

О.М. Лось

**ПСИХОЛОГІЧНІ ДИСГАРМОНІЇ ОСОБИСТОСТІ В ОСОБЛИВИХ
УМОВАХ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ
(НА ПРИКЛАДІ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ)**

Монографія

Херсон 2014

Херсонський державний університет

Кафедра.....

О.М. Лось

**ПСИХОЛОГІЧНІ ДИСГАРМОНІЇ ОСОБИСТОСТІ В ОСОБЛИВИХ
УМОВАХ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ
(НА ПРИКЛАДІ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ)**

Монографія

Херсон 2014

УДК
ББК
Р

Рекомендовано до друку вченою радою Херсонського державного університету, протокол № від 2016 р.

Наукові рецензенти:

доктор психологічних наук, професор,
декан факультету психології,
Східноєвропейський національний університет
Імені Лесі Українки

Вірна Ж. П.

доктор психологічних наук, професор,
зав.кафедри загальної психології
та психології розвитку особистості,
Одеський національний університет
Імені І.І. Мечнікова

Кіреєва З.О.

Лось Оксана Миколаївна. Психологічні дисгармонії особистості в особливих умовах професійної діяльності (на прикладі діяльності медичної сестри) / О. Лось /– Херсон: Херсон.держ.ун-т, 2016. – 212 с.

ISBN

У монографії розкривається сутність та специфіка виникнення проблеми психологічних деформацій особистості в процесі професійної діяльності, з'ясовано зміст поняття «особливі умови» професійної діяльності медичних сестер та вплив стажу на їх психологічні прояви.

ПОДЯКА

Xxxxx

Особливо вдячна за підтримку у процесі написання наукової роботи:

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДИСГАРМОНІЙ ОСОБИСТОСТІ У ПРОЦЕСІ ЇЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	9
1.1. Професійна діяльність в особливих умовах як об'єкт психологічного дослідження.....	9
1.2. Особистісні психологічні дисгармонії у контексті професійної діяльності.....	24
1.3. Особистість медичних сестер у процесі професійної діяльності в особливих умовах.....	47
Висновки до розділу	59
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДИСГАРМОНІЙ ОСОБИСТОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В УМОВАХ ЇХ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	63
2.1. Принципи та теоретичні засади емпіричного дослідження особистісних дисгармоній медичних сестер.....	63
2.2. Загальна характеристика вибірки та етапи дослідження особистісних дисгармоній медичних сестер	65
2.3. Методи емпіричного дослідження особистісних дисгармоній медичних сестер у процесі їх професійної діяльності	68
Висновки до розділу	79
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДИСГАРМОНІЙ ОСОБИСТОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В ОСОБЛИВИХ УМОВАХ ЇХ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	80
3.1. Операціоналізація конструкту емоційних дисгармоній особистості медичних сестер у процесі їх професійної діяльності з урахуванням стажу та умов професійної діяльності.....	80

3.2. Структура показників емоційних дисгармоній особистості медичних сестер у процесі їх професійної діяльності.....	136
3.3. Емоційні дисгармонії як чинник формування емоційного вигорання особистості медичних сестер в умовах їх професійної діяльності.....	157
Висновки до розділу.....	174
ВИСНОВКИ.....	183
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	187

ВСТУП

В умовах соціально-економічної трансформації, яка відбувається в Україні, до особистості висуваються підвищені вимоги, передусім до сфери її активності у різних сферах діяльності та спілкування.

Важливим осередком розвитку особистості є професійна діяльність, оскільки вона посідає чільне місце у реалізації особистості в цілому. Тобто мова йде про професіогенез, котрий є важливим аспектом соціалізації і, відповідно, впливає на розвиток особистості, в ході якого її психологічний зміст зазнає певних змін у результаті впливу професійної реалізації особистості.

Доречно зазначити, що у професійній діяльності можливий як позитивний, так і негативний особистісний професіогенез, що спостерігається за умови відповідності обраної професії та психологічним особливостям особистості. Якщо професійна діяльність здійснює на особистість негативний вплив, включаються механізми деформації та «вигорання», під впливом якої у особистості виникає професійна обмеженість. За умови масштабного впливу негативних чинників на особистість з часом спостерігається негативний професіогенез особистості, який впливає на всі сфери діяльності особистості, котрі виходять за межі професійної діяльності і сприяють розвитку дисгармонічним проявам. У комплексі утворені негативні прояви не можуть не впливати на професійну діяльність особистості в особливих умовах та на якість виконання професійних обов'язків. Вище зазначене безумовно утворює дезадаптаційні прояви особистості фахівця, тому постає нагальна потреба у їх прогнозуванні і профілактиці у процесі професійній діяльності в особливих умовах.

Професійна діяльність висуває перед фахівцями специфічні вимоги до виконання ними своїх функціональних обов'язків, котрі в науковій літературі отримали визначення особливих умов діяльності. Враховуючи специфіку їх діяльності та реалізації професійних завдань, у фахівців за умови дезадаптації можуть виникати помилки та зриви у процесі виконання

їх професійних обов'язків, що в свою чергу несприятливо впливає на працездатність та здоров'я особистості. Все це змушує по-новому розглядати готовність особистості до професійної діяльності, і, насамперед, в особливих умовах з урахуванням індивідуальних особливостей особистості. Поняття «діяльність в особливих умовах» передбачає, перш за все, професійну діяльність спеціалізованих фахівців, у нашому випадку звертається увага на професійну діяльність середнього медичного персоналу, яка має велике значення для суспільства при наданні якісної медичної допомоги.

У межах окресленої проблеми питання взаємодії медичного персоналу і хворого досліджували Б. Карвасарський, М. Лебединський, С. Лібіх, В. Матвеев, О. Свядоц, В. Ташликов та інші; питання особливостей професійної діяльності медичних працівників та соціально-психологічних чинників її ефективності – І. Вітенко, І. Гурвіч, М. Жукова, Л. Коробка, О. Юдіна та інші. Проте у сфері практичної психології поза межами наукового теоретичного та емпіричного обґрунтування залишається особистість медичної сестри з її індивідуальними властивостями та емоційним реагуванням на виконання функціональних обов'язків у професійних ситуаціях. Окрім того, потребує наукового вивчення низка питань, пов'язаних з самою особистістю медичного працівника середньої ланки – медичної сестри, зокрема: психологічний зміст, причинно-наслідковий зв'язок особистісних дисгармоній з виконанням професійних обов'язків.

З огляду на логіку викладу матеріалу, кожний наступний крок обумовлює та конкретизує постановку проблеми і в експериментальному дослідженні доводиться актуальність здійсненого психологічного дослідження, а отримані результати дають можливість подальшої розробки проблеми психологічних дисгармоній особистості в особливих умовах професійної діяльності середнього медичного персоналу.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДИСГАРМОНІЙ ОСОБИСТОСТІ У ПРОЦЕСІ ЇЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

1.1. Професійна діяльність в особливих умовах як об'єкт психологічного дослідження

Як свідчать наукові дослідження у галузі психології, професійна діяльність є найважливішою складовою життєдіяльності особистості, оскільки вона визначає основну форму її активності, рівень її професійної діяльності надає можливість самореалізуватися, розкрити свої здібності, самоствердитися, досягти певного соціального статусу. Самореалізація особистості у професійній діяльності впливає на виконання функціональних обов'язків медичної сестри, особливості яких визначаються, в першу чергу, особливими умовами професійної діяльності.

Учені-психологи – Г. Балл [18], Ф. Березін [22], Н. Богомолова [31], М. Борисова [61], С. Миронець [129], В. Попков [156] М. Папуча [61] – акцентують увагу на тому, що професійна діяльність фахівців багатьох галузей сучасного українського суспільства відбувається в складних умовах, внаслідок чого й виникають нові тлумачення та поняття цих умов: «особливі», «важкі», «кризові», «стресові», «надзвичайні», «екстремальні». Тому в сучасній психологічній літературі велика кількість досліджень присвячена різним видам професійної діяльності в особливих умовах: діяльності льотчиків, військових спеціалістів, співробітників правоохоронних органів, пожежників. Так, Г. Балл [61], А. Заньковський [72], О. Легун [103], А. Маркова [124], А. Налчаджян [136], В. Павленко [142;] розглядають аспекти діяльності особистості в особливих умовах як специфічні та екстремальні чинники, які безпосередньо впливають на функціональні психічні стани і психологічні якості та прояви особистості.

А учені Б. Ломов [113], А. Маклаков [118], І. Малкіна [123], К. Муздибаєв [135], М. Савчин [168] розглядають професійну діяльність в особливих умовах з точки зору реалізації особистості її професійної підготовки та її стійкості до впливу на неї емоціогенних чинників.

Так, Б. Ломов зазначав, що особливі умови є самостійним класом між нормальними і екстремальними умовами діяльності і відрізняються специфічністю діючих екстремальних чинників, домінуванням у фахівців негативних функціональних станів, зміною психологічної регуляції діяльності [112, с. 145.]. Адекватні умови професійної діяльності відрізняються від особливих, екстремальних та надекстремальних, не лише наявністю екстремальних чинників, а й періодичністю, частотою, тривалістю їх впливу, а також кількісними характеристиками їх інтенсивності – потужністю, дієвістю.

Категорія «особливі умови діяльності» стосується тих ситуацій, у яких діяльність фахівця пов'язана з епізодичністю, нетривалістю впливу екстремальних чинників. Усвідомлення особистістю того, що внаслідок реалізації функціональних обов'язків та діяльності можуть виникати екстремальні чинники та ситуації, професіонал повинен бути готовим до реалізації своїх функціональних обов'язків, не звертаючи уваги на потужність та інтенсивність екстремальних умов, оскільки вони можуть суттєво впливати на кінцевий результат діяльності» [70, с. 115–121].

Слід зазначити, що до особливих умов відносять умови діяльності, при яких раптово виникають ситуації небезпечні для життя суб'єкта діяльності або кола його взаємодії [179]. Причому чинники, які призводять до виникнення екстремальних ситуацій, за своїм змістом можуть бути як фізичними або хімічними, так і соціальними та психологічними, але головна їх особливість полягає в тому, що вони є позаштатними, позаплановими, на думку С. Смирнова [180], Т. Титаренко [186], Е.Фромма [198].

Найважливішою умовою або компонентом діяльності в особливих умовах, за твердженням В. Астапова [9], А. Батаршова [16], В. Бодрова [25], В. Бойка [28], Г. Бреслава [35], Н. Гришиної [52], Л. Дикої [59], А. Донцова [63], є емоційна сфера, а емоції, які виникають в результаті відтворення особистістю дійсності, суттєво впливає на перебіг психічних процесів та станів, і, як наслідок цього, – на прояви ефективності її професійної діяльності. Зміст емоцій може впливати на глобальні форми взаємодії суб'єкта з оточенням та на параметри активності, пов'язані з професійною діяльністю.

На часі особливої актуальності серед наукових досліджень у галузі психології набуває проблема професійної готовності особистості до різних видів діяльності, зокрема, – реалізації професійної діяльності, а також до виконання конкретних функціональних обов'язків в особливих умовах та суспільних ролей [60; 70; 73; 86; 88; 94]. Перебіг професійної діяльності особистості медичної сестри відбувається в особливих умовах, котрі досить сильно відрізняються від звичайного життя. Все це змушує по-новому ставити питання про готовність особистості працівника середньої медичної ланки до виконання своїх функціональних обов'язків.

У своїх наукових дослідженнях Б. Смирнов і Є. Долгополова до особливих умов відносять діяльність в умовах, пов'язаних із небезпекою для життя, ускладненнями при виконанні своїх професійних та функціональних обов'язків, збільшенням темпу діяльності, монотонністю роботи, психологічного навантаження в умовах очікування сигналу до екстрених дій; одночасним поєднанням різних видів діяльності в умовах обмеженої кількості часу та швидкістю виконання поставлених завдань [179].

Особливі умови діяльності, як зазначають С. Смирнов [180], Л. Собчик [181], С. Філішов [193], В. Чудновський [206], В. Шадриков [207], тобто їх підвищені запити до професіонала при навантаженні або за умови інтенсивності можуть викликати виснаження чи астенизацію і

призводити до помилок, порушень, зривів у виконанні професійних обов'язків, котрі несприятливо впливають на працездатність особистості, на стан її здоров'я та при довготривалому впливі викликати стійкі психосоматичні розлади. Особливі умови діяльності пов'язані з впливом екстремальних ситуацій при виконанні медичною сестрою своїх функціональних обов'язків.

Залежно від періодичності, частоти їх виникнення та тривалості розрізняють: власне особливі умови діяльності, які суттєві для тих ситуацій, в яких діяльність пов'язана з епізодичним впливом екстремальних чинників; екстремальні умови діяльності, у нашій ситуації розглядаються як крайня форма особливих умов, котрі пов'язані з постійним впливом на особистість екстремальних чинників. На думку Н. Волошко [46], Н. Дикої [59], В. Зубченко [76], Ф. Космолинського [94], К. Купера [101], Б. Ломова [113], Ю. Поваренкова [148], сутність особливих та екстремальних умов полягає в тому, що вони є невід'ємною частиною професійної діяльності медичної сестри, які виникають у процесі їхньої діяльності, які принципово неможливо змінити чи уникнути. Не зважаючи на зовнішні та психологічні чинники, котрі пов'язані з небезпекою, суттєвим психічним навантаженням, медична сестра повинна виконувати свої функціональні обов'язки.

