЛОСЕРДЯ ЯК ОСОБИСТІСНА ЯКІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

2.1. Психологічні характеристики праці медичних працівників

Прояви милосердя значною мірою залежить від специфіки професійної діяльності. Відповідно до спеціалізації (лікарі, медичні сестри, фельдшера), медичні працівники здатні забезпечувати різні функції в сфері медицини, які спрямовані на вирішення наявних і потенційних проблем у здоров'ї пацієнтів.

Незалежно від соціально-суспільних формацій обов'язковою умовою успішного лікування завжди було і залишається дотримання певних морально-етичних принципів у взаєминах лікаря і пацієнта [49].

Інша важлива психологічна характеристика, що становить психологічний портрет медичного працівника — емоційна стабільність, врівноваженість за відсутності імпульсивності, надмірної емоційної експресивності, із збереженням контролю над емоційними реакціями і поведінкою в цілому. Емоційна стабільність допомагає лікареві у взаєминах з пацієнтом уникати «психологічних» зривів, конфліктів. Інтенсивні емоційні реакції не тільки руйнують довіру пацієнта, лякають і насторожують його, а й астенизують, втомлюють. Навпаки, спокійна доброзичливість, емоційна стабільність лікаря викликає у пацієнта відчуття надійності, сприяють встановленню довірливих стосунків [55].

Психологічною характеристикою, що бере участь у формуванні комунікативних копінг-ресурсів медичного працівника є сенситивність до відкидання. Здатність сприймати негативне ставлення оточуючих, зокрема пацієнтів, яке може виникати на певних етапах лікування, надає лікареві своєрідний «зворотний зв'язок», що уможливорює коригування своєї поведінки у взаєминах з пацієнтом. Взаємини між пацієнтом і медичним працівником залежать не тільки від індивідуальних особливостей пацієнта, його психіки, а й

від особистості та поведінки медичного працівника, його загальної та професійної культури, дотримання принципів етики та деонтології.

Основна відповідальність за характер цих взаємин, таких важливих для успішного лікування, завжди лягає на медичного працівника. Він зобов'язаний, формуючи свої взаємини з пацієнтом, враховувати особливості його особистості, переживання. Діагностичний процес для лікаря починається вже з моменту появи пацієнта: його зовнішнього вигляду, ходи, особливостей мови тощо. Для пацієнта лікар — людина незвичайна, унікальна, якій він довіряє своє благополуччя, здоров'я, а то й життя. Пацієнт вивчає свого лікаря насамперед як людину: чи добрий він, уважний, співчутливий, спокійний або метушливий.

Лікарська діяльність належить до важких професій. Людина, яка присвятила себе медицині, безсумнівно, повинна мати до неї покликання. Прагнення надати допомогу іншій людині завжди вважалося корисною та цінною якістю особистості і мало бути виховане з дитинства. Тільки тоді, коли ці властивості особистості стають потребою, можна вважати, що у людини є головні передумови успішного оволодіння медичною професією [65].

Гуманізм лікаря. Гуманізм лікаря зумовлений ціннісним і цілісним підходом до іншої людини. Милосердя, гуманізм, почуття обов'язку, витримка і володіння собою у стосунках з пацієнтами, совісність завжди вважалися головними характеристиками хорошого лікаря. Вперше ці морально-етичні норми лікарської професії були сформульовані лікарем і мислителем давнини Гіппократом у його відомій «Клятві».

Лікарська таємниця (конфіденційність). У взаєминах лікаря і пацієнта не останню роль відіграє вміння лікаря зберігати лікарську таємницю. Зазвичай вона містить три види відомостей: про хвороби, інтимне і сімейне життя пацієнта. Вимога про нерозголошення лікарської таємниці знімається лише у випадках, коли цього вимагають інтереси суспільства (наприклад, під час загрози поширення небезпечних інфекцій), а також під час запитів судово-слідчих органів.

Загальна та професійна культура. Можна відзначити ще низку загальних і більш приватних рис особистості, які потрібно виховувати у лікаря. Це зокрема висока загальна культура і культура лікарської діяльності, організованість у роботі, любов до порядку, охайність тощо. Вимоги до особистості лікаря, його зовнішнього вигляду і поведінки поступово оформилися в спеціальному вченні — медичній деонтології (наука про притаманне моральному, естетичному та інтелектуальному образу медичного працівника).

Авторитет лікаря. Авторитет пов'язаний насамперед з професіоналізмом, зацікавленістю у результаті та особистою харизмою. Коли лікар через байдужість і негативне ставлення до своєї роботи не в змозі вдумливо, уважно вислухати скарги пацієнта, допускається лікарських помилок або проявляє агресивність і дратівливість, він втрачає довіру до себе як до професіонала та повагу своїх пацієнтів і колег.

Оптимізм лікаря. Пацієнт має відчувати здоровий оптимізм лікаря, а не бажання скоріше закінчити обстеження. І навпаки, під впливом вигорання лікар демонструє цинічне, часто жорстке ставлення.

Чесність і правдивість. Під час тривоги, неспокою і невпевненості, спричинених важкими умовами праці, лікар іноді може втрачати здатність до правдивого і чесного викладу інформації про стан здоров'я людини. Або він може надмірно берегти психіку хворої людини, змушуючи її перебувати в невідомості, або, навпаки, втрачає необхідну міру у подачі діагностичної або лікувальної інформації.

Слово лікаря. Слово робить величезний сугестивний вплив на будь-яку людину, а тим більше слово лікаря для його пацієнта. Професіонал з синдромом емоційного вигорання, що переживає почуття безглуздості, безнадійності і провини, неминуче передасть ці почуття своїм пацієнтам у слові, інтонації, емоційній реакції [65].

Кожен пацієнт на основі культуральних впливів (уявлень суспільства про лікаря), свого минулого досвіду спілкування з медиками і характеру очікуваної

допомоги має певний образ лікаря, який може задовольнити його потреби в допомозі й емоційному спілкуванні. На думку психолога-психотерапевта Ж. Лакана, існує п'ять факторів, що впливають на процес взаємодії лікаря і пацієнта: стать, вік, національність (раса), віросповідання і сексуальна орієнтація. Дослідження показали, що всі ці чинники виявляються значущими, однак більш значущими є особистісні та характерологічні властивості [55].

Психолог В. А. Ташликов на підставі спеціального дослідження виокремив такі типи образу «ідеального» лікаря з точки зору пацієнта: «співчутливий і недирективний», «співчутливий і директивний» та «емоційно нейтральний і директивний».

1. Співчутливий і недирективний: добрий, чуйний, терплячий, схильний до глибокого співчуття, що викликає у пацієнта повну довіру і відвертість, здатний усе терпляче вислухати і зрозумінням поставитися до найбільш незвичайним скаргам пацієнта.

2. Співчутливий і директивний: такому лікареві властиве прагнення проникнути в душу пацієнта, зрозуміти сутність його переживань, але, незважаючи на схильність до співчуття, він діятиме непохитно і зможе змусити пацієнта виконувати його вказівки; своєю чуйністю і водночас непохитністю, строгістю він викликає довіру і повагу.

3. Емоційно нейтральний і директивний: такому лікареві властиві тверді переконання, цілеспрямованість, уміння внести ясність у справу і довести її до певного кінця; щодо пацієнтів він уважний, стриманий; викликає довіру до себе своєю впевненістю, волею і спокоєм, а умінням переконувати і вселяти він сильно впливає на пацієнта.

Для більшості пацієнтів ознаки статі і віку лікаря є другорядними порівняно з уявленнями про його особистість. Найбільш цінними для пацієнтів виявляються такі особистісні якості лікаря: розум, захопленість роботою, уважність, почуття обов'язку, терплячість, чуйність, інтуїція, серйозність, доброта, почуття гумору. Для більшості пацієнтів у образі лікаря узагальнюється особистий досвід взаємодії з низкою авторитетних для них осіб

в різні періоди життя. Знання і увага медичного працівника до наявного у пацієнта образу «ідеального» лікаря сприяють встановленню кращого психологічного контакту між ними [65].

Отже, постійні взаємодії медичного працівника з пацієнтом, які передбачають догляд і надання йому необхідної допомоги та є важливою умовою одужання, передбачають досить високу розвиненість низки професійно-значущих моральних і культурних якостей. А саме: милосердя (гуманності, емпатійності, чуйності, доброзичливості), уважності, щирості, чесності, оптимізму, емоційної стриманості, терплячості, співчутливості, турботливості, ввічливості, тактовності, комунікабельності, толерантності. Основний психологічний чинник їх розвитку – це прагнення допомагати пацієнтам, сприяючи їх лікуванню та позбавляючи від фізичних і психічних хвороб [66].

Отже, ефективність професійної діяльності медичних працівників неможливо уявити без досить високого рівня розвитку зазначених професійних та особистісних якостей. Проте інколи у медичних працівників можна спостерігати поєднання високо розвинутих професійних якостей з низько розвинутими особистісними. Тому досить важливим для них має бути прагнення до самопізнання і самовдосконалення й освіченість [77].

Окреслені вище психологічні особливості професійної діяльності та особистості медичних працівників є значущими у контексті нашого дослідження і будуть застосовуватися в емпіричному дослідженні.

2.2. Особливості милосердя працівників медичної сфери

Наступним кроком у рамках нашої роботи є розгляд теоретичних поглядів на милосердя медичних працівників з урахування специфіки професійної діяльності та основних вимог, що висуває медична діяльність.

Виходячи з положень Етичного кодексу лікаря України, що заснований на принципах гуманізму та милосердя, основними цінностями наголошуються життя та здоров'я людини, а лікар має додержуватись певних моральних засад. Серед них – гуманне ставлення до людини, співчуття та співучасть, доброзичливість, благодійність та милосердя, терплячість, взаємодовіра, порядність та справедливість. Головний суддя лікаря – це, насамперед, його совість [23].

У медицині виділено також термін «клінічна емпатія», що розуміється як адекватне розуміння певних внутрішніх психічних процесів пацієнта стосовно його здоров'я [88]. Слід за зарубіжними дослідниками – А. Берштейном та В. Мерсером (A. Baernstein, W. Mercer), І. В. Гусакова розглядає клінічну емпатію як не тільки розуміння емоцій пацієнта, а і здатність реалізувати прояви цього розуміння у взаємодії із пацієнтом. Так, клінічна емпатія включає до себе:

- 1 – здатність зрозуміти стан пацієнта, його почуття (емоції);
- 2 – здатність спілкуватись з пацієнтом з метою розуміння його психічного стану, його емоцій та перевірки точності цього розуміння;
- 3 – здатність діяти певним терапевтичним шляхом (з урахуванням розуміння психічного стану пацієнта) [14].

Також, окрім відомих нам трьох компонентів (когнітивного, емоційного та поведінкового) «клінічна емпатія» включає до себе мотиваційний компонент як те, що спонукає лікаря до надання адекватної допомоги пацієнту з метою відновлення у нього стану фізичного та психологічного комфорту.

Досить гостро проблема милосердя у медичній сфері поставлено М. І. Поскотіною. Ґрунтуючись на засадах медичної етики та деонтології, автор виділяє милосердя як фундамент, на якому має ґрунтуватися професійний догляд за хворими. Приводячи у приклад існування інституту сестер милосердя, автор ілюструє, як з плином часу професія медичного працівника втратила свою сутність, що полягає у бажанні допомогти та піклуватися, та стала більш інструментальною та технічною. Саме це спровокувало появу

великого розриву між професійними та особистісними якостями людини – так, багато лікарів можуть бути хорошими професіоналами, але мати низький рівень людяності, залишатися нечуйними до потреб хворих. Причину автор вбачає як у системі освіти, так і у надмірно високому темпі праці що не залишає часу на встановлення позаформальних діалогів [60, 61].

Розглядаючи милосердя у контексті професійної підготовки у медичному коледжі, Є. А. Кузнєцова зазначає, що як цінність, милосердя може виступати і засобом, і метою, і результатом професійної підготовки. Милосердя медичного працівника – це вміння та бажання професійно проявити турботу та співчуття [36].

Розглядаючи милосердне ставлення до пацієнта як професійно значущої риси медичних сестер, М. І. Данюк пропонує розвивати його через такі якості, як доброта, добродійність, альтруїзм, безкорисливість, людяність, співчуття та відповідальність. У даному випадку поняття милосердя стикається із поняттями «професійного обов'язку», совісті та відповідальності перед іншими людьми. На нашу думку, професія медичного працівника вимагає від людини такої якості, як милосердя як того, що є частиною успішного виконання своїх обов'язків [18, 19].

Так, Л. А. Лещинський серед професійно важливих якостей лікарів-терапевтів виділяє активний гуманізм, вміння визвати довіру, здатність до співчуття, терпимість, комунікативність тощо. Як ми бачимо, частина з них належить до структури милосердя як його розуміють науковці. Згідно з очікуванням хворих, лікар повинен вміти проявити чуйність та турботу – тож робиться припущення, що у медичну сферу повинні іти особистості із високим рівнем емпатії.

Окремої уваги потребує вивчення ціннісних орієнтацій у процесі професійного становлення. І. Тимошук вважає, що для медичного працівника характерними є такі групи цінностей: цінності, що відображають специфіку діяльності, її альтруїстичний характер; цінності етичної відповідальності перед

обраною професією; цінності, пов'язані із потребою у самореалізації, самоствердження і самовдосконалення [50].

С. В. Мітіна розглядає емпатію як професійно важливу якість медичного фахівця. Емпатія тут і далі розуміється як здатність до співчуття та співпереживання, вміння розуміти і поділяти емоції інших під час спілкування та досягати взаєморозуміння. Слід за Т. М. Павлюком автор наголошує, що емпатійність має біти розглянута не тільки як професійно важлива риса фахівця, а і як критерій професіоналізму [58].

Основний атрибут ефективного контакту медичного працівника з хворим є емпатія як здатність входити у стан іншої людини, застосовуючи уявлення та інтуїцію. Емпатія становить собою фактор готовності лікаря до професійної діяльності в таких формах вияву, як співчуття, здатність ставити себе на місце іншого та емоційно відгукуватися на переживання хворого. Саме це сприяє встановленню довірливих стосунків, необхідних для побудови терапевтичного діалогу.

Розглядаючи емпатію як цілісне інтегроване особистісне утворення, що формується та розвивається в соціальній взаємодії, С. В. Мітіна пропонує розглядати зростання емпатичності із такими особливостями, як здатність до ідентифікації, життєвий та професійний досвід та комунікативними вміннями лікаря [50].

Існує і протилежний погляд на роль емпатії у діяльності медичного працівника: так, оскільки робота лікаря передбачає постійне зіткнення з людським стражданням, емоційну напругу та висуває певні вимоги до спілкування, лікарі потребують штучного психологічного бар'єру від інтенсивних негативних переживань. Тож в деяких випадках має місце зниження емпатичності медичних працівників з метою психологічного захисту.

Результати досліджень визивають певні занепокоєння з цього приводу та потребують уваги з боку практичної психології - так, наприклад, в деяких випадках виявлено низький рівень емпатії медичних працівників із негативним образом пацієнтів (О. Ю. Гроголева) або із ризиком емоційного вигорання та

невротичних зривів (І. Харді) [13, 78]. Дослідження емпатії медичних сестер, проведене у Росії, вказує на відсутність високого рівня емпатії. За різними даними, рівень емпатії коливається від «нижче середнього» (Шилова, 2000). до «трішки вище середнього» рівнів (Балмашнова, 2000).

Цікаво також відмітити деякі особливості у результатах вивчення емпатії. Згідно з результатами С. В. Мітіної, 80% лікарів мали низький та нижчий за середній рівень емпатії, лише 18% – середній, та 2% – високий. Так, дослідження О. Ю. Гроголевої показує, що медичні працівники мають низький рівень емпатії (16, 01 із інтервала 15-21, що відповідає зниженому рівню) [13].

В той же час, дослідження Т. О. Недоводєєвої надало наступні результати: з 48 досліджуваних студентів-медиків у 2003 році ніхто не мав дуже низького рівня емпатійного потенціалу. Дуже високий рівень відмічено в 1 людини, високий – у 4, та середній і низький у інших із значним переважанням низького. У 2004 році кількість студентів із дуже високим емпатійним потенціалом збільшилася (з 2,1% до 18,75%). Високий рівень відмічений у 23 чоловік (більше на 19). Автор пояснює такі результати початком проходження практики, де студенти мали можливість зіткнутися із справжнім болем та стражданнями інших людей. У випускному курсі (2005 р.) відмічається зниження показників дуже високого та низького рівнів емпатії із підвищенням середнього (з 14,6% до 39,6%), при незмінності високого [53, 54].

На нашу думку, цей результат пояснюється професійною готовністю та самовизначенням студентів – так, зниження дуже високого рівня емпатії може бути спробою регулювати власний емоційний стан, запроваджуючи певний психологічний захист; і навпаки, зниження низького може бути проявом спроби відмовитись від допомагаючої професії та початок переосмислення власних сильних сторін.

Щоб прояснити існування «негативного ефекту» емпатії, що призводить до професійного вигорання, треба звернутися до прояснення сутності понять «емпатія», «співпереживання» та «симпатія», оскільки часто неправильне їх вживання може приводити до невиправданих висновків. Отже, симпатія – це

внутрішня прихильність, схвальне ставлення; співпереживання — це мимовільне емоційне зараження, постановка себе на місце іншого. Хоча емпатія і передбачає ці психологічні явища як свої компоненти, та насправді існують певні розбіжності.

Почуття, що виявляє медичний працівник – це не жалість («мені Вас шкода»), не симпатія («співчуваю Вам»), а емпатія – «я з Вами». Бути емпатичним означає увійти до світу іншого, зберігаючи можливість у будь-який момент повернутися до реального світу. Коли це не вдається та медичний працівник залишається на довгий час у стані, подібному до емоційного стану пацієнта, йому самому становиться у нагоді професійна психологічна допомога. Саме такий стан, на нашу думку, є одним з фактором професійного вигорання медичних працівників.

Згідно з типологією медичних сестер І. Харді, лише одному типу медсестер – материнському – притаманне виявлення щирого співчуття та турботи. Характеризуючи цей тип, А. М. Спрінц виділяє наступні характеристики: здатність до співчуття, жалісливість, учасливість, здатність втішити. Недоліком такого типу може стати брак дисципліни у відділенні [78].

Розглянемо дані щодо сучасного стану вивчення проблеми моральних цінностей медичних працівників.

Вивчаючи засоби виховання милосердя у майбутніх медичних сестер, Т. О. Недоводєєва виділила наступні фактори:

1. Соціально-педагогічні: послідовне включення студентів у соціально-професійну спілку медичних працівників, відповідне ціннісно-орієнтоване інформаційне забезпечення, конструювання певного професійно-морального простору у лікувальних закладах;
2. Форми виховання милосердя: побут медичного училища (одяг, традиції тощо), зміст навчання (з використанням ситуативних задач, сенситивного тренінгу, ділових ігор), професійно-особистісне консультування.
3. Організація трирівневого соціального досвіду: на мікрорівні-посвята у студенти; на мезорівні – включення студента до волонтерської

роботи; на макрорівні – робота з виховання нового набору та участь у конкурсах з професійної майстерності.

4. Специфіка викладацького складу медичного училища;

5. Індивідуальна допомога студенту у вирішенні проблем, що пов'язані із проявом милосердя [53, 54].

Також існує необхідність у визначенні критеріїв сформованості милосердя. Так, Т. О. Недоводєєва пропонує наступні показники сформованості милосердя у студентів медичного училища:

- Мотиваційно-ціннісний – ступінь усвідомлення суспільної значущості надання медичної допомоги пацієнту, рівень інтеріоризації гуманістично-орієнтованої системи цінностей);

- Емоційно-чуттєвий – рівень розвитку емпатії, ступінь суб'єктивної значущості переживання позитивних емоцій при здійсненні діяльності, наявність моральних почуттів, альтруїзму, співчуття;

- Конкретно-практичний – рівень реалізації соціальних і професійних ролей, виконання яких обумовлено проявом милосердя, рівень знань про способи милосердної поведінки, рівень регуляції діяльності і поведінки студента гуманістично орієнтованою системою цінностей, наявність готовності до надання реальної допомоги пацієнтам [53, 54].

На підставі здійсненого аналізу проблеми милосердя та беручи до уваги специфіку медичної діяльності нами розроблена структурна модель милосердя медичних працівників (рис. 2.1).



Рис. 2.1. Структурна модель милосердя медичних працівників

Когнітивний компонент включає уявлення про милосердя, усвідомлення необхідності милосердної поведінки.

Емоційно-мотиваційний компонент характеризується розвиненістю здібностей до емпатії, соціально-психологічна настанова особистості на альтруїзм.

Діяльнісний компонент виявляється у реалізації певної милосердної поведінки.

Існують нагальні потреби у існуванні психологічних критеріїв сформованості милосердя. Користуючись показниками сформованості милосердя, виділеними Т. О. Недоводеєвою [53, 54] з основних компонентів, виділених Л. С. Ощепковою [56], ми можемо виділити три рівні сформованості милосердя:

1. **Низький рівень:** характеризується низьким ступенем усвідомлення необхідності пробачення та уявлень про милосердя, низькими показниками емпатії та альтруїзму, низькою готовністю до допомоги.

2. **Середній рівень:** усвідомлення необхідності милосердної поведінки, середні рівні емпатії та альтруїзму, сприйняття допомоги іншим та милосердної поведінки як можливого сценарію дій.

3. **Високий рівень:** високий рівень уявлень про милосердя з елементами особистого ставлення; високий рівень емпатії та альтруїзму; допомога іншим сприймається як бажана поведінка.

Висновки до другого розділу

Розгляд особливостей виявлення милосердя медичними працівниками дозволяє зробити наступні висновки:

1. Милосердя, з точки зору медичної етики та деонтології має бути фундаментом, на якому ґрунтується професійний розвиток лікаря та догляд за хворими. Це бажання та вміння професіонально проявити турботу та співчуття. Милосердя може виступати і засобом, і метою, і результатом професійної підготовки.

2. Милосердя медичного працівника розглядається у тісному зв'язку з емпатією, що є професійно-важливою якістю медичного працівника. Емпатія становить собою фактор готовності лікаря до професійної діяльності в таких формах вияву, як співчуття, здатність ставити себе на місце іншого та емоційно відгукуватися на переживання хворого. Саме це сприяє встановленню довірливих стосунків, необхідних для побудови терапевтичного діалогу.

Виділено поняття «клінічної емпатії» як здатність реалізувати прояви розуміння емоцій пацієнта у взаємодії із ним. Вона включає до себе як відомі нам компоненти (когнітивний, емоційний та поведінковий), так і мотиваційний компонент як те, що спонукає лікаря до надання адекватної допомоги пацієнту з метою відновлення у нього стану психологічного та фізичного комфорту.

3. Існує і протилежний погляд на роль емпатії у діяльності медичного працівника: так, оскільки робота лікаря передбачає постійне зіткнення з людським стражданням, емоційну напругу та висуває певні вимоги до спілкування, лікарі потребують штучного психологічного бар'єру від інтенсивних негативних переживань. Тож в деяких випадках має місце зниження емпатичності медичних працівників з метою психологічного захисту.

4. Емпіричні дослідження емпатії медичних працівників надають різні результати, які можуть залежати від професійної готовності та самовизначення лікарів – так, зниження дуже високого рівня емпатії може бути спробою регулювати власний емоційний стан, запроваджуючи певний психологічний захист; і навпаки, зниження низького може бути проявом спроби відмовитись від допомагаючої професії та початок переосмислення власних сильних сторін.

5. Виховання емпатії медичних працівників може бути цілеспрямованим та контрольованим процесом, що включає до себе низку факторів, а саме:

- Соціально-педагогічні;
- Побутові;
- Змістовні;
- Побудова соціального досвіду;
- Особливості викладацького складу;
- Індивідуальна допомога, що може бути задачею практичного психолога.

На підставі здійсненого аналізу проблеми милосердя та беручи до уваги специфіку медичної діяльності нами розроблено структурну модель милосердя медичних працівників, що включає когнітивний, емоційно-мотиваційний та поведінковий компоненти. Виділено рівні сформованості милосердя.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ МИЛОСЕРДЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

3.1 Організація та методичне забезпечення дослідження

На основі представленого теоретичного аналізу поставленої проблеми нами було висунуто **припущення** про те, що милосердя як інтегральна особистісно і професійно-значуща якість медичного працівника визначається гармонійним розвитком когнітивного, емоційного-мотиваційного та поведінкового компонентів, і в звичайних умовах професійної діяльності проявляється недостатньо.

Метою емпіричного дослідження було вивчення особливостей прояву милосердя у медичних працівників.

Завдання дослідження

- а) добір психодіагностичних методик з метою перевірки гіпотези;
- б) якісний і кількісний аналіз отриманих даних емпіричного дослідження;
- в) обговорення отриманих результатів і висновки за підсумками дослідження;
- г) визначення подальших перспектив розробки заявленої проблематики.

Дослідницьку вибірку склали 60 осіб – медичних працівників (лікарі, медичні сестри, фельдшери). Вік досліджуваних 25 – 45 років, професійний стаж 5 – 17 років. Basis дослідження стали Міська лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги м. Запоріжжя, Запорізька міська багатопрофільна клінічна лікарня №9, МЦ «Онколайф», Емпіричне вивчення особливостей прояву милосердя у медичних працівників проводилося в 2019-2020 році у три етапи.

Перший етап: здійснення теоретичного аналізу психолого-педагогічної літератури з теми дослідження, визначення підходів до вивчення проблеми, обґрунтування структурної моделі милосердя медичних працівників

Другий етап: здійснення підбору надійного пакету діагностичних методик, формування дослідницької вибірки, проведення емпіричного дослідження особливостей прояву милосердя медичних працівників.

Емпіричне дослідження проводилося на місці роботи респондентів задля створення довірливої атмосфери. Після попередньої бесіди з досліджуваними, їм давалися інструкції до тестів, у яких треба було відповісти на низку запитань і вибрати необхідний варіант відповіді або дати свою відповідь. Обмеження в часі не було, гарантувалася конфіденційність дослідження.

Третій етап: кількісна обробка і якісний аналіз отриманих даних, здійснення інтерпретації результатів дослідження, аналіз методів підвищення рівня прояву милосердя у медичних працівників.