О. Борисова [29], Ф. Василюк [38], О. Єрмолаєва [66], В. Зазикін [69], А. Заньковський [72], О. Іванова [77]; Б. Смирнов [179], Є. Симанюк [183] обґрунтовують поняття «екстремальні чинники» як чинники, що суттєво впливають на організм в цілому та можуть внаслідок професійної діяльності викликати психосоматичні розлади особистості. При цьому ендогенні чинники можуть викликати адекватні чи неадекватні функціональнопсихічні стани особистості у процесі виконання медичною сестрою її функціональних обов'язків.

Отже, особливі умови, які пов'язані з нервово-психічним навантаженням на особистість та утворюються внаслідок екзогенних,

ендогенних чинників, у процесі професійної діяльності медичної сестри таврують її особистість та спричиняють професійну деформацію і можуть призвести до особистісного вигорання.

І, як зазначають А. Леонова [105], Б. Ломов [110], П. Лушин [116], В. Паньковець [144], А. Полякова [152], що екстремальні умови та особливі умови у професійній діяльності спонукають до розвитку «стресорів», «стрес-чинників», «стресогенних чинників» та «дистресів». Загалом психологічні чинники, які визначають особливі умови професійної діяльності як ускладнені, відрізняються значною різноманітністю, в першу чергу, це вплив шкідливих фізико-хімічних агентів і психологічних чинників, котрі є невідомою частиною професійної діяльності медичної сестри. В. Косарев [92], Г. Никифоров [137], Т. Павлюк [143] до таких умов відносять: випромінювання, вібрації, психічне перевантаження; виникнення непередбачених – екстремальних ситуацій; високий рівень відповідальності, вимогливості до функціональних обов'язків, які передбачають недопущення помилок.

Таким чином, під особливими та екстремальними умовами професійної діяльності нами розуміються низка індивідуально специфічних умов, що знаходяться за межами звичайних і утворюють поле професійної діяльності медичної сестри, в якому її особистість під впливом зовнішніх чинників створює умови до ендогенної реакції, що проявляються у функціонально негативних станах та спричиняють порушення психологічної діяльності та дисгармонії.

Критерії функціонування екстремальних чинників у звичайних та особливих умовах професійної діяльності систематизовано і наведено у таблиці 1.1.

Поняття «особливі умови» передбачає різні умови, що виходять за межі звичайних, в яких можуть вдаватися люди несподівано, незалежно від виду їх діяльності і рівня готовності до впливу загрозливих факторів.

Поняття «діяльність в особливих умовах» передбачає, перш за все, професійну діяльність спеціально підготовлених фахівців.

Таблиця 1.1.

Критерії функціонування екстремальних факторів у звичайних та особливих умовах діяльності

Критерії	Звичайні умови	Особливі умови
Дія екстремального фактору	Діяльність не пов'язана з дією екстремального фактору	Діяльність пов'язана з епізодичною дією екстремального фактору
Усвідомленість екстремального фактору	Неочікувана поява екстремального фактору може зумовити неусвідомлені реакції	Висока усвідомленість ймовірності появи екстремального фактору
Наслідки дії екстремального фактору	Тривога, фрустрація	Нервово-психічна напруженість, негативні емоційні стани зумовлюють порушення психологічної регуляції поведінки, психологічне вигорання

У роботах Л. Алексєєвої [2], Г. Балла [12], Ф. Березіна [18], Л. Виготського [47], Н. Іванової [78], А. Налчаджяна [136] розглядаються проблеми забезпечення життєдіяльності людини в особливих умовах, її залежність від змін середовища під впливом різних екстремальних факторів. Великої уваги при цьому науковці надають питанням адаптації відповідно до основних положень її теорії.

Зокрема, А. Налчаджян [136], О. Саннікова [173], А. Фонарьов [195] акцентують увагу на тому, що адаптація розглядається як процес, за допомогою якого досягається оптимізація функціонування людини та баланс у системі «людина-середовище». З точки зору Л. Анциферової [5], Г. Балла [12], М. Битянова [21], О. Саннікової [173], А. Фонарьова [196], А. Фурмана [199], існує кілька форм проявів феномену адаптації, що дають змогу розглянути адаптацію як динамічне утворення, безпосередній процес пристосування до умов зовнішнього середовища, з одного боку, і як

властивість певної живої саморегульованої системи, що визначає її стійкість до умов зовнішнього середовища і передбачає наявність певного рівня розвитку адаптаційних здібностей, з іншого. Згідно з такою позицією, чим ширше адаптаційні можливості особистості, тим більш імовірно нормальне функціонування організму й ефективне виконання професійної діяльності за умови дії різних психогенних чинників.

Н. Амінов [3], М. Архипова [6], А. Бодальов [23], Л. Божович [26], М. Боришевський [33], Н. Водоп'янова [63] пропонують досліджувати особистість через опозиційне твердження про «її здатність адаптуватися до ускладненої реальності – прагнення змінювати себе на основі розвитку своїх здібностей як самоцінності». «Особистість постійно знаходиться між прагненням змінитися для того, щоб адаптуватися – пристосуватися до зовні заданої їй цінності, щоб залишитися незмінною, і прагненням змінитися, щоб удосконалювати свої цінності, розвивати свої здібності» [183]. У цій ідеї знаходить відображення один з найважливіших принципів системного історико-еволюційного підходу щодо розуміння особистості (Б. Г. Ананьєв, Л. С. Виготський, О. Р. Лурія, О. М. Леонт'єв, С. Л. Рубінштейн), згідно з яким необхідною умовою розвитку різного роду систем є наявність протиріччя (конфлікту або дисгармонійної взаємодії) між адаптивними формами активності, спрямованими на реалізацію родової програми, та проявами активності елементів, які несуть індивідуальну мінливість.

У своїх дослідженнях наголошує Н. Гришина, що для фахівців, чия професійна діяльність пов'язана з особливими умовами, сенсом їх життя є професійне самовдосконалення, оскільки він не обмежується колом вузькоособистих інтересів, виражається прагненням продовження себе в різних сферах діяльності. Окрім того, таке осмислення своєї професійної приналежності дозволяє особистості долати вплив стресових ситуацій [52]. Згідно з обраною проблемою, медичні сестри не є винятком у межах своєї професійної діяльності.

Водночас, вплив особливих умов діяльності на реалізацію професійних цінностей посідає чільне місце у процесі особистісного самовизначення. Н. Водоп'янова [42], Н. Гришина [52], Т. Кириленко [87], М. Корольчук [91], В. Лубанська [114], І. Полушкіна [150], О. Старчикова [42] вважають, що висока напруженість та навантаження в реалізації професійних обов'язків призводить до психосоматичних розладів, до деформації особистості та професійного вигорання. Велика кількість медичних працівників, котрі працюють в особливих умовах, під впливом психосоматичних розладів, до деформації особистості та професійного вигорання про сенс життя говорять як про щось нереальне [75; 84; 89; 161; 163; 172].

Так, Н. Гришина виокремлює групи працівників за змістом впливу особливих умов діяльності на особистість:

- *група професійної та особистісної дезадаптації* – особливі умови професії виявляються для представників цієї групи непосильним випробуванням, що не уможливорює особистісну реалізацію за обраною професією;

- *група «пасивної адаптації»* – характерна «нестійка рівновага» між вимогами професії та рівнем їх реалізації; фахівець певною мірою звикає до професійних ускладнень як до життєвої необхідності і не відчуває задоволення професійною діяльністю;

- *група активного самовдосконалення* – особливі умови сприяють професійному й особистісному зростанню, реалізації. Самовдосконалення стає для них провідним процесом, відбувається підвищення значущості професійної діяльності до самореалізації [52, с. 76–81].

Н. Водоп'янова [47], Л. Гримак [51], А. Занковський [72] вважають, що одним із найбільш несприятливих чинників професійної діяльності є зростання рівня психічної напруженості. Відзначається, що психічна напруженість особистості виникає в результаті складних умов діяльності,

несприятливого розвитку подій і супроводжується відчуттям дискомфорту, тривоги, фрустрації.

Тобто мова йде про особливі умови, які утворюються під впливом цілої низки чинників, зумовлених конкретною специфікою середовища професійної самореалізації, яке пов'язане з виконанням функціональних обов'язків і завдань діяльності та особистим досвідом. Кожен із цих чинників має свій специфічний вплив на поведінку та професійну діяльність медичної сестри.

Проте, на думку Ю. Жукова [68], В. Знакова [75], О. Іванової [77], є й загальні закономірності, властиві для діяльності в особливих умовах. Однією з таких закономірностей є психічне напруження як наслідок професійної реалізації в особливих умовах, вважають В. Зазикін [69], А. Занковський [72], Л. Карамушка [81], Г. Костюк [95], Л. Куликов [100]. В свою чергу, А. Т. Кириленко [87], В. Космолинський [94], Л. Леві [103] стверджують, що психічна напруженість полягає у прогнозуванні несприятливого розвитку подій, які можуть супроводжуватися відчуттям дискомфорту, тривоги, фрустрації.

З точки зору С. Смирнова, для професійної діяльності в особливих умовах властиві три види психічної напруженості: емоційна – афективна, неемоційна – операційна, ділова і змішана [180]. Емоційна напруженість виникає під дією емоціогенних чинників, що викликають переживання несподіваних подій, що супроводжуються тривогою, страхом та іншими негативними емоційними забарвленнями. Ці прояви можуть виникати до початку діяльності, а також безпосередньо у процесі самої діяльності. Виникнення емоційної напруженості пов'язане з динамічною неузгодженістю між об'єктивною значущістю ситуації та її суб'єктивною оцінкою й утворенням небажаних змін фізичних і психічних функцій, обумовлених даним процесом. Емоційна напруженість є найменш спрямованим компонентом у виконанні функціональних обов'язків та

завдань професійної діяльності, оскільки при цьому великого значення набувають спрацювання захисних механізмів.

Операційна напруженість виникає в умовах, що висувають підвищені вимоги до розумових ресурсів та моторики, не пов'язаних з небезпекою або іншими ускладненнями. Ця напруженість зростає поступово, адже вона є результатом професійної реалізації в особливих умовах. Слід зазначити, що такий розподіл видів психічної напруженості в науковій психологічній літературі є досить умовним, оскільки будь-який вид діяльності завжди пов'язаний із залученням емоційної сфери, і за певних умов вона може набути емоційного домінування. Тому найбільш поширеною є форма змішаної психічної напруженості, котра характеризується різною значущістю емоційних компонентів у загальній структурі напруженості і є найбільш характерною для різних видів діяльності в особливих умовах [179, с 254–259].

У межах досліджуваної проблеми цікавим є аспект вивчення зв'язку між психічною напруженістю як результату діяльності в особливих умовах і психологічною, а саме емоційною дисгармонією як основною характеристикою діяльності в цих умовах. Здатність особистості діяти без психічного напруження або, навпаки, з тенденцією до його прояву в особливих умовах діяльності, визначається наявністю полюсного прояву емоційної дисгармонії.

Традиційно діяльність в особливих умовах досліджується шляхом аналізу взаємозв'язків трьох параметрів: екзогенних чинників – наявність екстремальних чинників; ендогенних чинників – взаємозалежність психологічних станів і властивостей особистості; та результатів діяльності [179, с. 178].

У цій тріаді досить важливим є питання про субординацію зовнішніх (об'єктивних) і внутрішніх (суб'єктивних) чинників, або, інакше кажучи, умов діяльності. Визначальними при цьому є суб'єктивні чинники, **позаяк** вихідна формула розуміння детермінізму особистісної поведінки,

сформульована С. Рубінштейном, свідчить, що зовнішні причини діють лише через посередництво внутрішніх умов. Його точку зору підтримують Г. Андрєєва [4], В. Астапов [9], Л. Божович [26], В. Вілюнас [39], Д. Леонтьєв [107], О. Крилов [109], С. Мінюрова [128], В. Поваренков [148]. Отже, за одних і тих же умов потрібно враховувати індивідуальні особливості особистості, і як наслідок – кожна індивідуальність буде діяти по-різному в одній і тій самій ситуації.

З огляду на те, що екзогенні чинники діяльності визначаються об'єктивними характеристиками впливу на особистість у вигляді зовнішніх подразників різних за походженням та власне професійними, які пов'язані з виконанням функціональних обов'язків та завдань – монотонність трудової діяльності, безперервна діяльність, наявність екстремальних чинників, дефіцит вільного часу або перенавантаження, – можна стверджувати, що вони взаємообумовлені та взаємопов'язані, їх розчленування є неможливим.