Наше дослідження відповідає дескриптивній стратегії, оскільки в дослідженні ми намагаємося визначити структуру феномена милосердя, з'ясуємо наявність рівнів сформованості милосердя та особливості прояву милосердя в медичних працівників.

Для досягнення мети, перевірки гіпотези та виконання завдань, ми використали такі **методи** дослідження:

- *теоретичні:* індукції і дедукції (для формування та перевірки гіпотези), аналізу, синтезу, узагальнення (аналіз і синтез літератури з обраної проблеми, синтез і узагальнення отриманих результатів);

- *емпіричні:* психодіагностичні методики для дослідження структури милосердя, ступеню розвитку складових милосердя, психологічних особливостей особистості;

- *математико-статистичні методи* обробки експериментальних даних на базі пакету статистичних програм IBM SPSS-20: кількісний і якісний аналіз результатів дослідження, описова статистика (обчислення середніх значень, знаходження процентного розподілу), метод кореляції за К. Пірсоном.

Психодіагностичний інструментарій склали наступні **методики**:

- «Методика незакінчених речень» (авт. Дж.М. Сакс, модифікація).
 - «Діагностика емпатійних здібностей» (авт. В.В. Бойко);
 - «Діагностика соціально-психологічних настанов особистості у мотиваційно-потрібнісній сфері» (авт. О.Ф. Потьомкіна);
 - «Емпатійний потенціал особистості» (авт. І. М. Юсупов);
- Коротко розглянемо кожен з обраних методик.

Методика незакінчених речень Дж.М. Сакса у модифікації для вияву ставлення особистості до милосердя, допомоги та загальних емпатичних здібностей (Додаток А).

Методика містить 3 шкали та 12 незакінчених речень:

1) Ставлення до допомоги (4 речення)

Включає до себе дві субшкали, що теж можуть бути представлені до аналізу:

- Готовність допомагати (речення 1,5);
- Ставлення до допомоги інших (речення 2,6).

2) Уявлення щодо милосердя (речення, 3,7,9,11)

3) Загальна емпатія (речень: 4,6,10, 12).

За основу було взято методику Дж.М. Сакса та її модифікації (Т.А. Заєко, М. Ньюттена, В. Міхала тощо), що дозволяють виявити усвідомлювані і неусвідомлювані установки людини, показує її ставлення до батьків, сім'ї, до представників свого і протилежної статі, до вищих за службовим становищем і підлеглих, до своїх страхів і побоювань, до почуття провини, до минулого і майбутнього, до життєвих цілей. В нашому випадку у центрі уваги опинилися ключові поняття, що входять до структури милосердя, а саме допомога (як поведінковий прояв), уявлення щодо милосердя (як когнітивний прояв системи уявлень щодо певних цінностей) та загальні емпатичні здібності (як емоційний компонент – співчуття, увага до почуттів іншого, власні переживання з приводу страждань іншої людини).

Обробка результатів

Кількісний аналіз передбачає попередню експертну оцінку емоційної насиченості кожної пропозиції. Для оцінки відповідей досліджуваного пропонується наступна шкала:

«+2» - максимальне, чітко виражене, сильно позитивне ставлення до об'єкта або суб'єкта, про який йде мова в реченні;

«+1» - позитивне ставлення;

«0» - нейтральне ставлення до того, про що йде мова, відсутність виразності будь-яких емоцій;

«-1» - негативне ставлення;

«-2» - максимальне, чітко виражене, сильно негативне ставлення до об'єкта або суб'єкта, про який йде мова в реченні.

Кількісний показник підраховується для кожної шкали окремо у вигляді загальної сумарної оцінки кожного з речень. Його величина розташовується в межах від «+8» до «-8» та може бути нульовою.

В результаті тестування визначаються сфери, в яких переважають позитивні установки (позитивний досвід, позитивне сприйняття, позитивні очікування), і області, в яких переважають установки близькі до негативних або негативні (негативний досвід, негативне сприйняття, негативні очікування).

Якісний (змістовний) аналіз проводиться, перш за все, для виявлення можливих причин існування сфер, що мають негативні індекси за результатами кількісної оцінки і залежить від цілей дослідження.

Методика може проводитися як у групі, так і індивідуально, в письмовому варіанті або у вигляді бесіди [28].

Методика діагностики емпатійних здібностей В. В. Бойко.

Мета: дослідження виявів емпатії — здатності особистості співпереживати проблемам інших людей. Методика налічує 36 питань та 6 шкал. Досліджуваному пропонується відповісти «так» у разі погодження із твердженням або відповісти «ні», якщо він не погоджується.

Аналізуються показники окремих шкал і загальна сумарна оцінка рівня емпатії. Оцінки за кожною шкалою 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 цікавості 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.

Настанови, які сприяють чи перешкоджають емпатії, відповідно полегшують чи, навпаки, ускладнюють 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 настанов 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.

Обробка даних будується на підрахуванні правильних (до «ключа») відповідей за кожною шкалою, а потім визначається сумарна 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. Настанови, 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.

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 — занижений; менше 14 балів дуже низький [62].

Методика діагностики соціально-психологічних настанов особистості у мотиваційно-потребнісній сфері О. Ф. Потьомкіної.

Мета методики – діагностика соціально-психологічних настанов особистості. Методика складається з 80 питань, що дають відповіді на питання «Що важливо в житті?» Перша частина, 40 питань, показує, що важливіше для

людини: альтруїзм чи егоїзм, процес або результат. Друга частина, теж 40 питань, спрямовані на оцінку значущості свободи або влади, змісту роботи або грошей. В інструкції до методики пропонується дати відповідь на кожне питання «так», якщо воно чітко описує поведінку досліджуваного або «ні», якщо поведінка досліджуваного не відповідає тому, про що йдеться в питанні.

Для нашого дослідження доцільно використовувати першу частину, а саме ту, що спрямована на виявлення орієнтації людини на альтруїзм чи егоїзм, процес або результат. Найбільшу цікавість викликають результати із шкали «альтруїзм» як результат вивчення якості, яку ми розглядаємо як структурну одиницю поняття милосердя.

Результати методики підраховуються згідно із ключем:

Перша частини: виявлення настанов на «альтруїзм – егоїзм», «процес – результат»:

«Орієнтація на процес»: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37

«Орієнтація на результат»: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38

«Орієнтація на альтруїзм»: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39

«Орієнтація на егоїзм»: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40

При обробці результатів за кожну відповідь «так» начисляється 1 бал – тож, досліджуваний може набрати максимум 11 балів за кожною шкалою.

Інтерпретація отриманих результатів будується на наступних поглядах:

1) Люди, більш орієнтовані на процес, менше замислюються над досягненням результату, часто запізнюються зі здачею роботи, їх процесуальна спрямованість перешкоджає їх результативності; ними більше рухає інтерес до справи, а для досягнення результату потрібно багато рутинної роботи, негативне ставлення до якої вони не можуть подолати.

2) Люди, що орієнтуються на результат, одні з найбільш надійних. Вони можуть досягати результату у своїй діяльності всупереч суті, перешкодам, невдачам.

3) Люди, які орієнтуються на альтруїстичні цінності, часто на шкоду собі, заслуговують на повагу. Альтруїзм найцінніша суспільна мотивація, наявність

якої відрізняє зрілу людину. При великих значеннях за цією шкалою людина має установку на альтруїзм, на те, щоб діяти перш за все на користь іншим, часто на шкоду собі (і справі).

4) Люди з надмірно вираженим егоїзмом зустрічаються досить рідко. Високі значення за цією шкалою характерні людині, що зосереджена в основному на своїх особистих інтересах. Це не обов'язково означає, що її інтереси зводяться до матеріальної вигоди - просто при прийнятті рішень вона серйозно враховує те, як їх наслідки позначаться на ній особисто. Певна частка «розумного егоїзму» не може нашкодити людині. Швидше за все шкодить його відсутність, причому це серед людей «інтелігентних професій» зустрічається досить часто [62].

Тест емпатійного потенціалу особистості І.М. Юсупова.

Методика складається з 6 діагностичних шкал емпатії, що виражають ставлення до батьків, тварин, людей похилого віку, дітям, героям художніх творів, знайомим і незнайомим людям.

В опитувальнику 36 тверджень, кожне з яких має 6 варіантів відповідей: «не знаю», «ніколи чи ні», «іноді», «часто», «майже завжди», «завжди або так». Кожному варіанту відповіді відповідає числове значення: 0, 1, 2, 3, 4, 5. Тест досліджує емпатію – емоційний відгук людини на переживання інших людей, що виявляється в співпереживанні (ідентифікація з іншим) і в співчутті (співчутливе ставлення до іншого).

Тест базується на діагностиці факторів, що обумовлюють розвиток у суб'єкта емпатійного потенціалу:

- 1) здатності до прийняття ролі;
- 2) сензитивності;
- 3) досвіду даного переживання в емоційній пам'яті випробуваного.

Тест має шкали нещирості, достовірності і психологічного захисту, які дозволяють достовірно оцінити реєстровані показники.

Методика містить такі шкали:

- 1) Емпатія по відношенню до батьків;

- 2) Емпатія по відношенню до тварин;
- 3) Емпатія по відношенню до людей похилого віку;
- 4) Емпатія по відношенню до дітей;
- 5) Емпатія по відношенню до героїв художніх творів;
- 6) Емпатія по відношенню до незнайомих або малознайомих людей.

Підрахунок результатів здійснюється згідно з ключем. Згідно до результатів, виділяють 5 рівнів прояву емпатії.

Дуже високий рівень емпатійності – від 82 до 90 балів. У людини болісно розвинене співпереживання. У спілкуванні вона тонко реагує на настрій співрозмовника, високочутлива, ранима. Нерідко відчуває комплекс провини, побоюючись заподіяти людям клопоту; не тільки словом, але навіть поглядом боїться їх зачепити. Не покидає занепокоєння за рідних і близьких. Будучи засмученою, потребує емоційної підтримки з боку.

Високий рівень емпатійності – від 63 до 81 балів. Людина чутлива до потреб і проблем оточуючих, великодушна, здатна багато їм пробачати. З непідробним інтересом ставиться до людей. Емоційно чуйна, товариська, швидко встановлює контакти і знаходить спільну мову з оточуючими. Як правило, намагається не допускати конфліктів і знаходити компромісні рішення. Постійно потребує соціальне схвалення своїх дій.

Нормальний рівень емпатійності – від 37 до 62 балів. Цей рівень властивий більшості людей. Оточуючі не можуть назвати таку людину товстошкірою, але в той же час вона не належить до особливо чутливих осіб. У міжособистісних відносинах більше судить про інших за їхніми вчинками, ніж довіряє своїм особистим враженням. Не чужі емоціональні прояви, але в більшості своїй вони знаходяться під самоконтролем. У спілкуванні така людина уважна, намагається зрозуміти більше, ніж сказано словами, але при зайвому прояві почуттів втрачає терпіння. Не може прогнозувати розвиток відносин між людьми, тому виходить, що їх вчинки для неї виявляються несподіваними.

Таблиця 3.2

**Психодіагностичний інструментарій дослідження проявів милосердя у
медичних працівників**

Компоненти	Зміст компонентів	Показники прояву	Методики діагностики
Когнітивний	Уявлення про милосердя, усвідомлення необхідності милосердної поведінки	Наявність усвідомлення необхідності пробачення та уявлень про милосердя	«Методика незакінчених речень» (авт. Дж.М. Сакс, модифікація)
Емоційно-мотиваційний	Розвиненість здібностей до емпатії	Розвиненість емпатії	«Діагностика емпатійних здібностей» (авт. В.В. Бойко)
	Соціально-психологічна настанова особистості на альтруїзм	Розвиненість альтруїзму	«Діагностика соціально-психологічних настанов особистості у мотиваційно-потрібнісній сфері» (авт. О.Ф. Потьомкіна)
Поведінковий	Реалізація милосердної поведінки	Ступінь прояву милосердної поведінки	«Емпатійний потенціал особистості» (авт. І. М. Юсупов)

Низький рівень емпатійності – від 12 до 36 балів. Така людина відчуває труднощі у встановленні контактів з людьми, незатишно почуває себе в галасливій компанії. Емоційні прояви у вчинках оточуючих часом здаються їй незрозумілими і позбавленими сенсу. Найчастіше віддає перевагу відокремленим заняттям конкретною справою, а не роботі з людьми. Трапляються моменти, коли відчуває свою відчуженість, оточуючі не надто

шанують її своєю увагою. Але це можна виправити, якщо вона розкриє свій «панцир» і стане пильніше вдивлятися в поведінку своїх близьких і сприймати їх потреби як свої.

Дуже низький рівень емпатійності – 11 балів і менше. Людина не може першою почати розмову, тримається окремо в компанії товаришів по службі, однокурсників, однокласників. Особливо важкі для неї контакти з дітьми та особами, що значно старші за неї. У міжособистісних відносинах нерідко виявляється в незграбному положенні, багато в чому не знаходить взаєморозуміння з оточуючими. Схильна з іронією ставитися до сентиментальних проявів [63].

Дослідження проявів милосердя у медичних працівників здійснювалось згідно з визначеною структурною організацією та методичним інструментарієм (табл. 3.1).

3.2. Особливості прояву милосердя у медичних працівників

З метою комплексного кількісного та якісного аналізу результатів дослідження особливостей прояву милосердя у медичних працівників, отримані дані будуть подані відповідно до структурно-змістової сутності милосердя.

3.2.1. Особливості прояву когнітивного компонента

Для вивчення усвідомлення необхідності милосердної поведінки та ставлення до милосердя взагалі ми використовували методику незакінчених речень. Результати представлені на рис. 3.2.

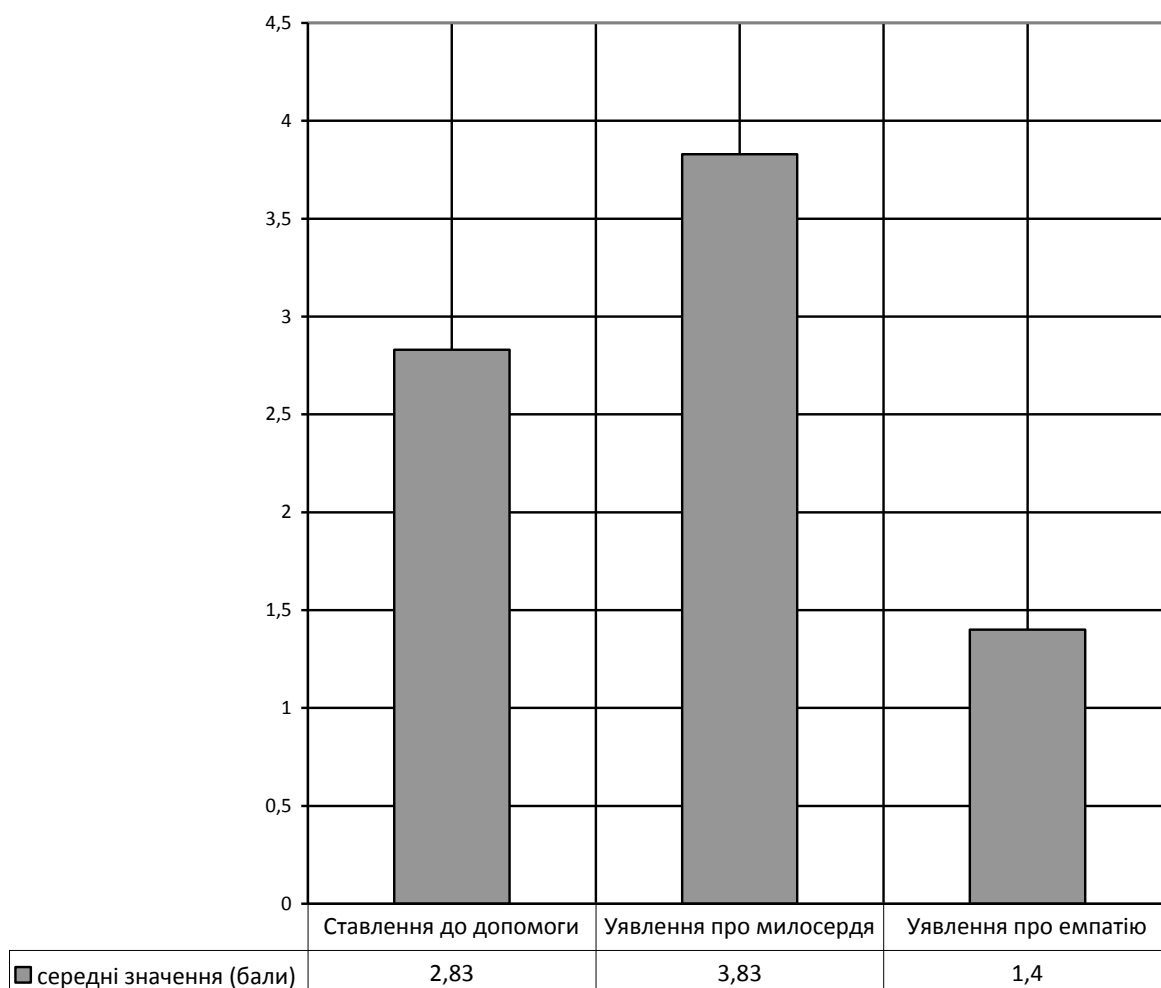


Рис. 3.2. Результати вивчення прояву когнітивного компонента милосердя у медичних працівників

Згідно з отриманими даними, досліджувані не отримали максимального значення за шкалами, скоріше, результати знаходяться у середніх значеннях (ставлення до допомоги – 2,83 балів; уявлення про милосердя – 3,83 балів; уявлення про емпатію – 1,4 балів). Можна також відмітити відсутність різко негативних тенденцій у групі – в середньому, ставлення до цих трьох ключових параметрів є скоріш позитивним.

Для медичних працівників характерним є позитивне сприйняття допомоги (у відношенні як до об'єкта, що отримує допомогу, так і до суб'єкта, що сприймає її) та позитивне уявлення про милосердя, водночас уявлення про емпатію виявилися нижчими. Згідно з отриманими даними, медичні працівники схильні сприймати свою допомогу як щось безоплатне, без очікування винагороди; вони не вважають, що допомога іншої людини має їх обтяжувати.

Досліджувані позитивно налаштовані до ситуацій, у яких фігурує або надання, або отримання допомоги з боку іншої людини. Для медичного працівника допомога не є «особливим» способом дій та не несе додаткових значень, а скоріше спрямована на вирішення складної ситуації.

Наведемо найбільш характерні висловлювання, що були оцінено за наведеною шкалою від -2 до +2, де «+2» – максимальне, чітко виражене, сильно позитивне ставлення до об'єкта або суб'єкта, про який йде мова в реченні; «+1» – позитивне ставлення; «0» – нейтральне ставлення до того, про що йде мова, відсутність виразності будь-яких емоцій; «-1» – негативне ставлення; «-2» – максимальне, чітко виражене, сильно негативне ставлення до об'єкта або суб'єкта, про який йде мова в реченні.

Тож, максимально позитивне ставлення до милосердя можна проілюструвати такими продовженнями речень: «дар добрих людей»; «допомога іншим тебе наповнює»; «це чудово».

Різко негативне ставлення до милосердя виражається, на нашу думку, такими уявленнями: «тобою можуть скористатися»; «це слабкість»; «трапляється щось погане».

Максимально позитивне ставлення до допомоги та готовність допомагати можна проілюструвати такими висловлюваннями: «роблю все можливе»; «отримую сильне задоволення»; «відчуваю власну значущість».

Різко негативне ставлення до допомоги: «призводить до наглості людей»; «у мене виникають проблеми»; «це несправжність».

До максимально позитивного ставлення до емпатії ми віднесли такі висловлювання: «намагаюсь допомогти, розвеселити»; «це робить мене краще»; «засмучуюсь, якщо хтось засмучений».

Різко негативне сприйняття емпатії: «серце не витримає»; «погано для мене закінчиться»; «зійду з розуму» тощо.

Цікаво, що, хоча погляди на умову отримання допомоги більшості досліджуваних збігається – а саме, що щоб отримати допомогу, необхідно лише попросити про неї, вони також сприймають її як щось, що може фігурувати як

предмет обміну. Тобто, існує протиріччя між настановами «щоб отримати допомогу, треба лише попрохати» та «коли мені допомагають, завжди очікують винагороди».

Говорячи про милосердя, медичні працівники схильні використовувати позитивні та теплі слова. Результати досліджуваних щодо емпатії можна пояснити наявністю різко негативних відповідей на ситуації, що описували емоційне включення та переймання станом всіх інших людей. З нашої точки зору, це прояснює особливість емпатії як того, що вимагає все ж таки обмежувати вибір об'єктів емпатії та запобігати емоційному вигорянню лікаря. Таким чином можна припустити, що медик має вміти розподіляти свої емоційні сили відповідно до ситуації, що виникає. На нашу думку, таке розуміння своїх ресурсів та управління ними має розглядатися як одна з характеристик професійної компетентності лікаря. Закономірно постає питання про те, чи можна розглядати емпатію як екзистенційний ресурс, як пропонувалося вище, чи виявлення емпатії само по собі потребує наявності інших ресурсів – соціальних, психологічних тощо. Тож це питання залишається відкритим.

3.2.2. Оцінка прояву емоційно-мотиваційного компонента

Розглянемо специфіку емпатійних здібностей медичних працівників. Результати, отримані за методикою В.В. Бойка представлені на рис. 3.2.

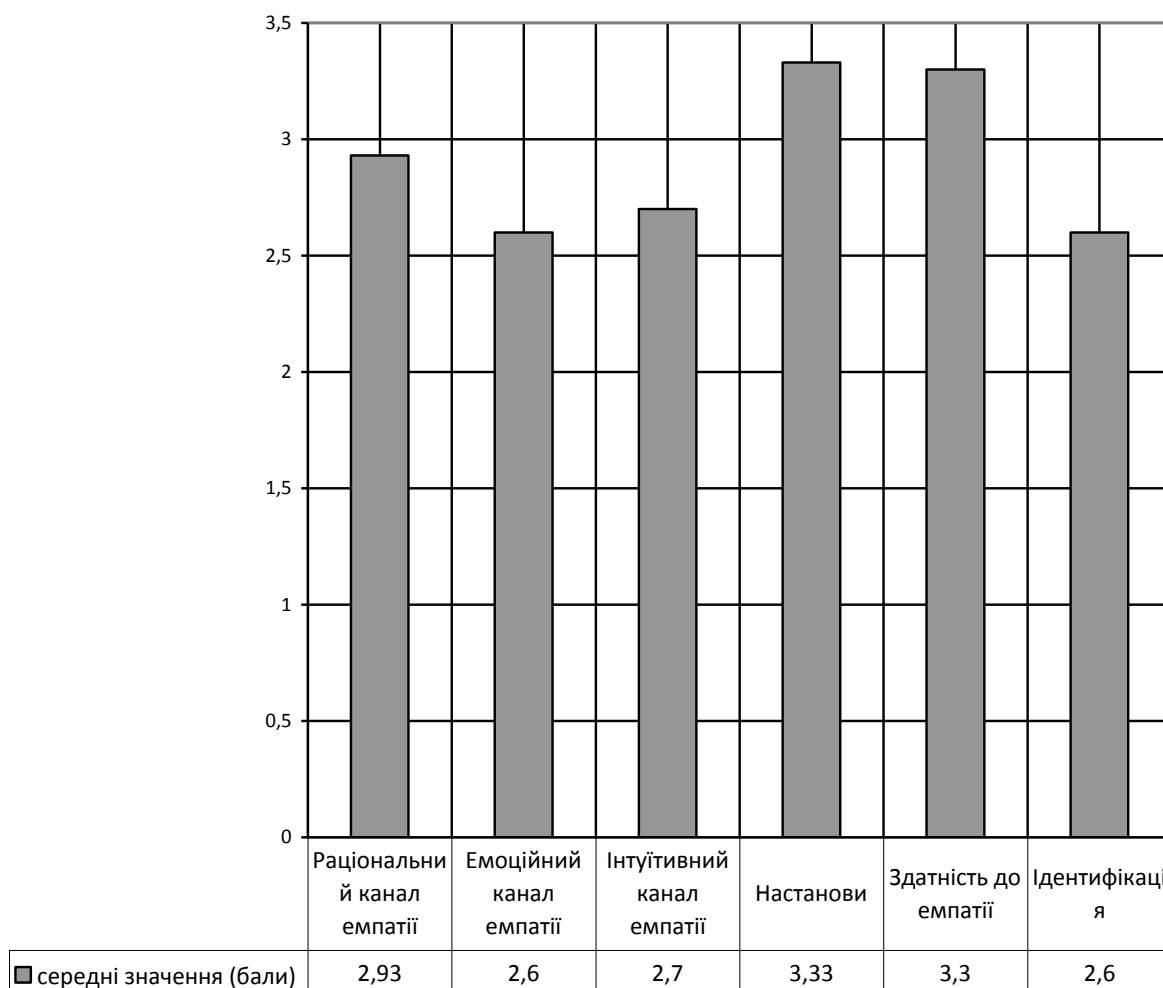


Рис. 3.3. Показники емпатійних здібностей у медичних працівників

Отримані дані засвідчили, що медичні працівники схильні спиратися на раціональний канал емпатії (2,93 балів), мають розвинені настанови на емпатію (3,33 балів) та надають перевагу створенню довірливої атмосфери (3,3 балів). Також досліджувані отримали середні показники здатності до ідентифікації (2,6 балів) – яка, як показано у теоретичній частині роботи, є основою емпатії. Водночас, респонденти меншою мірою спираються на емоційний канал емпатії (2,6 балів), що розуміється як входження до емоційного резонансу із іншим, глибоке співчуття та співучасть. Цей канал емпатії також пов'язаний із певним енергетичним підстроюванням з метою розуміння внутрішнього світу та поведінки співрозмовника. Тож медичні працівники менше використовують емоційний канал емпатії: вони не налаштовані витратити психічні сили для встановлення емоційного зв'язку або поглиблення до внутрішнього психологічного життя людини. Трохи вищі показники за шкалою інтуїтивного

каналу емпатії (2,7 балів) свідчать про готовність досліджуваних спиратися в першу чергу на нелогічні та підсвідомі знання в оцінці поведінки та стану партнера.