Серед ендогенних чинників професійної діяльності набувають вагомості індивідуально-особистісні прояви, котрі Н. Самоукіна [171] та Л. Собчик [180] класифікують їх по-різному, з урахуванням: рівня загального інтелекту – інтелектуальна гнучкість, загальна обізнаність, когнітивна гнучкість, практичне мислення, координація здібностей; рівня особистісної стабільності – надійність, резистивність до стресу, впевненість у собі, відповідальність, комунікативність; рівня напруженості, тривожності і психопатологічних симптомо-комплексів; рівня психодинамічних властивостей – нейротизм, екстравертованість/інтравертованість, тип вегетативної реакції. Вони проявляються під впливом екзогенних чинників з поєднанням індивідуально-особистісного змісту в тих чи інших психічних станах і проявах, котрі є досить різноманітними за їх інтегральними характеристиками в конкретних умовах професійної діяльності, і це все визначається як функціональний стан особистості. Це знаходить своє підтвердження у наукових дослідженнях А. Асмолова [8], Р. Білоусової [17], У. Борисової [31], Т. Зайчикової [178], Л. Карамушки [178], С. Максименка

[178]. Іншими словами, функціональний стан свідчить, наскільки особистість готова до виконання тієї чи іншої діяльності, чи достатньо для цього резервів її організму і наскільки вони є надійними з урахуванням індивідуальності кожної особистості.

Так, до основних видів функціональних станів належать: 1) стан оперативного спокою, що характеризує готовність до виконання функціональних обов'язків та завдань з урахуванням умов; 2) стан адекватної мобілізації, що характеризує особистість у період включення її у процес професійної діяльності; 3) стан динамічної неузгодженості, що виникає як реакція особистості на перевантаження у процесі функціональних обов'язків і завдань.

На думку Б. Ломова [111], Н. Самоукіної [171], С. Смирнова [180], найбільш змістовним видом динамічної неузгодженості, котра виникає в особливих умовах, є стрес. Момент переходу від стану адекватної мобілізації до стану динамічної неузгодженості визначає стійкість особистості до стресу або, інакше кажучи, стресостійкість.

Третім параметром вивчення професійної діяльності в особливих умовах є власне результат дії. Цей результат оцінюється якісними та кількісними показниками, за допомогою яких аналізується результат та мета діяльності. На підвалинах цього аналізу робиться висновок про досягнення або не досягнення мети діяльності. Основними показниками ефективності діяльності є продуктивність, якість та надійність. При чому між ефективністю діяльності та функціональним станом існує складний діалектичний взаємозв'язок: виникаючи та розвиваючись під час діяльності функціональний стан суттєво впливає на її характеристику. А при діяльності в екстремальних, особливих умовах цей вплив займає чільні позиції, вважають А. Леонова [105], Б. Смирнов [179]. Тобто мова йде про існування взаємної детермінації функціонального стану та результату діяльності особистості.

Діяльність особистості в особливих умовах найчастіше супроводжується виникненням стресу, котрий проявляється на рівні психофізіологічного стану, що виникає у відповідь на різноманітні екстремальні чинники, котрі називають стресорами або психогенними [180].

Відповідно до концепції канадського вченого Г. Сельє, стрес – це неспецифічна відповідь особистості на певні подразнення, що перевищують індивідуальний поріг [176]. Він для кожного є індивідуальним і залежить від цілої низки екзогенних та ендогенних складових. З цієї причини кожна особистість по-різному реагує на дію одних і тих самих подразників.

Залежно від виду стресора і потужності його впливу на особистість виокремлюють рівень реакції на фізіологічному і психологічному рівнях. Фізіологічний стрес є безпосередньою реакцією особистості на вплив певного стимулу чи подразника, за звичай, фізико-хімічного генезу. Психологічний стрес характеризується включенням складної системи психічних процесів та їх проявів, які опосередковують вплив стресора на особистість та її реакції. Тобто виникає реакція «напруженості». Фізіологічні прояви цього типу стресу аналогічні описаному вище, однак спектр психологічних і поведінкових реакцій особистості має більш змістовний діапазон, що безпосередньо впливає на психофункціональні стани особистості.

Н. Битянова [21], В. Бойко [27], М. Борисова [30], Г. Сельє [176], Б. Теплов [185] психологічний стрес поділяють на три види – інформаційний, емоційний та комунікативний. Інформаційний стрес виникає в умовах інформаційних перевантажень і сенсорного голоду. У першому випадку особистість не справляється із завданням, не встигає приймати правильні рішення в необхідному темпі. У другому – особистість однозначно недовантажена інформацією, що також викликає у неї низку негативних явищ, як-то: нудьга, втрата інтересу до роботи, апатія тощо. Емоційний стрес проявляється в ситуаціях загрози, образи, небезпеки, тривоги. А комунікативний стрес зумовлений реальними проблемами спілкування та

міжособистісною взаємодією у колективі, ці твердження знайшли своє відображення у наукових роботах В. Бойка [27], Г. Бреслава [35], А. Бухановського [37].

Водночас такий розподіл видів стресу є досить умовним. Відмінності полягають у характері подразника (стресора), умов його виникнення і рівня відповідної реакції організму. За впливом на людину стресори поділяють на фізіологічні та психологічні. Фізіологічні стресори зумовлені надмірним фізичним навантаженням, больовими стимулами, впливом низької і високої температури та ін. Психологічні стресори – це фактори, що діють своїм змістовим значенням: загрозою, образою, небезпекою, інформаційним перевантаженням, дефіцитом часу, особливостями спілкування [179].

С. Галкін [48], Б. Ільєсов [126], О. Макарова [126], Е. Габдулліна [126], В. Поліщук [149] доводять, що за своєю фізіологічною сутністю стрес виявляється в загальному адаптаційному синдромі як необхідна і корисна вегетативна і соматична реакція, спрямована на пристосування організму до нових умов існування.

За науковими дослідженнями С. Гланца [48], А. Занковського [72], С. Максименка [121], А. Мелтса [127], стрес з фізіологічної точки зору являє собою адаптаційний синдром і є неспецифічною реакцією організму на впливи різного походження, що виходять за межі норми. При цьому норма суто індивідуальна для кожної особистості й обмежена верхніми і нижніми межами. Г. Сельє запропонував розрізнити два види адаптаційних ресурсів людського організму при стресі – поверхневу і глибоку адаптаційну енергію. Поверхневі ресурси організму активізуються в стресовій ситуації «за першою вимогою», при чому вони досить легко відновлюються, наприклад, після відпочинку. Якщо відбувається відновлення психоенергетичних (адаптаційних) ресурсів, то організм не входить у стан передхвороби [176].

Поверхнева адаптаційна енергія відновлюється за рахунок глибокої перебудови гомеостатичних механізмів організму, яка мобілізується шляхом адаптації. Активізація глибокої адаптаційної енергії починається під час

тривалого перебування в стресовій ситуації та великій затраті «поверхневих енергетичних ресурсів» [40; 176]. Виснаження глибоких ресурсів безповоротно призводить до виснаження організму й емоційного вигорання.

Узагальнюючи різні підходи до впливу екзогенних та ендогенних чинників на професійну діяльність особистості, доречно акцентувати увагу на тому, що їх вплив в особливих та екстремальних умовах супроводжується специфікою виконання функціональних обов'язків та завдань і безпосередньо впливає на результат її професійної діяльності. Під особливими умовами професійної діяльності у сфері медицини розуміємо такі, що пов'язані з середньою ланкою працівників, у нашому випадку, – медичних сестер, які виконують свої функціональні обов'язки та завдання в ситуаціях екстремальності, що носить епізодичний характер.

Традиційно шлях вивчення діяльності в таких умовах відбувається через аналіз взаємозв'язку трьох параметрів: характеристики екстремальних чинників, функціональних станів особистості та показників її діяльності. Ця схема повністю входить до концепції психологічного опосередкування, запропонованої С. Рубінштейном, згідно з якою, зовнішні чинники діють лише через ендогенні умови [110; 120].

Професійна діяльність в особливих умовах найчастіше супроводжується виникненням стресу. При чому стрес є не тільки нормальною, але й необхідною умовою професійної діяльності особистості медичної сестри. Він є закономірною реакцією на психофізіологічному рівні на зміну умов виконання функціональних обов'язків і завдань, викликаною мобілізацією резервних (адаптаційних) можливостей особистості.

Суттєвим є те, щоб стрес не набував крайніх форми, оскільки вони завдають руйнівного впливу на особистість і викликають професійну деформацію та призводять до професійного емоційного вигорання, викликаючи психосоматичні розлади особистості. Саме цей негативний наслідок є основним предметом вивчення в психології діяльності в особливих умовах. Доречно зазначити, що у практичній психології та

психології особистості цій проблемі не приділяється достатньої уваги через її латентний (прихований) перебіг, проте кожна особистість на тому чи іншому етапі професійної діяльності відчуває на собі вищезазначені впливи.

1.2 Особистісні дисгармонії у контексті професійної діяльності

Особливості виникнення дисгармоній особистості у процесі її професійної діяльності О. Бухановський розглядає у контексті загального змісту визначення особистісних дисгармоній між полюсами «нормальної» й «аномальної» особистості, з урахуванням співвідношення гармонійного і дисгармонійного генезу, синхронного або асинхронного дозрівання психіки та особистості [37].

Досліджуючи особистість, Г. Костюк звертає увагу на розвиток психіки «як ускладнюваної і структурно організованої динамічної системи у тісному взаємозв'язку з кількісними і якісними змінами, які відбуваються через диференціацію й інтеграцію психічних структур індивідуальної варіації розвитку психіки» [94, с. 28–33]. Зокрема, нерівномірність психічного розвитку залежить від чергування фаз прискорення та уповільнення, при цьому фази уповільнення не означають застою, зупинки росту, вони швидше є пусковим механізмом, що призводить до подальшого його стрибка, який безпосередньо впливає на особистість та її прояви і реакції [94, с. 29]. Також вікові кризи є неминучими у процесі розвитку особистості: існуючі факти дають підстави розглядати їх як індивідуальні особливості розвитку, що безпосередньо обумовлені а особистість. Зазначені закономірності розвитку психіки в онтогенезі знаходять сучасне теоретико-методологічне обґрунтування та основу для розуміння психологічної сутності особистісних дисгармоній у дослідженнях С. Духновського [64], Т. Кулакової [99], А. Леонтєва [106], О. Мітіної [130], А. Полякової [153].

Л. Анциферова [5], А. Батаршов [16], Н. Волошко [46], А. Леонтев [106], С. Максименко [119] висвітлюють положення про культурно-історичну обумовленість формування особистості та значний вплив

навчально-виховного процесу на психічний розвиток особистості. Л. Карамушка [82], О. Кривонос [96], Т. Кулакова [99], С. Максименко [121], А. Полякова [153] підтверджують ці положення і висновки на основі недостатнього соціально-педагогічного впливу на особистість у період раннього онтогенезу з урахуванням відхилень від норми. Зокрема, мова йде про те, що «психічні процеси і властивості особистості не є результатом дозрівання окремих ділянок чи зон мозку. Вони закладаються в онтогенезі й залежать від способу життя особистості» [37, с. 28–29]. Проте у співставленні понять нормальної і аномальної особистості простежується своєрідний парадокс: ми значно більше знаємо про аномалії, патологічні відхилення особистості, ніж про нормальну особистість з психологічної точки зору; тому порожнечу навколо поняття «нормальна особистість» інколи намагаються заповнити психіатричною термінологією [37, с. 100–101].

Умовами і водночас критеріями звичайного людського розвитку, з психологічної точки зору, пропонується вважати: ставлення до іншої людини як до самоцінності; у якості способу реалізації цього ставлення – здатність до децентрації, самовіддачі і любові; творчий характер життєдіяльності; потребу в позитивній свободі; здатність до вільного самовиявлення; можливість самопроекування майбутнього; віра у здійсненність запланованого; внутрішня відповідальність перед собою та іншими поколіннями; прагнення до знаходження наскрізного загального сенсу свого життя [34, с. 50]. Розташовані між «нормою» і «патологією» відхилення розвитку визначаються наступними умовами та критеріями: ставленням до іншої людини як до засобу; егоцентризмом, нездатністю до самовіддачі й любові; підпорядкованістю життєдіяльності зовнішнім обставинам; відсутністю потреби у позитивній свободі; нездатністю до вільного самовиявлення, проектування свого майбутнього; невірою у власні можливості; відсутністю відповідальності перед собою та іншими; відсутністю прагнення до знаходження сенсу свого життя [34, с. 51]. Особливо наголошується, що «й у випадках норми, й у випадках аномалії йдеться не про одномоментні,

застиглі стани, а про розвиток» [34, с. 51], що є важливим для розуміння сутності дисгармоній особистості.

Дисгармонія особистості характеризується формальним збереженням задатків і здібностей. Однак вони втрачають свою соціальну значущість внаслідок вираженої диспропорції між окремими компонентами темпераменту, характеру, потреб та мотивів діяльності особистості. Це може проявлятися надмірно підвищеною вразливістю, емоційною збудливістю, сенситивністю, лабільністю темпу реакцій особистості, які часто поєднуються з перебільшеною екстраверсією та ригідністю. Мислення стає афективним. В інших випадках може спостерігатися зниження кількісних параметрів темпераменту, що зазвичай поєднується з підкресленою інтроверсією. Значно порушуються цілісність, глибина, сила, стійкість, пластичність властивостей характеру, що зовні проявляється у зміні ставлення до самої себе, до оточення, до колективу, умов професійної діяльності, який впливає на рівень і вираженість потреб, регрес мотивів діяльності. Об'єктивно знижується соціальна активність і продуктивність; зростають стереотипність поведінки, її ригідність, іноді при цьому спостерігається перебільшена педантичність; втрачаються психічна гнучкість, пластичність; значно знижується активність особистості та поглиблюється пасивне підпорядкування життєвим обставинам [60].

На думку А. Бухановського [37], М. Гришина [52], А. Мілтса [127], Л. Помиткіної [155], Е. Сапогова [175], О. Чабан [203], Л. Черноглазової [206], характеристики *особистісних дисгармоній* співвідносяться як з розладами здоров'я та аномаліями особистості, так і з характерними суперечностями психіки у межах психічної норми, психічного здоров'я. Оскільки чіткої межі між психічною «нормою» і «патологією» провести не вдається засобами а ні клінічного [3], а ні науково-психологічного [51; 60; 81; 158] мислення, то особистісні дисгармонії загалом доцільно розглядати у контексті «умовної норми», що містить ймовірність виникнення певної аномалії чи патології.

Аналіз проблеми гармонії і дисгармонії особистості в загальному філософсько-етичному аспекті свідчить, що «цілісного вчення про дисгармонію особистості ще немає, і його розробка потребує зусиль представників найрізноманітніших галузей науки» [127, с. 7–8]. А. Мілте нагадує, що поняття *гармонії* розкриває проблематику узгодженості природи, суспільства та людини й характеризує «взаємну відповідність, співмірність, рівновагу, порядок, пропорційність предметів та явищ» [127, с. 5]. Навпаки, «поняттям *дисгармонія* зазвичай позначають відсутність узгодженості, вияв диспропорцій, розбіжності, антагонізми, хаос, дезорганізованість, втрату рівноваги, деградацію, взаємну невідповідність речей і явищ або їхню невідповідність нормі, зразку, ритму» [127, с. 6]. Розвиток особистості є багатоступеневим процесом, і перехід на нову сходинку, у гармонію нової якості, залишиться для нас незбагненим без урахування певної дисгармонії, за заперечення попередньої стадії розвитку. Спроба приховати дисгармонію за різними «драпуваннями» свідчить про наявність псевдогармонії, що має дволикий характер, «гармонію бога лицемірства Януса» [127, с. 179]. У процесі розвитку особистості як психо-соціального суб'єкта не виключені різні диспропорції: розвиток одного елемента за рахунок іншого, перевага протягом деякого часу негативно забарвлених емоцій, сумнівів, тривоги, невпевненості, страждання, незадоволеності, які за певних умов можуть відігравати стимулюючу роль. Отже, елементи дисгармонії є невід'ємною характеристикою кожної особистості.

Парадоксальність гармонії і дисгармонії особистості простежується у рівнях її розвитку, котрі висвітлені у наукових роботах Т. Титаренко [188]. З точки зору автора, «...навіть якщо виходити з кількісного показника поширеності дисгармоній і рідкості протилежних – гармонійних – станів, то наявність дисгармоній є нормою. І позбутися можна лише якоїсь конкретної форми дисгармонії чи певного ступеня її прояву, а не дисгармоній як таких» [187, с. 180]. Адже розвиток особистості передбачає наявність як гармонійних, так і дисгармонійних фаз і є гетерохронним процесом, при

якому ймовірність з'яви дисгармоній є завжди досить високою. Особистісна дисгармонія визначається як «непатологічне відхилення у процесі розвитку особистості, що виникає під впливом несприятливих обставин, кризових ситуацій, деструктивних конфліктів» [139, с. 156].

Особистісні дисгармонії Т. Титаренко простежує на прикладах «злоякісних» новоутворень вікових епох, властивих розвитку кожного людського індивіда. Як відомо, системною соціальною характеристикою індивіда – є особистість, котра розвивається і формується у взаємодії з навколишнім середовищем. В одному з підходів до дослідження проблем формування особистості В. Сафін та Г. Ніков описують «особистість, здатну до самовизначення» як зорієнтовану на групові, колективні та суспільні стосунки [42]. Іншими словами, особистість розглядається у загальній системі суспільних відносин, котрі відбуваються безпосередньо у деякому «соціальному контексті». Цей «контекст» подається через систему реальних відносин особистості із зовнішнім світом. Доречно зазначити, що проблема відносин та стосунків посідає в загально психологічній науці чільне місце і має велике методологічне значення, котру у своїх наукових розвідках досліджує В. Мясіщев. Важливим є той факт, що зміст, рівень взаємодії біопсихологічного та соціального є неодноманітним, позаяк кожна особистість вступає у взаємодію з собою та соціумом, і в такий спосіб особистість стає суб'єктом численних та різноманітних взаємин. У цьому розмаїтті слід, перш за все, розрізняти два основні види відносин: соціальні і психологічні, зазначають М. Амінов [4], Л. Дикая [60], Е. Симанюк [183], А. Фонарьов [195].

Різнманітність зв'язків із суспільством визначає інтраіндивідуальну структуру особистості, а комплекси особистісних властивостей регулюють обсяг і міру соціальних контактів особистості. Тому, аналізуючи особистісні дисгармонії, слід виходити із суспільної сутності і соціальних функцій особистості, а саме – з міжособистісних та професійних відносин.

У свої роботах В. Духновський стверджує, що дисгармонія є «передконфліктним» станом міжособистісних стосунків і при значному збільшенні напруги реалізується у конфронтації, конфліктах між суб'єктами відносин, а також може призводити до розриву, навіть припинення відносин [64].

Усі компоненти психологічних відносин повинні знаходитися в гармонійному розвитку та єдності. Порушення значущої для особистості системи відносин людини неминуче призводить до хвороб особистості – неврозів. У відносинах особистості виокремлюють «інтеракційні (диспозиційні) почуття», котрі регулюють міжособистісні стосунки. Як зазначає С. Духновський, їх підвидами виступають зближуючі та віддаляючі почуття [64, с. 111]. Відсутність єдності, балансу, оптимуму між ними призводить до дисгармонії стосунків, у тому числі й міжособистісних.

Дисгармонії особистості викликають порушення рівноваги рушійних сил та взаємодії протилежностей. Більшість явищ можуть бути визначені за тими чи іншими характеристиками, які мають протилежні полюси. У цій діалектиці відображена не тільки логічність поняттєвого апарату, але і найбільш поширений стан особистості – єдність ознак гармонії і дисгармонії одночасно, деяке їх поєднання з перевагою того чи іншого полюсу.

Дисгармонія стосунків передбачає відсутність єдності і порушення співвідношень як між їх частинами, так і між суб'єктами цих стосунків. За твердженням М. Гуліної, М. Лузканова, дисгармонія міжособистісних стосунків пов'язана переважно з буттям особистості в соціальному просторі [53; 115]. Однак переживання дисгармонії властиві усім сферам людського буття, оскільки цей процес є суб'єктивним відчуттям неблагополуччя в основних життєвих сферах, у тому числі й професійній діяльності [64].

Психологічні дисгармонії стосунків, за Е. Фромом, – це зменшення взаємозв'язку між суб'єктами стосунків, відсутність єдності та узгодженості між ними; зменшення прояву позитивних емоційних зв'язків між цими суб'єктами, переважання віддаляючих почуттів над зближуючими; дисбаланс

(порушення рівноваги) між пізнавальними (когнітивними), емоційними та поведінковими компонентами відносин; гіперболізоване домінування зближуваних почуттів, їх симбіоз [198].

Психологічні дисгармонії особистості визначаються як напружені, проте вони не є заважаючими або ускладнюючими. До того ж вони не є тотожними з поняттям напруження, що виникає за умов діяльності в особливих та екстремальних умовах, котрі висувують до особистості підвищені вимоги. С. Духновський визначає наявність «дисгармоній» (напруження) обумовлена мотиваційним чинником до їх подолання. Отже, таким чином можлива позитивна стимуляція, спрямована на особистісний розвиток, на якісні новоутворення міжособистісних, професійних, побутових відносин та їх перехід на більш високий рівень. Це і є наближення до гармонії як до кінцевої мети, що є мотиваційним впливом і для дисгармонії, і для особистісного розвитку [64; 132; 138].

На основі теоретичного аналізу наукових досліджень В. Бойко [64], М. Лузканова [115], П. Лушина [116] з проблеми дисгармонії було виокремлено певні види дисгармоній особистості.

1. Емоційна дисгармонія передбачає відсутність емоційної стабільності у стосунках. Це відбувається в силу переважання віддаляючих почуттів (таких, як самотність, ворожість, злість, вина, каяття, заздрість, сором, образа) над зближуваними (єдність, спільність, дружелюбність, добросердя, впевненість у власній правоті, вдячність, самодостатність, повага, любов) або гіперболізованою вираженістю зближуваних почуттів.

2. Когнітивна дисгармонія – пов'язана з неточною, некоректною і часом неправильною оцінкою, сприйняттям і розумінням людьми один одного; з неадекватною інтерпретацією своїх відносин, що в свою чергу призводить до їх нестабільності. Підвидом когнітивної дисгармонії виступає позиційна дисгармонія, адже вона пов'язана з неузгодженістю, невпорядкованістю суб'єктивних позицій, точок зору, думок з того чи іншого питання особистості в континуумі міжособистісних відносин, в основі яких

лежать виражені відмінності в індивідуальному (суб'єктивному) життєвому досвіді, які спричиняють нерозуміння у колі професійної взаємодії.

3. Рольова дисгармонія базується на уявленні про те, що роль є «формою поведінки (дії), очікуваної від суб'єкта в різних ситуаціях, в силу його приналежності до тих чи інших груп і соціальних позицій [4; 24; 36; 193]. Це дисгармонія, пов'язана з різними, немінучими очікуваннями особистості. Дисгармонія виникає через розбіжність ролей у континуумі кола професійної взаємодії, а також за умови, коли поведінка суб'єктів відносин не відповідає тим ролям, які вони повинні виконують у процесі виконання функціональних обов'язків і завдань.

4. Комунікативна дисгармонія – це неузгодженість у загальному інформаційному полі, нерозмірність (або відсутність) зворотного зв'язку, утворення комунікативних бар'єрів, неузгодженість у комунікативних позиціях і каналах передачі інформації. При цьому має місце неузгодженість у взаємних діях учасників спілкування, спрямованих на співвіднесення цілей кожної зі сторін і організацію їх досягнення у процесі спілкування (відсутність стабільності в інструментально-технологічному аспекті спілкування).

5. Дисгармонія, пов'язана зі структурою «Я» суб'єктів відносин. Це неузгодженість між «Я»-бажаним і «Я»-реальним. Їх повна неподібність означає такий рівень неблагополуччя особистості, при якому творення себе є неможливим або вкрай ускладненим. Л. Куликов констатує, що і велика, і мала розбіжність «Я»-сприйманого і «Я»-бажаного заважає процесу саморозвитку особистості [100]. При високому рівні – виникає почуття неповноцінності, невпевненості в собі, знижується активність, енергійність. При низькому – має місце почуття заспокоєності, милування собою, що також знижує активність, особливо спрямовану на себе, на самозміни. Небезпечність цього полягає і в тому, що може ослабити, знизити процес соціальної адаптації, спричинити напругу в міжособистісних стосунках [64].

Для більш широкого розуміння діяльності особистості в різних умовах слід враховувати особливості сприйняття цих умов. Тобто, такі самі зовнішні події за однакових умов мають різний вплив на кожну особистість окремо. У процесі сприйняття подій об'єктивного світу відбувається «перехід» об'єктивного змісту реальності до суб'єктивного змісту внутрішнього світу особистості за допомогою когнітивного конструювання.

Когнітивний аспект обумовлює індивідуальні відмінності у сприйнятті та аналізі інформації. Ускладнення зовнішніх умов призводить до виснаження та зниження адекватної оцінки інформації. Цей когнітивний дисбаланс частіше проявляється в екстремальних та особливих умовах повсякденного та професійного буття особистості [64, с. 114].