Такі дані можуть пояснюватися по-різному: опираючись на концепції, розглянуті у теоретичному розділі ми можемо припустити, що такі значення емпатії медичних працівників пов'язані із певним психологічним захистом; також, можливим доцільним виходом може бути виокремлення поняття «клінічного милосердя» на зразок «клінічної емпатії», що матиме певні структурні особливості. Можливо, такі дані обумовлені також особливістю роботи медика: адже, з одного боку, за умов стресу, браку часу та споглядання людських страждань втрачається легкість встановлення емоційного зв'язку; з іншого боку, може відпадати необхідність в емоційному розумінні через наявність багатого життєвого досвіду. Отже, набувши певних навичок у розумінні людей інтелектуальним шляхом, медик не матиме необхідності «налаштовуватися» емоційно на кожного пацієнта та зберігатиме таким чином неабиякий психологічний ресурс.

Отже, згідно з приведеним аналізом, медичні працівники є більш націленими на суть людини, її проблему; вони настроєні бачити стан іншого, схильні до виказування зацікавленості та, разом з тим, надають перевагу ненапруженій, щирій атмосфері у спілкуванні.

Максимальний бал з кожної шкали – 6 балів, тож до показників вище середнього рівня (більше 3-х балів) можна віднести такі шкали, як настанови та здатність до емпатії. До значень значно нижче середнього належать показники таких шкал, як ідентифікація та емоційний канал емпатії.

Занепокоєння визивають наступні дані, представлені на рис. 3.4, на якому представлені результати вивчення загального рівня емпатії медичних працівників. Хоча такі дані є релевантними до розглянутих нами досліджень, такі показники вимагають нагальної уваги з боку практичної психології та психологічної підтримці у медичних закладах, адже емпатія, що розглядається як здатність входити у стан іншої людини, застосовуючи уявлення та інтуїцію,

становить собою фактор готовності лікаря до професійної діяльності. Саме здатність ставити себе на місце іншого та емоційно відгукуватися на переживання хворого сприяє встановленню довірливих стосунків, необхідних для побудови терапевтичного діалогу.

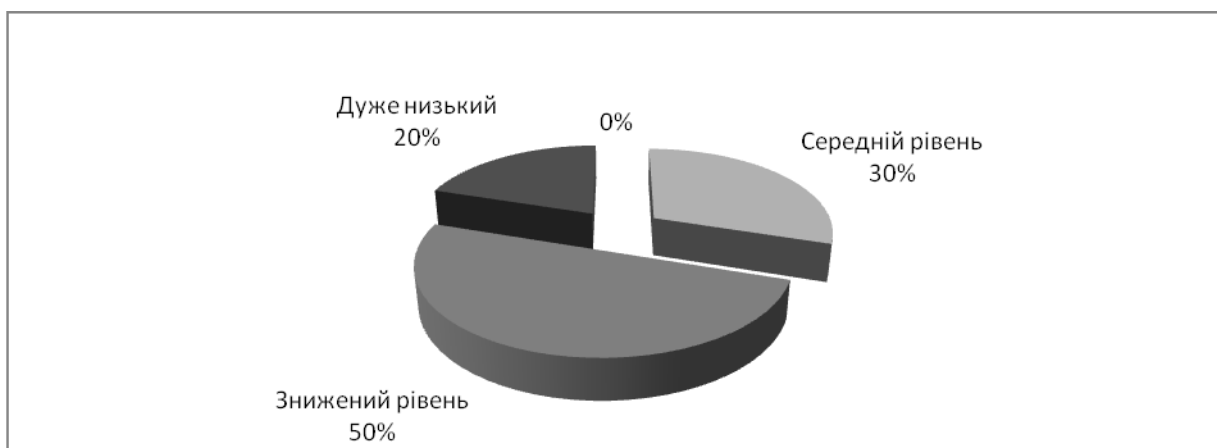


Рис. 3.4. Показники загальної емпатії респондентів

Отже, досліджені нами лікарі у своїй більшості не схильні до встановлення емоційного зв'язку та співпереживання навіть у формі «я з Вами» як здатність увійти до світу іншого одночасно зберігаючи можливість у будь-який момент повернутися до реального світу. Можливо, це є наслідком невміння регулювати власний емоційний стан, розуміння своїх емоцій та встановлення кордонів.

Так, згідно до рисунку 3.3, 20% досліджуваних медичних працівників має дуже низький рівень емпатії, половина (50%) – знижений рівень та 30% – середній рівень. Жоден медичний працівник в рамках цього дослідження не продемонстрував високого рівня емпатії. З іншого боку, постає питання щодо ролі рівня емпатії медичного працівника з огляду на його професійне вигорання – але розгляд цієї проблеми не є однією із основних цілей нашого дослідження. Можна зробити припущення, що, згідно з розглянутими теоретичними поглядами, зниження емпатії може виконувати роль певного психологічного захисту.

Ці результати також є подібними до тих, що були розглянуті нами у теоретичній частині, а саме: у порівнянні з результатами дослідження

С. В. Мітіної [50], де 80% лікарів мали низький та нижчий за середній рівень емпатії, в нас цей показник знаходиться на рівні 70%, але відсоток лікарів, що мають середній рівень емпатії суттєво вищий (30% проти 18%). Середній показник емпатії знаходиться на рівні 17,43 балів, що, хоча і входить до інтервалу низького рівня емпатії, є вищим, ніж у дослідженні О.Ю. Гроголевої (16,01 балів) [13].

Важко порівнювати результати із даними дослідження Т. О. Недоводеєвої [53, 54], бо нашими досліджуваними є не студенти-медики, що знаходяться лише на стадії формування професійної самосвідомості, – а вже працюючі професіонали із різними показниками трудового досвіду. Отже, вони вже подолали перші труднощі, пов'язані із зіткненням з картинами людського болю та страждань та залишилися в обраній професії.

Розглянемо результати за наступною складовою емоційно-мотиваційного компоненту милосердя медичних працівників – розвиненістю альтруїзму.

Одним з ключових питань цієї роботи є визначення співвідношення альтруїстичних та егоїстичних орієнтацій працівника. Результати за методикою О.Ф. Потьомкіної подані у рис. 3.5.

Отримані дані засвідчили, що показники орієнтації як на альтруїзм (5,86 балів), так і егоїзм (4,1 балів) знаходяться в однаковому числовому діапазоні середнього рівня. Такі дані на перший погляд можуть бути дуже суперечливими, адже уявляється, що це дві взаємовиключні тенденції, але це можна пояснити спробою знайти баланс у вигляді «доречного» альтруїзму, що не має на увазі жертвності та емоційного включення до всіх без винятку подій.

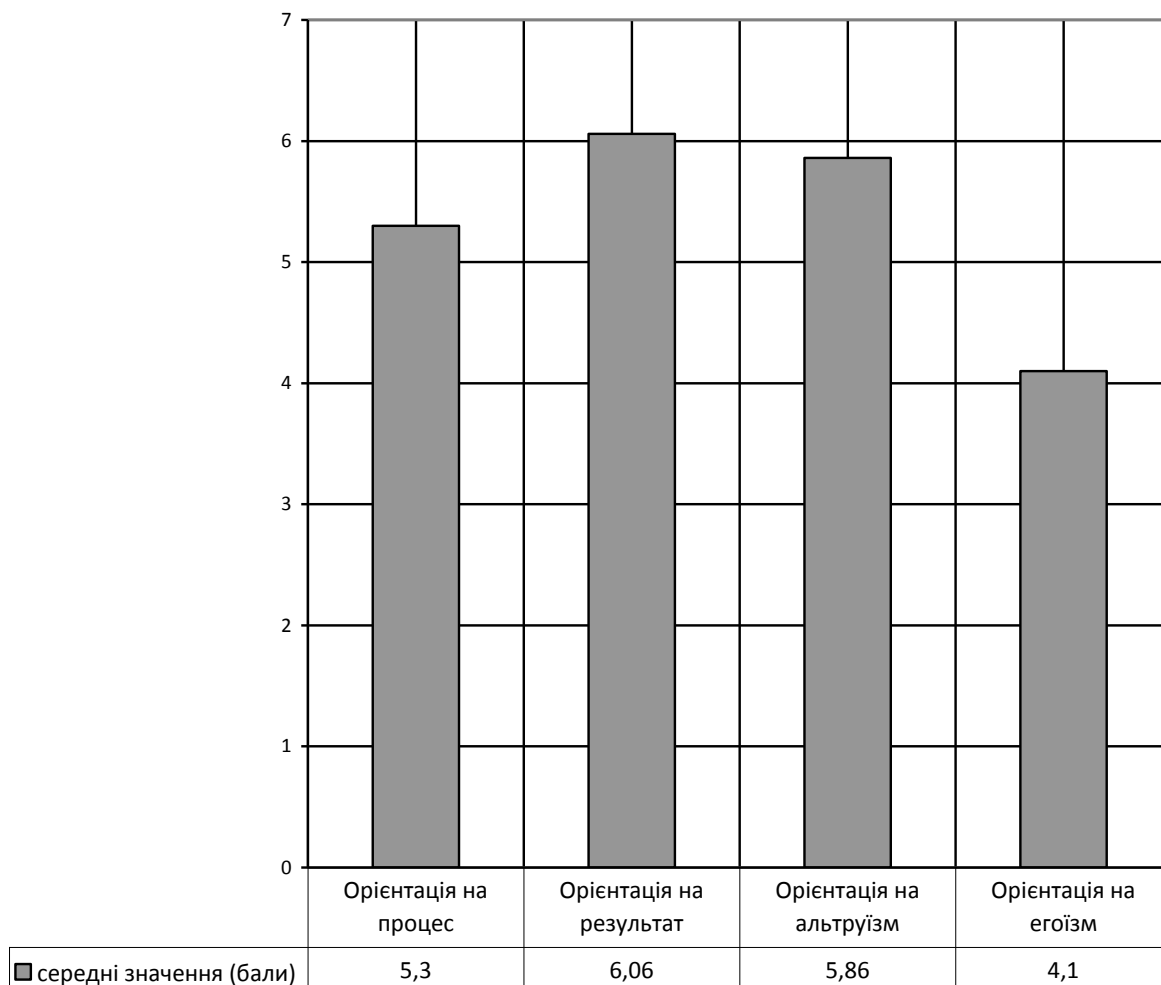


Рис. 3.5. Показники соціально-психологічних настанов особистості у мотиваційно-потрібнісній сфері в медичних працівників

Максимальна кількість балів за кожною шкалою – 11. Тож найвищі значення медичні працівники отримали по шкалі орієнтації на результат (6,06 балів), а найменші – по орієнтації на егоїзм (4,1 балів). Аналізуючи їх психологічний профіль можна сказати, що медичні працівники спрямовані на отримання бажаного результату та схильні діяти на користь результату навіть у складних умовах, при наявності певних складнощів та невдач.

Згідно з представленими даними, медики є менш орієнтованими на процес (5,3 балів) – тобто, більш позитивно ставляться до рутинної роботи, що необхідна для досягнення результатів, схильні до методичної праці, що може навіть не визивати цікавості, але є необхідною для забезпечення результатів у майбутньому.

Отже, медичні працівники не мають надмірно вираженого егоїзму. Скоріше, при прийнятті важливих рішень вони схильні розглядати наслідки, що позначаються особисто на них. Також, неможна виключати позитивне значення деякої частки «розумного егоїзму», відсутність якого може нашкодити людині.

3.2.3. Специфіка прояву поведінкового компонента

Розглянемо результати дослідження за складовою поведінкового компонента милосердя – реалізацією милосердної поведінки у медичних працівників. Отримані дані за методикою І. М. Юсупова представлені на рис. 3.6.

Максимальним балом, що може отримати досліджуваний по кожній із шкал, є 15 балів. Як ми бачимо, вибірка не демонструє високі результати за жодною із шкал. Результати, що можна назвати вищими за середній рівень, має група медичних працівників за такими показниками, як емпатія по відношенню до батьків (8,56 балів), емпатія по відношенню до людей похилого віку (8,33 балів) та емпатія по відношенню до незнайомих або малознайомих людей (8 балів). Несподіваною була відсутність у групі медичних працівників вищого рівня емпатії з малознайомими та незнайомими людьми – бо ця категорія є основною у професійній взаємодії.

Цікаво, що найнижчий результат зафіксовано за шкалою емпатії з дітьми (6,03 балів). На нашу думку, це може бути ще одним доказом існування певного психологічного захисту, що вимагає медиків відсторонюватися від найбільш емоційно-впливових ситуацій, якою може бути, наприклад, лікування дитини.