Л. Фестінгер когнітивний, або пізнавальний, дисбаланс визначає як неспівпадіння між інформацією, якою володіє суб'єкт, та сприйняттям дійсності. Ця розбіжність викликає в особистості негативні емоції, від яких вона намагається позбутися. Отримуючи знання про той чи інший предмет або явище, особистість може зіткнутися з протиріччями, котрі викличуть у неї відчуття дискомфорту, дисгармонії тощо. Цим протиріччям учений надає певного мотиваційного значення, за допомогою якого відчуття дисгармоній можна подолати [204]. Автор стверджує, що когнітивна система знань відповідає за наявність інформації про ті чи інші об'єкти. З огляду на те, що вона має різні рівні складності, взаємозалежності та узгодженості – залежить зміст знань, які входять до її складу. Таким чином, когнітивна дисгармонія – це своєрідний інтелектуальний конфлікт, який виникає за умови суперечності нової інформації вже існуючим знанням. І ця суперечність виявляється у дисгармонії думок, почуттів та поведінки особистості.

Окрім того, Л. Фестінгер зазначає, що особистість намагається позбутися цієї дисгармонії, і звертає увагу на декілька способів вирішення цієї проблеми: особистість заперечує або свідомо уникає нової інформації, яка впливає на виникнення протиріччя, або особистість може впевнити себе, що протиріччя не існує [204].

Переживання дисгармонії представляє собою орієнтаційний процес, пов'язаний з динамічною зміною станів і настроїв людини і з психологічною стійкістю особистості. Глибина, гострота і динаміка переживання визначається як зовнішніми умовами – природними, фізичними, соціальними, так і психологічною стійкістю особистості. Орієнтаційний процес переживання реалізується у виборі певної поведінкової стратегії у відносинах, а також у виборі позиції як щодо самого себе, так і щодо міжособистісних відносин в цілому.

Аналіз теоретичних наукових джерел з обраної проблеми дозволив структурувати причини виникнення та варіанти подолання дисгармоній, і схематично зобразити на рис.1.1.

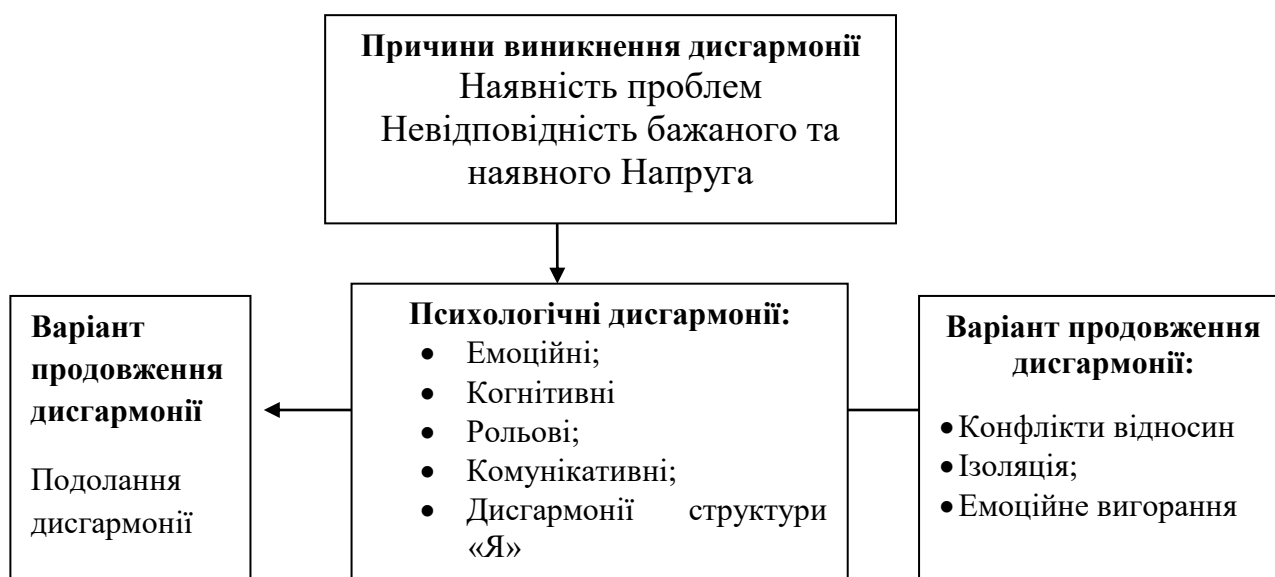


Рис. 1.1. Причини виникнення та варіанти продовження дисгармоній

За змістом схеми, основними варіантами продовження дисгармоній є:

1) подолання дисгармоній – набуття якісних новоутворень, що призводять до розвитку міжособистісних відносин;

2) виникнення конфлікту або в силу переважання віддаляючих почуттів, або в силу гіперболізації зближуючих почуттів;

3) ізоляція – «аутичне» переживання, що призводить до зниження соціальної чутливості, комунікативного потенціалу та рівня емпатії особистості [6; 35; 55; 91; 144].

Особистість переживає дисгармонію за умови, якщо суб'єкти відносин відчують напругу, наявність проблеми, невідповідність між наявними та бажаними стосунками [23].

У науковій літературі щодо поняття дисгармоній особистості вживаються дослідниками два терміни «порушення» і «зміни». Проте досить часто замість слова «порушення» використовується слово «зміна». Поняття «порушення» включає в себе тимчасовість наявності дисгармоній, без суттєвого впливу на особистість. А поняття «зміни» підтверджують наявність та розвиток дисгармоній, котрі впливають на особистість і безпосередньо проявляються у процесі виконання особистістю своїх функціональних обов'язків і завдань в умовах професійної діяльності. При цьому особистість зазнає певних новоутворень, перехід до яких має стрибкоподібний зміст, складовими якого є перерви та поступовість процесу. Стабільність та усталеність особистості постійно супроводжуються її змінами та перетвореннями. Процес цих змін відбувається в умовах психологічної дисгармонії, посилення якої впливає на виникнення конфліктних ситуацій у міжособистісних стосунках та відносин особистості із зовнішнім світом. Під конфліктом розуміємо вкрай негативний спосіб вирішення значущих протиріч, що виникають у процесі взаємодії, зміст якого полягає в протидії суб'єктів конфлікту та зазвичай супроводжується негативними емоціями. Тобто, переживання особистістю психологічної дисгармонії супроводжується емоціями.

Психологічну дисгармонію С. Духновський пропонує розглядати як емоційно-ускладнену ситуацію, яка апелює до емоційно-вольової сфери особистості, впливаючи на виникнення напруження [64, с. 124]. Внаслідок цього, переживання ситуації дисгармонії може привести до порушення адаптованості особистості в соціумі, а в більш складних випадках (затяжний

міжособистісний або внутрішньоособистісний конфлікт) – до посилення внутрішньої напруги та особистісної дезорганізації. Дисгармонійні міжособистісні відносини відображають соціально-психологічний статус особистості на осі «напруга – незадоволеність – дискомфорт». Наслідками дисгармоній особистості виступають стрес, конфлікт, криза та емоційне вигорання [63].

Основним чинником індивідуалізації процесу становлення і функціонування особистості в умовах професійної діяльності постає її емоційна сфера. У своїх роботах О. Саннікова припускає, що емоційність як риса індивідуальності, що формується до певного моменту психічного розвитку під впливом як біологічних (конституція, властивості нервової системи), так і соціальних (розвиток у процесі життя у суспільстві) чинників, селективно впливає на розвиток формально-динамічного, змістово-особистісного та соціально-імперативного змісту особистості, утворюючи певні межі або діапазон реакцій індивіда на оточуючу дійсність [156; 157]. А це проявляється у поведінці, індивідуальних відмінностях у стилі діяльності, у регуляції діяльності, у якісно-кількісних сполученнях професійно важливих властивостей особистості.

Аналізуючи це зауваження в аспекті проблем розвитку особистості в умовах професійної діяльності, О. Саннікова зазначає, що у психологічних дослідженнях, зокрема, у лонгітюдних, встановлено, що різні рівні психологічної організації особистості характеризуються різним ступенем стійкості й змінюваності. Якщо певна кількість соціально-психологічних характеристик особистості зазнає істотних змін упродовж життя, то психодинамічні або формально-динамічні – загальна психічна активність, емоційність – зазнає неістотних змін. Як стійка характеристика, що створює відносно стійке середовище детермінації, емоційність виконує функцію форми, і в межах заданої форми розгортається зміст, у ролі якого виступає як уся система властивостей особистості – макросистема, так і окремі її рівні та психологічні властивості – мікросистема [174, с. 114–115].

Основною складовою психічного розвитку особистості є професійний розвиток, що відбувається впродовж більшої частини онтогенезу. В цей період змінюються життєві та професійні плани, відбувається зміна соціальної ситуації, провідного виду діяльності та особистісні новоутворення. Процес професійного становлення у реальному житті відбувається нерівномірно та зумовлюється нестійкістю та невпорядкованістю, що, в свою чергу, висуває підвищені вимоги для особистості в умовах професійної діяльності.

У наукових дослідження Е. Симанюк, ґрунтуючись на критеріях часу, соціальної ситуації та провідного виду діяльності, виокремлює сім стадій професійного ставлення особистості: допрофесійна диференціація, оптація, професійна підготовка, профадаптація, первинна та вторинна професіоналізація та професійна майстерність [183, с. 60]. За її твердженнями, перехід від однієї стадії професійного становлення до іншої виводить сформовану систему взаємодії особистості з соціально-професійним середовищем із стану рухомої рівноваги [183, с. 65]. Ця нерівноваженість та нестійкість професійного становлення особистості супроводжується психічним напруженням, відчуттям дискомфорту. Особистість постає перед вибором того чи іншого шляху професійної самореалізації. Так, А. Батрашов [16], Ф. Березін [18], В. Бодров [25], В. Павчленко [142], Е. Симанюк [183] доводять, що професійно зумовлені напруження та відчуття дискомфорту зумовлюють суб'єктивні та об'єктивні ускладнення, міжособистісні та внутрішньоособистісні конфлікти, психологічні дисгармонії тощо.

З огляду на досліджувану проблему, доречно більш детально розглянути деякі стадії професійного становлення особистості, а саме стадії адаптації та первинної професіоналізації. Оскільки процес входження в професію, адаптація особистості професіонала до нових форм діяльності та спілкування вимагає підвищення роботи всього внутрішнього

психологічного потенціалу та супроводжується психічним напруженням, психологічними дисгармоніями тощо.

З точки зору Е. Симанюк, після завершення професійного навчання настає стадія професійної адаптації. Молоді фахівці починають самостійну трудову діяльність. Кординально змінюється професійна ситуація розвитку: новий, різний за віком колектив, інша система ієрархій виробничих відносин, нові соціально-професійні цінності, інша соціальна роль та принципово новий вид діяльності [183].

У перші тижні, місяці роботи виникають великі труднощі. Але вони не є чинником виникнення кризових явищ. Основна причина виникнення цих труднощів психологічна, тобто невідповідність реального професійного життя до сформованих уже уявлень та очікувань. На першому році входження у професію на основі цього неспівпадіння і виникає дисгармонія, яка простежується у незадоволенні організацією праці, її змістом, посадовими обов'язками, виробничими відносинами, умовами праці, заробітною платою тощо.

На цьому етапі становлення в професії можливі два варіанти рішення: конструктивний – активізація професійних та особистісних зусиль для швидкої адаптації та набуття професійного досвіду; та деструктивний – звільнення, зміна спеціальності, неякісне непродуктивне виконання професійного навантаження.

Наступна нормативна криза професійного становлення особистості виникає на заключній стадії первинної професіоналізації. У психологічній літературі цей період обмежується або трьома роками роботи [183], або п'ятьма роками [182], але зміст психологічних дисгармоній, які виникають при цьому становленні суттєво не відрізняється. На цей час фахівець засвоює нову соціальну роль та продуктивно, нормативно і якісно виконує професійну діяльність; визначає свій соціально-професійний статус у ієрархії виробничих відносин. Динаміка минулого досвіду, інертність професійного розвитку, потреба у самоствердженні – все це сприяє виникненню протесту,

незадоволеності професійним життям. Свідомо або несвідомо особистість відчуває потребу у подальшому професійному зростанні, професійному самоствердженні та кар'єрному зростанні. За відсутністю перспективи професійного зростання особистість переживає стан дискомфорту, психічного напруження, психологічних дисгармоній тощо. Психологічні дисгармонії, які виникають за умови кризи професійного становлення тимчасово можуть компенсуватися різноманітними непрофесійними, побутовими, творчими видами діяльності, або ж кардинально вирішитися – шляхом зміни професії [132; 140]. Але таке рішення не є продуктивним, адже воно не вирішує такої ж проблеми у подальшій професійній діяльності.

Ураховуючи вище зазначене, вважаємо за доцільне більш детальніше розглянути емоційну дисгармонію, оцінити передумови її формування у професійному становленні особистості та проаналізувати її як один з можливих чинників професійного вигорання.