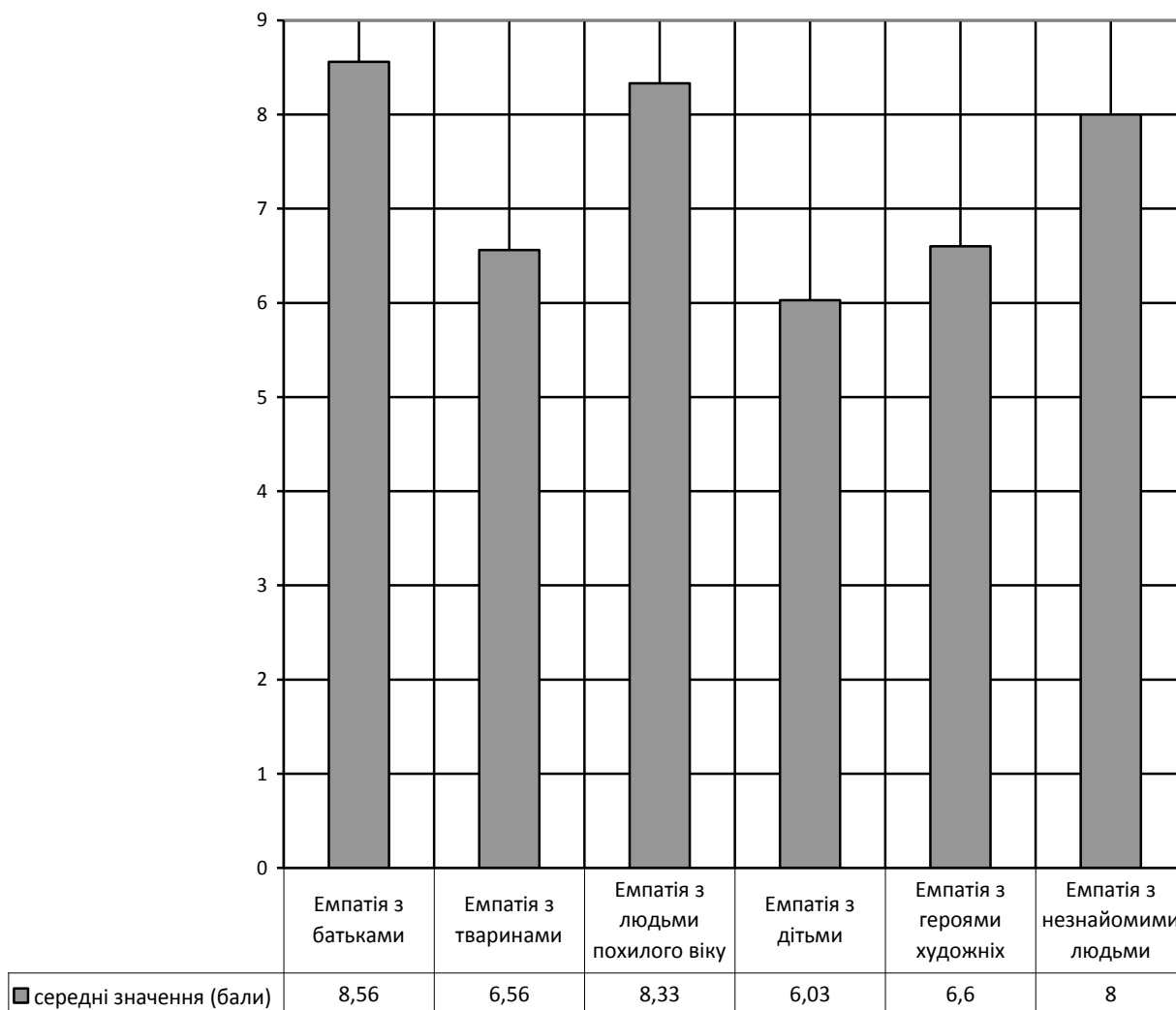


Рис. 3.6. Показники емпатійного потенціалу у медичних працівників

Говорячи про середні показники загального рівня емпатії, що можна підрахувати за сумою показників всіх шкал, медичні працівники мають 38,08 балів, що відповідає середньому рівню прояву емпатії у поведінці. Отримані результати свідчать про те, що медичні працівники – досить чутливі особи, але більш схильні покладатися на свої судження щодо вчинків інших людей, ніж довіряти внутрішнім відчуттям та інтуїції. Досить добре контролюють свої емоційні прояви та з обережністю ставляться до бурхливого виказування емоцій з боку іншої людини. Іноді вчинки інших людей становляться для них несподіванкою – через брак уяви у прогнозуванні стосунків.

3.3. Узагальнені результати вивчення прояву милосердя у медичних працівників

З метою виявлення загальної картини взаємозв'язку структурних компонентів милосердя у медичних працівників було проведено кореляційний аналіз за допомогою коефіцієнту кореляції за Карлом Пірсоном (r).

Встановлення системи взаємозв'язків дає змогу перевірити припущення про те, що структура милосердя включає когнітивний, емоційно-мотиваційний та поведінковий компоненти.

Результати кореляційного аналізу представлені в табл. 3.3., 3.4.

Таблиця 3.3

Показники взаємозв'язку когнітивного компоненту з емоційно-мотиваційним та поведінковим компонентами милосердя

Складові компонентів милосердя	Когнітивний компонент		
	Ставлення до допомоги	Уявлення про милосердя	Готовність до емпатії
Емоційно-мотиваційний компонент			
Емпатійні здібності	0,30**	0,21**	0,42**
Орієнтація на альтруїзм	0,35**	0,29**	0,33**
Орієнтація на егоїзм	0,11	-0,28**	-0,40**
Поведінковий компонент			
Емпатійний потенціал	0,37**	0,27**	0,43**

Примітка. **Кореляція значуща на рівні 0,01

За результатами кореляційного аналізу було зафіксовано наявність позитивних взаємозв'язків між всіма структурними компонентами милосердя. Аналіз взаємозв'язку *когнітивного* компоненту з *емоційно-мотиваційним* та *поведінковим* компонентами дозволив встановити наступні значущі взаємозв'язки:

- розвиненості емпатійних здібностей з ставленням до допомоги ($r=0,30$; $p\leq 0,01$); уявленням про милосердя ($r=0,21$; $p\leq 0,01$); готовністю до емпатії ($r=0,42$; $p\leq 0,01$);

- орієнтації на альтруїзм з ставленням до допомоги ($r=0,35$; $p\leq 0,01$); уявленням про милосердя ($r=0,29$; $p\leq 0,01$); готовністю до емпатії ($r=0,33$; $p\leq 0,01$);

- орієнтації на егоїзм з уявленням про милосердя ($r=-0,28$; $p\leq 0,01$); готовністю до емпатії ($r=-0,40$; $p\leq 0,01$). Виявлена обернено пропорційна кореляція означає, що чим вищою є егоїстична орієнтація, тим менше особа замислюється над необхідністю милосердя та милосердної поведінки;

- емпатійного потенціалу з ставленням до допомоги ($r=0,37$; $p\leq 0,01$); уявленням про милосердя ($r=0,27$; $p\leq 0,01$); готовністю до емпатії ($r=0,43$; $p\leq 0,01$).

Таблиця 3.4

Показники взаємозв'язку емоційно-мотиваційного та поведінкового компонентів милосердя

Складові емоційно-мотиваційного компоненту	Поведінковий компонент (Емпатійний потенціал)
Емпатійні здібності	0,32**
Орієнтація на альтруїзм	0,42**
Орієнтація на егоїзм	-0,25**

Примітка. **Кореляція значуща на рівні 0,01

За результатами кореляційного аналізу було зафіксовано наявність позитивних взаємозв'язків між всіма структурними компонентами милосердя. Аналіз взаємозв'язку *емоційно-мотиваційного* та *поведінкового* компонентів милосердя дозволив встановити наступні значущі взаємозв'язки:

- емпатійного потенціалу з емпатійними здібностями ($r=0,32$; $p\leq 0,01$); орієнтацією на альтруїзм ($r=0,42$; $p\leq 0,01$); орієнтацією на егоїзм ($r=-0,25$; $p\leq 0,01$).

Розглянемо питання щодо підвищення рівня прояву милосердя у медичних працівників.

Програма сприяння прояву милосердя повинна мати багатовекторний характер, враховувати визначені структурні компоненти милосердя, а також бути особистісно-зорієнтованою. Серед основних завдань процесу сприяння прояву можна виділити такі:

- стимуляція етичної рефлексії знань, діяльності (власної, колег, історичних постатей, героїв художніх творів);

- формування ціннісно-шанобливого ставлення до життя в усіх його проявах;

- розвиток гуманістичних цінностей. Формування у свідомості людини особистісно значимих суб'єктивних цінностей. Усвідомлення цінності живої природи зумовлює мотиви милосердної поведінки, а визнання людиною самоцінності кожного живого організму є необхідною умовою збереження життя цих організмів і Життя загалом. Це можливо шляхом формування відповідного світогляду і визнання життя – найвищою цінністю;

- стимуляція потреби у милосердному ставленні до об'єктів живої природи та пацієнта, як суб'єкта професійної діяльності;

- отримання досвіду індивідуального та колективного використання знань про милосердну модель поведінки.

Розглянемо методи і форми розвитку милосердя як професійно значущої якості медиків [18, 19, 75]. *Диспут* – це метод формування суджень, оцінок, переконань, заснованих на давно відкритих закономірності. Його суть полягає в аналізі понять, захисті своїх поглядів, виявленні слабких і сильних сторін у судженні опонента. Метою диспуту є створити орієнтовну основу для формування милосердя.

Проведення *етичних бесід* з метою: розвитку моральних цінностей для оцінки подій, вчинків, явищ; формування ставлення до об'єктів живої природи та суб'єктів професійного впливу. Знання про цінності, засвоєнні у процесі пізнання їх суті і особливостей у ході етичних бесід, служили стимулом і мотивом поведінки та професійно значущої діяльності медичних працівників.

Використання психолого-педагогічних методів біоетичного виховання (арт-терапія, імітаційне моделювання, метод лабілізації, метод турботи, метод ритуалізації діяльності, метод експектацій, метод страху, метод асоціацій, метод доручень, мозковий штурм), які можуть використовуватись самостійно та при реалізації інших методів. Зупинимось детальніше на їх характеристиці, яку навела О.С. Троцька [75].

Арт-терапія – відображення світу природи та почуттів, викликаних ним, засобами мистецтва. У науково-педагогічному розумінні арт-терапія розглядається як метод розвитку та зміни особистості, групи чи колективу за допомогою різних видів і форм мистецтва та творчості (наприклад, засоби образотворчого мистецтва, фотографії, відеозйомка, звукозапис, ліплення, моделювання природними матеріалами, музика, колаж). Творчість, реалізована у арт-терапії, дає можливість висловити та відтворити внутрішні почуття, переживання, сумніви, конфлікти та сподівання, у символічній формі пережити ще раз важливі події, адже спонтанна образотворча діяльність здатна виражати неусвідомлюваний зміст психічного життя.

Імітаційне моделювання – це метод, що передбачає побудову моделей процесів, що описують, як ці процеси проходили б насправді, передбачає прогнозування та демонстрацію природних процесів і фрагментів реальності шляхом особистісної включеності у неї. Моделювання здійснюється через призму особистісного ставлення та почуттів.

Метод лабілізації. Його метою є цілеспрямований корекційний вплив на певні взаємозв'язки в образі світу особистості, внаслідок чого виникає психологічний дискомфорт, зумовлений розумінням неефективності усталених стратегій індивідуальної діяльності.

Метод ідентифікації полягає у безпосередньому переживанні суб'єктом того чи іншого ступеня ототожнення з об'єктом живої природи, у вмінні поставити себе на місце живої істоти, занурити себе у простір, ситуацію, обставини, у яких вона знаходиться. Цей метод стимулює процес психологічного моделювання стану живих істот, сприяє кращому розумінню цього стану, завдяки чому поглиблює відомості і уявлення про них, сприяє відповідному ставленню до живих організмів.

Метод емпатії передбачає здатність емоційно відгукуватись на переживання іншої живої істоти, вміння побачити світ очима іншого, спосіб проникнення подумки в іншу істоту для кращого її розуміння. Даний метод стимулює до співпереживання внаслідок перенесення особистого стану на об'єкт живої природи через співчуття внаслідок переживання особистих емоцій та почуттів.

Метод рефлексії базується на самопізнанні, на осмисленні власних дій, вчинків та їх закономірностей у ставленні до живого. Цей метод стимулює усвідомлення медика того, якою виглядає його поведінка з боку тих об'єктів, яких вона стосується. Такий самоаналіз зумовлює тактовність поведінки і дозволяє людині встановлювати контакти з різними живими істотами.

Отже, вважаючи на те, що медичний працівник в своїй роботі стикається з психологічними, духовними, соціальними і фізичними аспектами пацієнта як особи, а не лише з діагнозом хворого у вузькій сфері маніпуляцій і догляду, етичною основою професійної діяльності є милосердя. У зв'язку з цим, надзвичайно важливим є формування ціннісно-шанобливого ставлення до життя у всіх його проявах (рослинних, тваринних організмів та людини); розвиток милосердя як ціннісної якості особистості; сприяння моральному та емоційному розвитку особистості; формування милосердя як професійно значущої якості особистості та вмінь встановлювати гармонійні стосунки з живими істотами на основі поваги до життя як найвищої цінності, милосердного ставлення до пацієнта.

Спираючись на результати проведеного теоретичного та емпіричного дослідження ми пропонуємо увести до вживання термін «клінічне милосердя» як певну особливість, притаманну медичним працівникам. Таким чином, вирішується протиріччя між низьким рівнем емпатії як наслідком певного психологічного захисту та етичними вимогами до професії медика, що вимагають від нього здатності співчувати людським стражданням. На зразок поняття про «клінічну емпатію», розуміння якого дещо відрізняється від класичного розуміння емпатії та включає до себе адекватне розуміння певних внутрішніх психічних процесів пацієнта стосовно його здоров'я.

Як відомо, клінічна емпатія включає до себе здатність розуміти пацієнта, здатність спілкуватися з пацієнтом з метою розуміння його психічного стану та його емоцій та здатність діяти певним терапевтичним шляхом. Таким чином, клінічна емпатія не тільки поєднує три компоненти (когнітивний, емоційно-мотиваційний та поведінковий) – вона також включає до себе додаткову складову емоційно-мотиваційного компонента – як те, що спонукає лікаря до надання адекватної допомоги пацієнту з метою відновлення у нього стану фізичного та психологічного комфорту.