Так, вперше термін «вигорання» до наукового обігу було введено американським психіатром Х. Фрейденбергом у 1974 р. для характеристики психічного стану здорових людей, які перебували в інтенсивному спілкуванні з клієнтами при наданні їм професійної допомоги. Спочатку під вигоранням розуміли стан знесилення з почуттям власної безпорадності, потім воно стало змістовно неоднозначним, що призвело до значних утруднень у процесі його вивчення. Б. Пелман [40], Е. Хартман [44] узагальнили численні визначення вигорання, а В. Бойко [27], М. Борисова [30], Н. Водопянова [42], О. Старченкова [42] виокремили три його головних компоненти: емоційне та/або фізичне знесилення, деперсоналізація, знижена робоча продуктивність. У наш час переважає розуміння феномену вигорання як багатовимірного конструкту, набору негативних психічних переживань, фізичного, емоційного та розумового знесилення від тривалої напруги, пов'язаної з міжособистісними стосунками, які супроводжуються емоційною насиченістю та когнітивною складністю. Нині синдром вигорання входить до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10), у її класифікаційній рубриці

«Проблеми, пов'язані з труднощами подолання життєвих ускладнень» цей синдром можна знайти під номером 273.0. Всесвітня організація охорони здоров'я, починаючи з 2001 року, визначає синдром вигорання як фізичне, емоційне чи мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності праці, стомленістю, безсонням, зниженням імунітету, а також вживанням алкоголю та інших психоактивних речовин з метою отримання тимчасового полегшення, яке має тенденцію до розвитку фізіологічної залежності і, в багатьох випадках, суїцидальної поведінки [28; 43; 66; 67].

На даний час у науковій психологічній літературі існує декілька моделей вигорання з його детальним описом феномен. Так, однофакторна модель вигорання з точки зору багатьох дослідників є станом фізичного, емоційного і когнітивного виснаження, викликаного тривалим перебуванням в емоційно перевантажених ситуаціях [42].

Автори одновимірного підходу розглядають виснаження як головну причину (компоненту) цього процесу, а решту проявів дисгармонійних переживань і поведінки вони вважають наслідком. У їх розумінні, ризик вигорання загрожує не тільки представникам соціальних професій [154].

Д. Дір'є, В. Шауфел, Х. Сиксма вважають двофакторну модель синдром вигорання двомірною конструкцією, до складу якої входить емоційне виснаження і деперсоналізація. Перший компонент, що отримав назву «афективного», стосується сфери скарг на власне здоров'я, фізичне самопочуття, нервові напруження, емоційне виснаження; другий – деперсоналізація – прослідковується у зміні ставлення або до пацієнтів, або до себе. Тому він отримав назву «настановного» [44].

К. Маслач і С. Джексон вважають, що синдром вигорання має тривимірний конструкт, який включає в себе емоційне виснаження, деперсоналізацію і редукцію особистих досягнень. Мова йде про трифакторну модель [42].

Проте всі вони вважають основною складовою вигорання емоційне виснаження, яке виявляється у зниженому емоційному фоні, байдужості або

емоційному перенасиченні. Друга складова (деперсоналізація) виявляється у деформації стосунків з іншими людьми та своєму ставленні до них. У одних випадках це може бути підвищення залежності від оточуючих, у інших – посилення негативізму, цинічного ставлення і відчуттів щодо реципієнтів: пацієнтів, клієнтів тощо. Третя складова вигорання – редукція особистісних досягнень – виявляється або в тенденції негативно оцінювати себе, занижувати свої професійні досягнення й успіхи, негативізмі щодо функціональних обов’язків, службових досягнень і можливостей або в зменшенні власної гідності, обмеженні своїх можливостей, обов’язків стосовно інших [78; 124; 161].

Запропоновані три компоненти вигорання певною мірою відображають специфіку професійної сфери «людина–людина», в якій вперше був виявлений даний феномен. Особливо це стосується другого компоненту вигорання – деперсоналізації.

Вигорання, у більшості випадків, науковці розуміють як професійну кризу, яка пов’язана з діяльністю в цілому, а не тільки з міжособистісними відносинами в її процесі. Як стверджують Т. Зайчикова [178], Л. Карамушка [178], С. Максименко [178], В. Рибалка [162], Б. Смирнов [179], А. Фонарьов [195], таке розуміння змусило взяти під сумнів певні зміни у розумінні його основних компонентів: емоційного виснаження, цинізму, професійної ефективності. А Н. Битянова [21], Л. Дика [53], С. Духновський [64], Л. Леві [103], А. Урбанович [191] вважають, що з цих позицій поняття деперсоналізації має більш широке значення і означає негативне ставлення не тільки до клієнтів, але і до праці, і до її предмета в цілому.

Оскільки емоційне вигорання – це вироблений особистістю механізм психологічного захисту у формі повного або часткового вимкнення емоцій (зниження їх енергетики) у відповідь на обрані психотравмуючі дії, набувають значущості у розумінні феномену вигорання, так звані, процесуальні моделі [6; 10; 29; 41; 55; 66]. Процесуальні моделі розглядають вигорання як динамічний процес, який розвивається динамічно та має певні

фази. Вони розглядають динаміку розвитку вигорання як зростання емоційного виснаження, унаслідок якого виникають негативні установки щодо реципієнтів (суб'єктів професійної діяльності). Фахівці намагаються збудувати емоційну дистанцію у відносинах з ними як засобу подолання виснаження. Паралельно розвивається негативна установка ставлення до власних професійних досягнень (редукція професійних досягнень).

Динамічна модель Б. Перлмана і Е. Хартмана описує розвиток процесу вигорання як прояв трьох основних класів реакції на організаційні стреси: *фізіологічні реакції*, що виявляються у фізичних симптомах – фізичне виснаження; *афективно-когнітивні реакції* у вигляді асоціальних або ірраціональних установок, неконструктивних переживань і відчуттів – емоційне і мотиваційне виснаження, деморалізація/деперсоналізація; *поведінкові реакції*, що виражаються в симптоматичних типах долаючої поведінки – дезадаптація, дистанціювання від професійних обов'язків, знижена робоча мотивація і продуктивність.

Сучасні учені-психологи вважають, що модель влючає в себе чотири стадії емоційного вигорання.

1. *Перша стадія* — напруженість, пов'язана з додатковими зусиллями щодо адаптації до ситуацій професійної діяльності. Таку напруженість викликають два найбільш вірогідних типи ситуацій: перший – навички й уміння працівників недостатні, щоб відповідати суб'єктивно сприйнятним або реальним організаційним, статусно-рольовим і професійним вимогам; другий – робота може не відповідати очікуванням, потребам або цінностям суб'єкта діяльності. Ті та інші ситуації створюють суперечність між суб'єктом і колом взаємодії, що запускає процес «непродуктивного горіння».

2. *Друга стадія* супроводжується сильними емоційними переживаннями, що спонукають до розвитку стресу. Це великий діапазон стресогенних ситуацій, які викликають відповідні переживання, оскільки відбувається конструктивне когнітивне оцінювання своїх можливостей і усвідомлюваних вимог професійної діяльності. Рух від першої стадії до

другої залежить від ресурсів особистості і від статусно-рольових, і організаційних змінних.

3. *Третя стадія* супроводжується реакціями основних трьох класів – фізіологічні, афективно-когнітивні, поведінкові – в індивідуальних варіаціях.

4. *Четверта стадія* є вигоранням як багатогранним переживанням хронічного психологічного стресу. Будучи негативним наслідком психологічного стресу, переживання вигорання проявляється як фізичне, емоційно-мотиваційне виснаження, неконструктивний когнітивний і поведінковий захист, як переживання суб'єктивного неблагополуччя – певного фізичного або психологічного дискомфорту. Четверта стадія образно співставна зі «загасанням горіння» за відсутності необхідного палива [154].

Змінні, котрі мають значущість для процесу вигорання, розподілені в моделі наступним чином: організаційні й індивідуальні характеристики впливають на сприйняття суб'єктом професійної діяльності ролі і привабливості організації, опосередковуючи у відповідь особистісні реакції. У відповідь на це організація реагує на симптоми, котрі проявляються у працівника (на третій стадії), і потім може привести до наслідків вигорання, що проявляються на четвертій стадії. З цієї точки зору Перлман і Хартман розкривають зміст та багатовимірність динаміки процесу вигорання [43; 153].

Перші згадки про феномен вигорання у науковій психологічній літературі можна знайти в роботах Б. Ананьєва, який вживав термін «емоційне згорання» (термін, аналогічний поняттю «вигорання») для позначення деякого негативного явища, що виникає у професійній діяльності типу «людина – людина», і пов'язаного з міжособистісними стосунками [26; 36]. Даний феномен був зафіксований, проте не підтверджений подальшими емпіричними розробками.

Опис явищ, близьких за своїм змістом до феномену вигорання було представлено в роботах вітчизняних психологів, присвячених дослідженню стресу, зокрема й професійного – Н. Водопянова [44], Н. Гришина [52], Л. Дика [59], Т. Зайчикова [71], Б. Зейгарник [74], Є. Іванов [77]. І хоча

термін «вигорання» не мав у їх роботах спеціального тлумачення, проте його сутність простежувалася досить чітко. Даний синдром, названий «хворобою спілкування» – Е. Зеєр [73], Є. Іванова [77], Л. Карамушка [81], М. Корольчук [91], Л. Тищук [189], Т. Форманюк [197], Н. Шевченко [208] – виникав внаслідок душевної перевтоми як приглушення емоцій, зникнення гостроти почуттів, виникнення конфліктів у колі взаємодії, байдужості, втрати життєвих ідеалів. Аналогічні феномени, що за своїм змістом близькі до процесу вигорання, були зафіксовані у різних галузях професійної діяльності: медичній, педагогічній, соціальній тощо.

У 90-х роках проблема професійного вигорання знову набуває актуальності і предметом самостійного дослідження у вітчизняній психології – В. Бойко[27], У. Борисова [31], Т. Зайчикова [70]. Для позначення і опису досліджуваного феномена авторами використовувалися різні терміни. Так, В. Бойко [28], Ф. Василюк [38], А. Леонова [105] використовують термін «емоційне згорання»; Г. Абрамов [1], В. Бодров [25], Л. Власенко [40], Н. Водопянова [41; 43], Н. Волошко [46] – «емоційне вигорання»; Г. Бреслав [35], Н. Водопянова [44], Л. Дика [59] – «перегорання»; Б. Братусь [34], Л. Леві [103] – «психічне вигорання»; О. Борисова [29], Л. Гримак [51], Т. Зайчикова [71], К. Купер [101] – «професійне вигорання».

Згідно з концепцією В. Бойка, емоційне вигорання є динамічним процесом, що розвивається поетапно, у повній відповідності з механізмом розвитку стресу [27; 28]. Автор визначає даний феномен як захисний механізм, котрий передбачає повне або часткове виключення психоемоційної сфери у відповідь на психотравмуючі подразники. При емоційному вигоранні діють усі три фази стресу, як-то:

1) нервова (тривожна) напруга – її створюють хронічна психоемоційна атмосфера, дестабілізуюче оточення, підвищена відповідальність, труднощі контингенту; у короткий термін знижується рівень резистентності організму, відбуваються порушення деяких соматичних та вегетативних функцій;

2) резистенція – особистість намагається більш-менш успішно захистити себе від неприємних вражень; мобілізувати резерви і включати механізми саморегуляції захисних процесів. Стадія резистенції (опору) настає у разі тривалого впливу стресора і необхідності підтримки захисних реакцій. Відбувається збалансоване витрата адаптаційних резервів на тлі адекватної зовнішнім умовам напруги функціональних систем;

3) виснаження або астенизація – зменшення психічних ресурсів, зниження загально емоційного тону, який настає внаслідок неефективного перебігу ситуацій без отримання позитивного результату.

Таким чином, сформованість основних симптомів двох перших фаз ще не свідчить про сформований синдром вигорання. На цих етапах з'ява симптомів вигорання може мати навіть мобілізуючу силу, однак при тривалій дії несприятливих чинників професійного середовища і нездатності знайти адекватний спосіб їх подолання, настає третя фаза – афективного, когнітивного і фізичного виснаження.

На думку В. Бойка кожній фазі наростаючого емоційного вигорання відповідають певні ознаки і симптоми. Так, фаза напруги включає наступні симптоми: симптом «переживання психотравмуючих обставин»; симптом «незадоволення собою»; симптом «загнанності в клітку»; симптом «тривоги і депресії».

Необхідність підтримки захисних реакцій організму в ситуації хронічного професійного стресу передбачає розвиток явищ, котрі В. Бойко відносить до фази резистенції: симптом «неадекватного виборчого емоційного реагування», симптом «емоційно-моральної дезорієнтації», симптом «розширення сфери економії емоцій», симптом «редукції професійних обов'язків» [27].

I, нарешті, фаза виснаження характеризується порушеннями, які проявляються в 4-х основних симптомах «емоційного дефіциту», «емоційної відстороненості», «особистісної відстороненості або деперсоналізації», «психосоматичних і психовегетативних порушень», утворюючи синдром.

Концепція В. Бойка стосується процесуальних моделей емоційного вигорання. Виокремлені ним стадії частково стосуються етапів і фаз розвитку даної проблеми, які співпадають з науковими поглядами зарубіжних дослідників [27; 154].

З огляду на вище зазначене, слід звернути увагу на низку ключових моментів, на яких буде у подальшому ґрунтуватися експериментальне дослідження психологічних дисгармоній особистості в особливих умовах професійної діяльності. Зокрема, особистісний розвиток – це завжди виникнення нового, перехід до якого має стрибкоподібний характер, воно незмінно включає в себе перерви поступовості. За твердженням науковців, стабільність та усталеність особистості постійно супроводжуються її змінами та надбаннями [150; 159; 163; 165; 180; 194]. Окрім того, розвиток особистості є багатоступеневим процесом, і перехід на новий щабель неможливий без урахування проявів тих чи інших дисгармоній.

Розглядаючи суспільні відносини у психологічному контексті, доречно зауважити, що вони стосуються міжособистісних стосунків. І як зазначають Г. Костюк [85], О. Кривонос [96], А. Маркова [124], С. Минюрова [128], В. Рибалка [162], О. Санникова [173], кожна особистість не може залишатися осторонь своїх стосунків та відносин, тому вона переживає будь-які міжособистісні зміни на особистісному рівні.

Особливе місце серед явищ, що виникають у відносинах, посідають дисгармонії, позаяк у їх основі лежить напруженість міжособистісних відносин. При цьому С. Духновський [64], А. Мілтс [127], К. Муздибаєв [135], А. Полякова [153] вважають, що домінуючим, специфічним для них є емоційно-чуттєвий компонент, під впливом якого розвивається ситуативно обумовлений стан, настрій, який реалізується через конфронтації та може викликати міжособистісні конфлікти.

М. Борисова [30], Б. Братусь [34], С. Духновський [64], Д. Рассел [161] обґрунтовують дисгармонію як «передконфліктний» стан міжособистісних відносин, який виникає при значному збільшенні

внутрішньоособистісної напруги. Дисгармонія відносин передбачає відсутність єдності і порушення співвідношень як між його частинами, так і між суб'єктами відносин.

Вважаємо, що дисгармонія пов'язана переважно з буттям особистості в соціальному просторі, внутрішньоособистісні дисгармонії детерміновані міжособистісними дисгармоніями. Оскільки переживання дисгармонії містить у собі всі сфери людського буття, то воно є суб'єктивним відчуттям неблагополуччя в основних життєвих сферах.

Як було зазначено вище, переживання дисгармоній не виникають самі собою. Завжди є об'єктивні або суб'єктивні причини, котрі спричиняють особистісні дисгармонії. Загалом, це те зовнішнє, що задає просторово-часові параметри перебігу переживання. Це умови, які безпосередньо впливають на особистість, включаючи валентність своїм вимогливим характером. За твердженням Г. Абрамова [1], В. Бойко [27], М. Борисової [30], Н. Водопянової [45], С. Максименка [119], І. Малкіної-Пих [123], усім цим і виступає критична ситуація, яка є наслідком дисгармонійної ситуації і може призвести до синдрому вигоряння.

Не дивлячись на розбіжності у підходах до вимірювання синдром вигоряння, психологи висловлюють спільну думку про те, що це є особистісна деформація, яка виникає внаслідок емоційно складних або напружених відносин у системі «людина – людина» і яка розвивається з часом. Наслідки вигорання виявляються як у психосоматичних порушеннях, так і у суто психологічних – когнітивних, емоційних, мотиваційних – змінах особистості [28; 41; 70; 74; 92; 188; 193]. Це має безпосереднє значення для соціального та психологічного здоров'я особистості, її працездатності та продуктивності трудової діяльності.

Основним чинником процесу становлення особистості у професійній діяльності виступає її емоційна сфера, яка є індивідуальною рисою, впливає на розвиток формально-динамічних, змістово-особистісних та соціально-

імперативних характеристик особистості, зумовлюючи діапазон реакцій індивіда на оточуючу дійсність.

Таким чином, психологічні дисгармонії розглядається як дисгармонії емоційної сфери, що виникають як наслідок реакції на емоційно-ускладнену ситуацію і проявляються у поведінці, в індивідуальних відмінностях у стилі діяльності, в регуляції діяльності, у якісно-кількісних сполученнях професійно важливих якостей особистості залежать від екзогенних та ендогенних чинників та за несприятливого перебігу викликають психосоматичні розлади, які безпосередньо впливають на якість життя в цілому.

1.3. Особистість медичних сестер у процесі професійної діяльності в особливих умовах

Наукові дослідження сучасної науки дають можливість звертати увагу на визначення психологічних особливостей професійної діяльності особистості, у нашому випадку, медичних сестер. Специфіка їх професійної діяльності стосується галузі сестринської справи, яка є частиною системи охорони здоров'я, і включає в себе діяльність для зміцнення здоров'я населення, профілактику захворювань, надання психосоціальної допомоги і догляду за особами, які мають фізичні та психічні захворювання, а також непрацездатними всіх груп. Підхід до сестринської справи, точніше визначення її меж, функції і форми організації сестринського персоналу різняться в різних регіонах, і залежать від особливості національної культури, рівня системи охорони здоров'я, демографічної ситуації та інших чинників. Разом з тим, сестринська справа, як важлива частина системи охорони здоров'я, носить універсальний зміст.

Професійне навчання за спеціальністю «Сестринська справа» проходять в спеціалізованих середньо-спеціальних навчальних закладах медичних училищах, медичних коледжах і вищих навчальних закладах. Вони

виступають асистентами лікаря в лікувально-профілактичних установах, виконують лікарські призначення та здійснюють сестринський процес. Типовими професійними обов'язками медсестер є надання термінової долікарської допомоги, асистування лікарям у проведенні операцій, догляд за хворими в лікарнях і амбулаторно, виконання загально медичних процедур. За потреби, деякі спеціалізації сестринської справи вимагають додаткового вузькоспеціального навчання та підготовки, оскільки їх професійна діяльність пов'язана з виконанням функціональних обов'язків і завдань в особливих умовах.

Як може здатися на перший погляд, коло прав медичної сестри досить широке, а її обов'язки передбачені основами законодавства про охорону здоров'я з невеликим загальним переліком цих обов'язків, зокрема: сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобіганню і лікуванню захворювань, надавати своєчасну та кваліфіковану медичну допомогу; безплатно надавати першу невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях; поширювати наукові та медичні знання серед населення, пропагувати, в тому числі власним прикладом, здоровий спосіб життя; дотримуватися вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю; постійно підвищувати рівень професійних знань та майстерності; надавати консультативну допомогу своїм колегам та іншим працівникам охорони здоров'я; проводити своєчасне і кваліфіковане обстеження і лікування пацієнтів; надавати медичну допомогу в повному обов'язі хворому, який знаходиться в критичному для життя стані.

За умови наявності інформації щодо таємниці діагнозу, результатів медичного обстеження, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, медичні сестри зобов'язані дотримуватися конфіденційності відповідно до чинних законодавчих актів.

Крім того, медичні сестри зобов'язані надавати медичну допомогу у будь-який час – як робочий, так і неробочий. Проте ніхто не бере до уваги, що у позаробочий час медичні сестри можуть не мати можливості надати

будь-яку медичну допомогу, не говорячи про якісну, через елементарні причини – відсутність медичного інструментарію. А за ненадання медичної допомоги передбачено кримінальну відповідальність.

Тому сестра медична повинна знати: чинне законодавство України про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я; права, обов'язки та відповідальність сестри медичної; нормальну та патологічну анатомію та фізіологію людини; сучасні методи лабораторного, рентгенологічного, ендоскопічного та ультразвукового обстеження, брати участь у лікувальному процесі; вміти здійснювати спостереження і догляд за хворими в гарячці, з порушенням стану органів дихання, кровообігу, травлення, сечових органів тощо; здійснювати маніпуляції відповідно до профілю діяльності; знати фармакологічну дію найбільш поширених лікарських речовин, їх сумісність, дозування, методи введення; знати методики дезінфекції та стерилізації інструментарію та перев'язувальних засобів; організацію санітарно-протиепідемічного та лікувально-охоронного режимів; основні принципи лікувального харчування; правила безпеки під час роботи з медичним інструментарієм та обладнанням; правила оформлення медичної документації; прийоми надання першої та невідкладної медичної допомоги, антиалкогольне законодавство, сучасну літературу за фахом; санітарні норми і інструкції; правила охорони праці, виробничої санітарії і пожежної безпеки.

Важливим аспектом професійної діяльності медичних сестер Р. Гусейнов [55], В. Косарев [92], В. Менделевич [125], К. Муздибаєв [135], Б. Смирнов [179] визначають умови реалізації їх функціональних обов'язків, що пов'язані з особливими та звичайними умовами. Так, умови професійної діяльності досліджувалися. З огляду на вище зазначене, можна стверджувати, що умови професійної діяльності можуть викликати психологічні дисгармонії особистості медичних сестер у процесі виконання своїх обов'язків.

Зміст та специфіка професійної діяльності медичної сестри визначається наявністю безпосередньої взаємодії з хворими, колегами і колом взаємодії в цілому. На основі аналізу досліджень Г. Балла [11], А. Бодальова [23], І. Роверк [164], Л. Супрун [182] з проблеми професійної діяльності середнього медичного персоналу, було виокремлено основні етапи професійної діяльності медичних сестер, що безпосередньо підпорядковуються певним психологічним процесам. Так, медсестринське обстеження пацієнта та медсестринський діагноз, планування допомоги згідно з виявленими проблемами, власне виконання плану сестринських втручань, аналіз та за необхідності корекція, отриманого результату – усе це висуває певні вимоги до особистості медичних сестер. При цьому психологічний зміст діяльності медичної сестри потребує спеціальних, професійних знань, умінь та навичок, на базі якого формується професійний досвід взаємодії із пацієнтом як з особистістю, котра вимагає уваги і є об'єктом лікувального процесу [55; 182; 203].

Вище зазначене підтверджується положеннями наукових досліджень С. Рубінштейна, який доводив, що «життєво значуще пізнання психології особистості у їх складних, цілісних проявах, у життєво значущих переживаннях та вчинках і досягається лише з контексту їх життя і діяльності» [163].

Для професійної діяльності медичної сестри великого значення набуває їх безпосередня фахова підготовка та індивідуально-психологічні риси та їх особливості. Саме індивідуальні особливості у складних умовах можуть негативно вплинути на їх особистісні установки і за відсутності готовності взаємодіяти із хворими спричинити у них різні психічні розлади, потрясіння, загострення невирішених конфліктів та емоційних переживань. І як стверджують [154; 163; 164], невротичні особливості особистості медичних сестер у процесі виконання ними своїх функціональних обов'язків можуть стати джерелами відчуженості, нерозуміння хворих, агресивного ставлення до них.

Повсякденна професійна діяльність медичної сестри пов'язана з психологічними, емоційними чинниками, котрі вимагають вироблення методів взаємодії з пацієнтами і включають в себе відповідну поведінку, можливі психічні реакції та їх прояви.

Однак стосунки, взаємодію, контакт між сестрою і хворим не можна сприймати як константу, як щось усталене, незмінне. Це процес змінюється у часі, окрім того на нього впливають різноманітні психологічні та соціальні умови, які можуть впливати на нього по-різному. Також слід додати, що взаємини медичної сестри з хворим регулюються не тільки професійними та особистісними відносинами, а й власне психологічними особливостями професійної діяльності в особливих умовах, де відбувається перебіг цих взаємини. За твердженнями В. Менделевич [125], Т. Павлюк [143], Ю. Полякова [151], специфіка конкретного виду професійної діяльності з точки зору психології, визначається особливими умовами праці, з одного боку, та індивідуально психологічними особистісними характеристиками медичних сестер, їх особистісного самоволодіння та емоційного переживання, від яких залежать відносини з хворими та ставлення до них як до осіб, котрі потребують допомоги.

Ю. Поляков [151], І. Роверк [164], Н. Творогова [184], О. Чабан [203] вважають за необхідне в межах аналізу професійної діяльності медичної сестри приділити особливу увагу її особистісному типу, оскільки він є одним із основних чинників їх психологічного стану у процесі виконання ними своїх функціональних обов'язків.