Отже, на зразок до клінічної емпатії, ми можемо пропонувати створення терміну «клінічного милосердя», що мало би певні особливості, обумовлені саме професією медичного працівника. Іншим шляхом вирішення існуючого протиріччя на практиці ми вбачаємо проведення певних психологічних заходів, що сформували б бачення милосердя як екзистенційного ресурсу, який є джерелом психічної сили та здоров'я.

Залишається невирішеним питання щодо ролі емпатії в професійній діяльності медичного працівника. Від нього вимагається виказування емпатії та співчуття у той мірі, в якій це потрібно для розуміння емоційного стану іншої людини, але в той же час виникає необхідність у застосуванні певних механізмів психологічного захисту для попередження симптомів вигорання. Отже, медичний працівник знаходиться у постійній напрузі через розбіжності потреб, що висуває його праця та власне психічне здоров'я. Згідно з аналізом

теоретичних даних та нашого дослідження, більшість лікарів демонструють середні або нижчі емпатійні здібності.

Перспективним напрямком розвитку наукової проблематики вважаємо розробку та апробацію програми психологічного супроводу з підвищення рівня прояву милосердя у медичних працівників.

Висновки до третього розділу

1. Вивчення прояву когнітивного компонента милосердя у медичних працівників показало, що досліджувані помірно позитивно ставляться до ключових параметрів. Для медичних працівників характерним є позитивне сприйняття допомоги (у відношенні як до об'єкта, що отримує допомогу, так і до суб'єкта, що сприймає її) та позитивне уявлення про милосердя, водночас уявлення про емпатію виявилися нижчими.

2. Вивчення емпатійних здібностей (емоційно-мотиваційний компонент) у медичних працівників засвідчило, що медичні працівники схильні спиратися на раціональний канал емпатії, мають розвинені настанови на емпатію та надають перевагу створенню довірливої атмосфери. Більшість респондентів не схильні до встановлення емоційного зв'язку та співпереживання як здатність увійти до світу іншого одночасно зберігаючи можливість у будь-який момент повернутися до реального світу. Такі результати пояснено наслідком невміння регулювати власний емоційний стан, розуміння своїх емоцій та встановлення кордонів.

3. Дослідження соціально-психологічних настанов особистості у мотиваційно-потрібнісній сфері (емоційно-мотиваційний компонент) зафіксували середній рівень прояву альтруїстичних настанов. Медичні працівники спрямовані на отримання бажаного результату та схильні діяти на користь результату навіть у складних умовах, при наявності певних складнощів та невдач. Досліджувані не мають надмірно вираженого егоїзму, а при прийнятті важливих рішень вони схильні розглядати наслідки, що

позначаються особисто на них. Також, неможна виключати позитивне значення деякої частки «розумного егоїзму», відсутність якого може нашкодити людині.

4. Вивчення прояву поведінкового компонента милосердя показало, що для медичних працівників найбільш характерно проявляти емпатію по відношенню до батьків, по відношенню до людей похилого віку та по відношенню до незнайомих або малознайомих людей. Констатовано середній рівень прояву емпатії у поведінці: досліджувані – досить чутливі особи, але більш схильні покладатися на свої судження щодо вчинків інших людей, ніж довіряти внутрішнім відчуттям та інтуїції. Досить добре контролюють свої емоційні прояви та з обережністю ставляться до бурхливого виказування емоцій з боку іншої людини. Іноді вчинки інших людей становляться для них несподіванкою – через брак уяви у прогнозуванні стосунків.

5. За результатами кореляційного аналізу було зафіксовано наявність позитивних взаємозв'язків між всіма структурними компонентами милосердя. Виявлена міцність кореляційних зв'язків підтверджує припущення про те, що милосердя як професійно-важлива якість медичного працівника визначається гармонійним розвитком когнітивного, емоційно-мотиваційного та поведінкового компонентів.

ВИСНОВКИ

Відповідно до поставлених завдань, можна сформулювати наступні висновки:

1. Аналіз теоретичних уявлень про милосердя демонструє, що це поняття є складним та багатовимірним, воно надбало сучасного розуміння під впливом низки філософських та релігійних поглядів. На сучасному етапі розвитку психології не існує єдиного теоретичного підходу до розгляду феномену милосердя: милосердя розглядається як риса-якість; як цінність; як поведінка або поведінковий акт; як особистісна якість; як екзистенційний ресурс тощо. Актуальним питанням залишається відокремлення поняття «милосердя» від синонімічних понять «співчуття», «прощення», «співпереживання». Основою милосердя вбачається здатність особистості до емпатії та ідентифікації себе з іншим. Милосердя має певні вікові особливості розвитку та виявлення. Говорячи про милосердя, зарубіжні психологи використовують близькі за змістом поняття: прощення, співстраждання, любов до близьких та до людства, самоспівчуття, «розумне співчуття» тощо.

2. Милосердя, з точки зору медичної етики та деонтології має бути фундаментом, на якому ґрунтується професійний розвиток лікаря та догляд за хворими. Воно є допоміжним фактором у розвитку вміння та бажання професійно проявити турботу та співчуття. Милосердя може виступати і засобом, і метою, і результатом професійної підготовки. Милосердя медичного працівника розглядається у тісному зв'язку з емпатією, що є професійно важливою якістю медичного працівника.

На підставі здійсненого аналізу проблеми милосердя та беручи до уваги специфіку медичної діяльності нами розроблена структурна модель милосердя медичних працівників, яка включає когнітивний, емоційно-мотиваційний та поведінковий компоненти. Когнітивний компонент включає уявлення про милосердя, усвідомлення необхідності милосердної поведінки. Емоційно-

мотиваційний компонент характеризується розвиненістю здібностей до емпатії, соціально-психологічна настанова особистості на альтруїзм. Діяльнісний компонент виявляється у реалізації певної милосердної поведінки. Виділено рівні сформованості милосердя.

3. Вивчення прояву когнітивного компонента милосердя у медичних працівників показало, що досліджувані помірно позитивно ставляться до ключових параметрів. Для медичних працівників характерним є позитивне сприйняття допомоги (у відношенні як до об'єкта, що отримує допомогу, так і до суб'єкта, що сприймає її) та позитивне уявлення про милосердя, водночас уявлення про емпатію виявилися нижчими.

Вивчення емпатійних здібностей (емоційно-мотиваційний компонент) у медичних працівників засвідчило, що медичні працівники схильні спиратися на раціональний канал емпатії, мають розвинені настанови на емпатію та надають перевагу створенню довірливої атмосфери. Більшість респондентів не схильні до встановлення емоційного зв'язку та співпереживання як здатність увійти до світу іншого одночасно зберігаючи можливість у будь-який момент повернутися до реального світу.

Дослідження соціально-психологічних настанов особистості у мотиваційно-потребнісній сфері (емоційно-мотиваційний компонент) зафіксували середній рівень прояву альтруїстичних настанов. Медичні працівники спрямовані на отримання бажаного результату та схильні діяти на користь результату навіть у складних умовах, при наявності певних складнощів та невдач.

Вивчення прояву поведінкового компонента милосердя показало, що для медичних працівників найбільш характерно проявляти емпатію по відношенню до батьків, по відношенню до людей похилого віку та по відношенню до незнайомих або малознайомих людей. Констатовано середній рівень прояву емпатії у поведінці: досліджувані – досить чутливі особи, але більш схильні покладатися на свої судження щодо вчинків інших людей, ніж довіряти внутрішнім відчуттям та інтуїції.

За результатами кореляційного аналізу було зафіксовано наявність позитивних взаємозв'язків між всіма структурними компонентами милосердя. Виявлена міцність кореляційних зв'язків підтверджує припущення про те, що милосердя як інтегральна особистісно і професійно значуща якість медичного працівника визначається гармонійним розвитком когнітивного, емоційно-мотиваційного та поведінкового компонентів.

4. Програма сприяння прояву милосердя повинна мати багатовекторний характер, враховувати визначені структурні компоненти милосердя, а також бути особистісно-зорієнтованою. Визначено основні завдання процесу сприяння прояву милосердя: стимуляція етичної рефлексії знань, діяльності (власної, колег, історичних постатей, героїв художніх творів); формування ціннісно-шанобливого ставлення до життя в усіх його проявах; розвиток гуманістичних цінностей; стимуляція потреби у милосердному ставленні до об'єктів живої природи та пацієнта, як суб'єкта професійної діяльності; отримання досвіду індивідуального та колективного використання знань про милосердну модель поведінки.

Перспективним напрямком розвитку наукової проблематики визначено розробку та апробацію програми психологічного супроводу з підвищення рівня прояву милосердя у медичних працівників.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аверин В.А. Психологическая структура личности. СПб. : Изд-во Михайлова В.А., 1999. 89 с.
2. Амонашвили Ш.А. Здравствуйте, дети! М. : Просвещение, 1983. 208 с.
3. Аполлонов А.В., Васильев В.В., Гиренок Ф.И. Философия : Учебник ; под. ред. А.Ф. Зотова, В.В. Миронова, А.В. Разина. 6-е изд., перераб. и доп. ; МГУ им. М.В.Ломоносова. М. : Проспект, 2013. 672 с.
4. Апресян Р.Г. Дилеммы благотворительности. *Общественные науки и современность*. 1997. № 6. С. 56-67.
5. Бех І. Д. Виховання особистості : сходження до духовності. К. : Либідь, 2006. 272 с.
6. Боришевський М. Й. Особистість у вимірах самосвідомості : монографія. Суми : Еллада, 2012. 608 с.
7. Булах І. С. Психологічні основи особистісного зростання підлітків : дис. ... доктора психол. наук : 19.00.07. К., 2004. 582 с.
8. Вишнівська Н. В. Поняття милосердя і його виховання у дітей. *Вісник психології і педагогіки* : Збірник наук. праць / Педагогічний інститут Київського університету імені Бориса Грінченка, Інститут психології і соціальної педагогіки Київського університету імені Бориса Грінченка. – Випуск 4. К., 2010. URL: http://www.psyh.kiev.ua/Збірник_наук._праць._-_Випуск_4.
9. Вірна Ж. П., Мудрик А.Б. Особистісна вимогливість професіонала : теорія, практика, методи вивчення : монографія. Луцьк : СНУ ім. Лесі Українки, 2014. 256 с.
10. Выготский Л. С. Психология развития человека. М. : Смысл : «Эксмо», 2005. 1136 с.
11. Глінчук Ю. О. Виховання милосердя у дітей молодшого шкільного віку в умовах кардіоревматологічного санаторію. Автореф. ... дис. канд. пед. наук. Вінниця, 2011. 22 с.

12. Горай О. В. Професійний саморозвиток майбутніх медичних сестер / фельдшерів. *Професійний саморозвиток майбутнього фахівця* : монографія; за ред. В. А. Ковальчук. Житомир : ЖДУ ім І. Франка, 2012. С. 150-182.

13. Гроголева О.Ю. Особенности образа больного у различных категорий медицинских работников в зависимости от уровня эмпатии. *Вестник Омского университета. Серия «Психология»*, 2007. №2. С. 11-16.

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

15. Гусева В. Изучение эмпатических способностей младших школьников как структурного элемента категории «милосердие школьник». *Society. Integration. Education. Proceedings of the International Scientific Conference. Volume II*. 2016. С. 66-76.

16. Гусейнов А.А. Понятие морали. *Этическая мысль* : журнал Института философии РАН; Гл. Ред. А.А. Гусейнов. Вып.4. М. : ИФ РАН, 2003. С.3–13.

17. Гусейнов А.А. Этика. Новая философская энциклопедия: В 4 т. Ин-т философии Российской акад. наук; Гл. ред. В.С. Степин. М. : Мысль, 2001.Т. IV. С. 472-477

18. Данюк М. І. Виховання милосердя як професійно значущої якості майбутньої медичної сестри. *Педагогічний альманах*. 2015. Вип. 27. С. 146-151.

19. Данюк М. І. Формування професійно значущих якостей майбутніх молодших спеціалістів сестринської справи в процесі фахової підготовки: дис. ...канд. пед. наук : 13.00.01; Тернопіль, 2016. 309 с.

20. Дедюлина М.А. Этика : Учебно-методическое пособие. Таганрог: ТРТУ, 2005. 100 с.

21. Долинська Л. В., Темрук О. В. Тренінг особистісно-професійної зрілості. К. : Марич, 2010. 128 с.

22. Ежевская Т.И. Ценности как важный психологический ресурс личности. *Гуманитарный вектор*. 2010. № 2 (22). С. 55-59.

23. Етичний кодекс лікаря України. [Електронний ресурс] URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09>

24. Зенькова М.А. Повышение эффективности нравственного воспитания в профессиональной подготовке будущего учителя. *Вестник ГрДУ имени Янки Купалы*. Сер. 3. Филология. Педагогика. Психология. 2008. № 3. С.140-146.
25. Ильин Е. П. Психология помощи. Альтруизм, эгоизм, эмпатия. Питер, 2013, 304 с.
26. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. СПб. : Питер, 2011. 512 с.
27. Іваненко Л.В. Виховання милосердя в антропологічній системі К. Д. Ушинського. *Вісник Дніпропетровського університету імені Альфреда Нобеля*. Серія «Педагогіка і психологія». 2014. № 2 (8). С. 6-11.
28. Казачкова В.Г. Метод незаконченных предложений при изучении отношений личности. *Вопросы психологии*. 1989. N 3. С. 154-157.
29. Канке В.А. Философия: Исторический и систематический курс : Учебник для вузов. Изд. 5-е, перераб. и доп. М.: Логос, 2003, 376 с.
30. Кант И. Критика практического разума. Изд. третье, стереотип. СПб. : Наука, 2007. 528 с.
31. Карандашев В.Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство. СПб. : Речь, 2004. 70 с.
32. Касевич Н. М. Медсестринська етика і деонтологія. 3-тє вид. К. : Медицина, 2013. 200 с.
33. Кобильченко І. В. Стан виховання милосердя у дітей-вихованців дитячих будинків сімейного типу / І. В. Кобильченко // Теоретичні питання культури, освіти та виховання. 2010. № 42. С. 82-86.
34. Коваль О. Є. Вчинок милосердя як канон морального становлення особистості. *Наука і освіта* : наук.-практ. журнал. 2017. № 1. С. 42-48.
35. Кокун О. М. Психологія професійного становлення сучасного фахівця : монографія. К. : ДП «Інформ.-аналіт. агентство», 2012. 200 с.
36. Кузнецова Е. А. Милосердие как ценность в подготовке медсестер: парадигмальный аспект. *Человек и образование*. 2016. № 1 (46). С. 131-134.
37. Кузнецова Е.Г. Личностные ценности: понятие, подходы к классификации. *Вестни каран к ОГУ*. №10 (116). 2010. С. 20-24.

38. Куницына В.Н., Казаринова Н.В., Погольша В.И. Межличностное общение. СПб. : Питер, 2001. 544 с.
39. Леонтьев Д.А. Ценности и ценностные представления. URL: http://psychology.net.ru/articles/print.html?page_id=394
40. Леонтьев Д.А. Ценностные представления в индивидуальном и групповом сознании: виды, детерминанты и изменения во времени. *Психологическое обозрение*. 1998. №1. С.13–25.
41. Леонтьев Д.А. Ценность как междисциплинарное понятие: опыт многомерной реконструкции. *Вопросы философии*. 1996. № 4. С. 15–26.
42. Лихолет Т. О. Жестокость и милосердие в поведении людей. *Управління розвитком*. 2014. № 4. С. 115-118.
43. Логунова Е.Г. К вопросу о необходимости развития феномена милосердия. *Теория и практика общественного развития*. 2012. № 1. С. 30-33.
44. Логунова Е.Г. Феномен милосердия: опыт социально-философского анализа : автореф. дис. ... канд. филос. наук : 09.00.11; Ижевск, 2012. 20 с.
45. Лучок І. І. Милосердя як соціокультурна цінність. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Сер. Педагогіка. Соціальна робота. Вип. 2. Ужгород : УНУ, 1999. С. 79–81;
46. Малахов В.А. Этика : курс лекцій : навч. посібник; 4-те вид. К. : Либідь, 2002. 384 с.
47. Марьенко И.С. Основы процесса нравственного воспитания школьников. М. : Просвещение, 1980. 179 с.
48. Милосердие. Учебное пособие ; В. В. Горбунов, В. Л. Вихнович, С. В. Зуев и др. ; под ред. М. П. Мчедлова. М. : РОССПЭН, 1998. 214 с.;
49. Михальська Ю. А. Особливості побудови стратегій психологічного захисту в професійній діяльності медичних сестер : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. Луцьк, 2014. 20 с.
50. Мітіна С.В. Емпатія як професійно важлива якість медичного працівника. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Вип. 1. Т.1. 2017. С. 83-88.

51. Мур Дж. Э. Принципы этики / Пер. с англ. Коноваловой Л.В. М. : Прогресс, 1984. 326 с.
52. Мухина В. С. Возрастная психология : феноменология развития, детство, отрочество. 7-е изд., стереотип. М. : Академия, 2002. 456 с.
53. Недоводеева Т.А. Воспитание милосердия у будущей медицинской сестры: дис. канд. пед. наук : 13.00.02; Костромской государственной университет. Кострома, 2006. 253 с.
54. Недоводеева Т.А. Понятие милосердия и сущность милосердия медицинской сестры. URL: https://superinf.ru/view_helpstud.php?id=945.
55. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія : навчальний посібник.. К. : КНТ, 2016, 369 с.
56. Ощепкова Л.С. Педагогические условия воспитания и развития милосердия у младших школьников : дис. канд. пед. наук : 13.00.01; Пермский государственный педагогический университет. Пермь, 2001. 181 с.
57. Павелків Р. В. Вікова психологія. К. : Кондор, 2011. 468 с.
58. Павлюк Т. М. Емпатійні чинники професійної адаптації медичних працівників : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07; Івано-Франківськ, 2007. 22 с.
59. Попіль М. І. Актуалізація особистісних якостей як чинник ефективності професійної діяльності медсестер. *Зб. наук. праць. Наук. записки РДГУ*. Вип. 41. Рівне : РДГУ, 2008. С. 145-148.
60. Поскотина М.И. О феномене милосердия: ретроспективное и современное видение. *Медицина и образование в Сибири*. 2010. №3. С. 364 – 372.
61. Поскотина М.И. Почему милосердие покинуло медицину. *Сибирский педагогический журнал*. 2009. С. 364-372.
62. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Ред. и сост. Райгородский Д.Я. Самара, 2001. 672 с.
63. Психологические тесты. / Под ред. А.А. Карелина. Т.1. М., 2000. 248 с.

64. Психология подростка. Практикум. Тесты, методики для психологов, педагогов, родителей /ред. А. А. Реана. СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК,2003.480 с.
65. Психологічні аспекти медичної праці: навч. посібник / Уклад. І. В. Федік. К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 126 с.
66. Психологія професійної компетентності медичних сестер: адаптаційний вимір : колект. Монографія. Східноєвропейський національний ун-т ім. Лесі Українки ; за ред. Ж. Вірної. Луцьк : СНУ ім. Лесі Українки, 2015. 227 с.
67. Роменець В. А., Маноха І. П. Історія психології ХХ століття. К. : Либідь, 1998. 992 с.
68. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. СПб. :Питер,2001.720 с.
69. Рязанцева Е.Ю. Милосердие как экзистенциальный ресурс личности. *Культурно-історичний та соціально-психологічний потенціал особистості в умовах трансформаційних змін у суспільстві* : Матеріали II міжнар. наук.-практ. конф., (Одеса, 24-25 верес. 2010 р.). Серія. Психологія. Т. 15. Вип. 11. Ч. 2. С. 111-119.
70. Рязанцева Е.Ю. Ресурсный потенциал милосердия при переживании психологического кризиса. *Бехтерев и современная психология человечности*. Сборник статей V Международной научно-практической конференции (10-12 сентября 2015 г.). С. 493 – 499.
71. Скриль О. І. Висвітлення питання виховання милосердя як складника морального становлення підлітків у науковій літературі другої половини ХХ ст. *Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка*. 2013. № 5. С. 61–68.
72. Старостин В.П. Сострадание как социально-нравственный феномен. *Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена*. 2007. С. 260-264.
73. Степанюк А. В., Данюк М. І. Формування професійно значущих якостей медичних сестер у процесі фахової підготовки : монографія. Тернопіль : ТНПУім. В. Гнатюка, 2017. 224 с.
74. Тофтун М.Г. Етика : підручник для вузів. 2-ге вид., випр., допов. К., 2011. 437 с.

75. Троцька О. С. Біо(еко)етичне виховання: теорія і практика : Монографія. Тернопіль : Вид-во «Вектор», 2012. 244 с.

76. Уварова Л.Р. Воспитание милосердия у студентов университета в процессе их обучения : Дис. ... канд. пед. наук : 13.00.02; Костромской государственной университет. Кострома, 2001. 165 с.

77. Ушакова К. Ю. Психологічні чинники становлення професійної «Я-концепції» у студентів медичних коледжів : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07; Нац. пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова. Київ, 2018. 20 с.

78. Харди И. Врач, сестра, больной. Будапешт, 1988. 352 с.

79. Царенкова Е. А., Лунин С. Проблема милосердия как смысло-жизненной стратегии личности. *Северо-Кавказский психологический вестник*. 2014. № 12(1). С. 18-26.

80. Шевченко Н.Ф., Маркова М.В. Shevchenko N., Markova M. Comparative analysis of peculiarities of mercy manifestations in medical staff and representatives of other socio-economic professions / N. Shevchenko, M Markova / Психиатрия, психотерапия и клиническая психология, *Международный научно-практический журнал*, 2019. – Том 10, № 2. – с.353-362.

81. Шульгина Л. Н. Инновационные технологии как фактор формирования профессионализма будущего специалиста : на материале подготовки медицинских сестер : дисс. ... канд. пед. наук : 13.00.08 ; Курск, 2004. 220 с.

82. Шутова В. А. Педагогические условия воспитания милосердия у детей младшего возраста : дис. ...канд. пед. наук : 13.00.06. Смоленск, 1999. 214 с.

83. Юдіна О. М. Професійно значимі якості особистості лікаря. Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України; За ред. С. Д. Максименка. К., 2003. Т. V, Ч. 4. С. 366-370.

84. Юдіна О. М. Психологічні особливості формування емпатійності майбутніх лікарів : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. К., 2004. 20 с.

85. Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников К. : Сфера, 2004. 272 с.
86. Ярина Е.В. Теоретический анализ понятий «ценности» и «ценностные ориентации». *Ученые записки Орловского государственного университета*. 2014. №5 (61). С. 160-162.
87. Collins J. P., Harden R. M. The use of real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations. *Medical Teacher*. 1999. № 20. P. 508–521.
88. Gelhaus P. The desired moral attitude of the physician: (I) empathy. *Med. Health. Care Philos.* 2012. №15(2). P.103–113.
89. Gilbert P. Compassion: Conceptualisations, research, and use in psychotherapy. New York : Routledge, 2005. 273 p.
90. Hoffman, M.L. Empathy and Moral Development: Implications for Caring and Justice. Cambridge : Cambridge University Press. 2000. 155 p.
91. Hwang J. Y., Plante T., Lackey K. The development of the Santa Clara brief compassion scale: An abbreviation of Sprecher and Fehr’s compassionate love scale. *Pastoral Psychology*. 2008. №56. P. 421–428.
92. Koval O. The act of mercy as a canon of moral formation of a personality. *Science and Education*. 2017. Issue 1. P. 42-48.
93. Luskin F. Forgive for good: a proven prescription for health and happiness. New York : Harper San Francisco, 2002. 221 p.
94. Neff K.D. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2003. №2. P. 223-250.
95. Oveis C., Horberg E. J., Keltner D. Compassion, Pride, and Social Intuitions of Self-Other Similarity. *Journal of Personality and Social*, 2010. p. 618
96. Patil, I. et al. Neuroanatomical correlates of forgiving unintentional harms. Patil, I. *Sci. Rep.* 7, 2017. URL: <https://www.nature.com/articles/srep45967>
97. Post S.G., Underwood L.G., Schloss J.P., Hurlbut W.B. Altruism and Altruistic Love: Science, Religion and Philosophy in Dialogue. New York : Oxford University Press, 2002. 500 p.

98. Sarason S.B. Caring and compassion in clinical practice: Issues in the selection, training, and behavior of helping professionals. San Francisco, CA : JosseyBass Publishers, 1985. 214 p.

99. Stosny S. Compassion power: Helping families reach their core value. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*. 2004. P. 58-63.

100. The International Encyclopedia of ethics Edited by Hugh LaFollette 2013 Vol. I Blackwell Publishing Ltd Wiley-Blackwell; 1 edition. 6000 p.

ДОДАТОК А

Методика незакінчених речень

Мета: Вивчення ставлення до допомоги, милосердя та прояву емпатії.

Інструкція: До Вашої уваги пропонується кілька речень. На тестовому бланку необхідно закінчити речення одним або кількома словами на ваш розсуд.

Стимульний матеріал:

1. Мое желание помочь нередко приводит к...
2. Чтобы получить помощь от людей, надо ...
3. Для меня милосердие это ...
4. Когда я вижу что кому-то плохо, я стараюсь...
5. Когда я помогаю другим, я...
6. Помогая другим, большинство людей ожидают...
7. Я могу назвать человека милосердным, если он...
8. Если кто-то страдает, я чувствую себя....
9. Если ты милосерден, то...
10. Люди, которые обычно сопереживают бедам других,...
11. С милосердными людьми всегда...
12. Если я буду внимателен к переживаниям каждого, то...

Аналіз результатів: Відповіді оцінюються за шкалою, де:

-2 – різко негативне ставлення;

-1 – помірно негативне ставлення;

0 – нейтральне ставлення;

1 – помірно позитивне ставлення;

2 - виражено позитивне ставлення.

Шкали:

- *Ставлення до допомоги* (4 речення)

Включає до себе дві субшкали, що теж можуть бути представлені до аналізу:

- *Готовність допомагати* (речення 1,5);
- *Ставлення до допомоги інших* (речення 2,6).
- *Уявлення щодо милосердя* (речення, 3,7,9,11)
- *Загальна емпатія* (речення: 4,6,10,12).