Так, І. Харді у своїх працях розглядає деякі типи особистості медичних сестер, що найбільш часто зустрічаються. Зокрема, він розподіляє їх на:

1) сестри-рутинери, характерною рисою яких є механічне виконання своїх функціональних обов'язків; сформульовані завдання такі сестри виконують з незвичайною ретельністю, скрупульозністю, проявляючи часто небачену спритність і вміння; такі сестри працюють автоматично,

безособово, відсторонено, не переймаючись проблемами хворих та стосунками з ними;

2) сестри, котрі «виконують завчену роль»; вони виконують свої обов'язки відповідно до вимог, прагнучи досягнення професійного ідеалу; за умови, що така поведінка переходить допустимі межі, у них зникає безпосередність, з'являється нещирість, уникнення контакту з хворим;

3) «нерві» сестри; даний тип актуальний, якщо невротичність стосується безпосередньо діяльності; емоційно лабільна особистість сестри, схильної до невротичних реакцій, може бути серйозною перешкодою у процесі взаємодії з пацієнтами; результатом цієї напруженості можуть бути прояви грубості, дратівливості, запальності, котрі негативно впливають на стосунки медичної сестри і хворого; прояв тривожності може прийняти у форму іпохондрії; окрім того, у деяких випадках невроз може спричинити відмову медичної сестри від виконання різних доручень та функціональних обов'язків;

4) сестри з чоловічоподібною, сильною натурою; їх відрізняє наполегливість, рішучість, обурення з приводу найменшого безладу; за сприятливих умов вони можуть швидко організувати лікувальний процес, у разі негативних умов діяльності їм властива нестриманість, негнучкість, грубість і навіть агресивність у стосунках з хворими;

5) «материнського» типу сестер; вони виконують свою роботу з відповідально, максимально дбайливо, з проявами співчуття до хворих, оскільки свої професійні обов'язки вважають покликанням і невідомою умовою життя;

6) сестри-фахівці; вони, зазвичай, надають перевагу технічному виконанню своїх обов'язків – ведення документації, робота з препаратами; вони є фанатиками своєї вузької діяльності, спілкування з хворими для них не є сенсом їх професійної діяльності [164].

Такий розподіл за основними типами, з точки зору І. Харді, не можна вважати закінченим, оскільки він є лише орієнтиром для професійного розвитку особистості медичних сестер та їх самовдосконалення.

Г. Балл [11], А. Бухановський [37], А. Донцов [63], Ю. Жуков [68], В. Знаков [75], Ю. Поваренков [148] зазначають, що оскільки людина завжди спілкується як особистість, то вона сприймається іншою людиною – партнером спілкування – як особистість. Враження, які виникають при цьому, мають значний вплив на регулятивну роль у процесі міжособистісної взаємодії. Тобто, будуючи стратегію взаємодії, медичним працівникам середньої ланки слід враховувати не тільки потреби, мотиви, установки хворих, а й те, як вони ставляться до проблеми, як розуміють ці потреби, мотиви, установки щодо свого стану.

Продовжуючи аналіз психологічних особливостей професійної діяльності медичного працівника середньої ланки – медичної сестри, доречно звернутися до класифікації професій Є. Климовим [92]. На його думку, у професії «людина – людина» навколишній світ сприймається, перш за все, з боку наповненості навколишнього світу іншими індивідами, спільнотами та особливостями їх психологічної взаємодії.

Таким чином, професійна діяльність медичних сестер є динамічним процесом, що безпосередньо впливає на професійне становлення та розвиток особистості. Тому в науковій літературі психологічний стан медичних працівників середньої ланки – медичних сестер останнім часом звертають велику увагу, зокрема у дослідженнях Р. Гусенова [55], В. Менделевич [125], І. Роверк [164].

Аналізуючи теоретичні засади професійної діяльності медичних сестер, було зроблено припущення, що збільшення стажу їх діяльності безпосередньо впливає на їх загальний психологічний стан, який у подальшому може сприяти розвитку психологічних дисгармоній. А вони в свою чергу впливають на індивідуально-особистісні властивості, зокрема екстраверсію та нейротизм. Екстраверсія втрачає зв'язок із якістю емоційної

сфери та впливає на поведінку особистості, обумовлюючи формування особистісної регуляції за типом «людина–людина» і певні перетворення складових психологічної індивідуально-особистісної структури. Слід зазначити, що це позначається на когнітивному розвитку особистості, позаяк він впливає на формування цілісного стану індивідуально-особистісних особливостей професійної діяльності.

Аналізуючи наукові психологічні дослідження В. Орел [140], Г. Никифорова [158], В. Толочек [190], Л. Х'єлла [202], звертаємо увагу на наявність високого рівня внутрішніх конфліктів у працівників суб'єкт-суб'єктних видів професій, у даному випадку, медичних сестер, оскільки це пов'язане, перш за все, з необхідністю відповідати високому рівню соціальних очікувань оточуючих та з перенапругою фізичних та психічних сил, які необхідні для виконання їх функціональних обов'язків. Із збільшенням стажу роботи та віку медичних працівників відбувається накопичення втомленості, зростає кількість тривожних переживань, з'являються вегето-судинні розлади, виникають поведінкові зриви. Отже, професійна діяльність медичних сестер передбачає в своїй структурі емоційну насиченість та наявність високого відсотку чинників, котрі викликають емоційні дисгармонії.

Так, Л. Божович [26], Н. Волошко [46], В. Зазикін В. [69], В. Знаков [75], Ф. Космолинський [94] вважають емоції амбівалентними, тому що медичні сестри відчують задоволеність з приводу успішного лікування або проведеної складної маніпуляції, особистісне значення у процесі допомоги хворим та у колі взаємодії, схвалення та повагу колег. Проте є і негативні прояви – сум, пригніченість з приводу неправильного діагнозу або допущеної помилки в роботі, розчарування у професії тощо.

А. Шафранова запропонувала класифікацію професій за «критерієм важкості та шкідливості» діяльності з огляду на особистісне психологічне перевантаження. Тому вона визначає:

- професії вищого типу – за ознакою необхідності постійної позаурочної роботи над предметом та собою);
- професії середнього (ремісничого) типу – робота тільки над предметом;
- професії нижчого типу – після навчання не потребують роботи ані над собою, ані над предметом [207].

З точки зору обраної проблеми, вважаємо доречним віднести професійну діяльність медичних сестер до професій вищого типу, саме за необхідності постійної рефлексії на зміст предмету своєї професійної діяльності. Медичні сестри у процесі виконання своїх функціональних обов'язків на рівні емоційного переживання мають справу із смертю, що може виражатися в трьох формах: реальна – неефективність реанімаційних заходів, несвоєчасна медична допомога тощо; потенційна – від результату їх діяльності, ставлення до виконання тих чи інших маніпуляцій залежить здоров'я, навіть життя хворого; фантомна – власне переживання скарг на стан здоров'я пацієнтів, відчуття їх страху та тривожності, навіть уявлення про смерть; окрім того, наявність проблеми спілкування із родичами тяжкохворих.

У кожному із цих випадків у медичних сестер існує проблема не включення своїх почуттів в ситуацію, що не завжди виходить. Адже, за визначеннями Л. Дикої [60], Е. Ільїна [79], А. Полякової [152]; І. Роверк [164], усі ці форми проявів переживань – реальна, потенційна та фантомна – у процесі виконання медичними сестрами їх функціональних обов'язків та вибудовування стосунків із хворими у змозі подолати тільки емоційно зріла, цілісна особистість.

Р. Гусейнов [55], В. Зазикін [69], Т. Савенкова [167], Е. Симанюк [183], Т. Титаренко [186] доводять, що у професійній діяльності медичних сестер виникає низка специфічних ситуацій, які висувають особливі вимоги до них і цим зумовлюють специфіку виконання функціональних обов'язків в особливих умовах. Так, існують:

1) *невизначена ситуація*, тобто невизначеним є саме виникнення дії, а також якісних та кількісних характеристик – ситуація встановлення точного діагнозу при неповній інформації, з'ясування причин захворювання та визначення ефективних засобів надання допомоги; такі ситуації призводять до зниження функціонального тону медичної сестри, до відчуття невпевненості; у цьому випадку професійна діяльність вимагає наявності таких особистісних проявів як стійкість до чинників невизначеності та здатності діяти в умовах неповної інформації;

2) *ситуація екстреної дії* – у медичної сестри дефіцит часу, складність виконання маніпуляцій, швидкість прийняття рішення, результативність дій; виникнення таких психічних реакцій як страх, тривога, неадекватна психічна напруга, зниження ефективності діяльності;

3) *ситуація з ускладненням умов* передбачає виконання функціональних обов'язків протягом тривалого часу, без можливостей та умов відпочинку, професійна діяльність під впливом зовнішніх чинників; за таких умов можливі негативні психологічні прояви – неадекватна психічна напруженість, зниження продуктивності діяльності, втомленість тощо.

У процесі професійної діяльності виникають несприятливі ситуації взаємин із пацієнтами та професійни колом взаємодії, які проявляються у вербальної або фізичної агресії як з боку різних категорій пацієнтів, так і з боку медичної сестри. Наявність конфліктних ситуацій підвищує ймовірність невдач у виконанні професійних обов'язків, зневірення у своїй професійній відповідності.

Окрім того, професійна діяльність медичних сестер відбувається в різних умовах виконання функціональних обов'язків та завдань. У Конституції України, закріплене право кожного громадянина на працю. При цьому передбачено, що кожен має право на належні, безпечні і здорові умови праці. Це відповідає сучасним світовим тенденціям щодо збереження здоров'я працюючого населення.

Згідно ст.153 КЗпП України забезпечення безпечних і нешкідливих умов праці покладається на власника або уповноважений ним орган. Умови праці визначаються певними критеріями виробничого середовища і трудового процесу. Під умовами праці розуміється сукупність чинників виробничого середовища, що впливають на здоров'я і працездатність людини у процесі її професійної діяльності.

Так, за ступенем шкідливості та небезпечності умови праці відносять до оптимальних (1 клас), допустимих (2 клас), шкідливих (3 клас), небезпечних (4 клас): 1 клас – оптимальні умови праці, при яких зберігається не лише здоров'я працюючих, а й створюються передумови для підтримання високого рівня працездатності; 2 клас – допустимі умови праці, які визначаються чинниками виробничого середовища і трудового процесу та не перевищують встановлених гігієнічних нормативів для робочих місць; 3 клас – шкідливі умови праці, де наявні шкідливі чинники, що перевищують гігієнічні нормативи і здатні негативно впливати на організм працюючого.

Саме третій клас включає в себе поняття шкідливих або особливих умов праці за ступенем перевищення гігієнічних нормативів та вираженості змін в організмі працюючих. Він поділяється на 4 ступені: 1 ступінь – умови праці мають відхилення від гігієнічних нормативів, викликають функціональні зміни, що виходять за межі коливань та найчастіше сприяють зростанню захворюваності з тимчасовою втратою працездатності; 2 ступінь – умови праці викликають стійкі функціональні порушення, призводять у більшості випадків до зростання захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, підвищення частоти загальної захворюваності, появи окремих ознак професійної патології; 3 ступінь – умови праці, які призводять до підвищення рівня захворюваності з тимчасовою втратою працездатності та початкових стадій професійних захворювань; 4 ступінь – умови праці, які здатні призводити до розвитку виражених форм професійних захворювань, значного зростання хронічної патології та рівнів захворюваності з тимчасовою втратою працездатності.

Четвертий клас включає в себе небезпечні або екстремальні умови праці, що характеризуються наявністю низки негативних чинників, вплив яких створює високий рівень ризику виникнення важких форм гострих професійних уражень, отруень, каліцтв, загрози для життя.

Шкідливі виробничі фактори – це виробничі фактори, вплив яких на працівника за певних умов призводить до захворювання або зниження працездатності. Залежно від рівня і тривалості дії шкідливі виробничі фактори можуть стати небезпечними

Небезпечні та шкідливі виробничі чинники включають в себе фізичні – рухомі машини та механізми, повітря робочої зони, освітлення, радіаційне забруднення; хімічні – токсичні, подразливі, канцерогенні, котрі негативно впливають на репродуктивну функцію: хімічні речовини, випромінювання; біологічні – патогенні мікроорганізми: бактерії, віруси, гриби, найпростіші та продукти їх діяльності, а також мікроорганізми – рослинні та тваринні); психофізіологічні – фізичні перевантаження, нервово-психічні перевантаження.

Під ці трактування підлягає професійна діяльність медичних сестер, оскільки вони працюють в екстремальних умовах із постійною загрозою для їх здоров'я та життя. Їх діяльність в особливих або екстремальних умовах передбачає підвищений фактор ризику, дефіцит інформації і часу на обміркування, необхідність прийняття адекватного рішення, високу відповідальність за виконання завдань, наявність неочікуваних перешкод. Це все висуває підвищені вимоги до стану психічного здоров'я особистості медичних сестер. Сильні емоційні й фізичні навантаження створюють передумови до виникнення у них професій психічних, соматичних розладів, а також суїцидальної поведінки. В таких екстремальних умовах роботи важливими чинниками є стресостійкість та адаптивність особистості, за відсутності яких можливе емоційне вигорання. До того ж в результаті діяльності медичних сестер в особливих умовах спостерігаються професійні

кризи, що проявляються в емоційному виснаженні, цинічній оцінці ставлення до праці і її результатів.

Таким чином, наявність у професійній діяльності медичних сестер особливих умов виконання функціональних обов'язків, високих вимог до їх виконання, різних негативних психологічних проявів, психологічних дисгармоній потребує проведення професійного відбору відповідно до обраного фаху, у подальшому утворення сприятливих умов для виконання функціональних обов'язків і завдань, пов'язаних із професійною діяльністю, та профілактичних заходів запобігання та пом'якшення впливу негативних чинників у професійній діяльності.

Висновки до розділу

З огляду на проаналізований теоретичний матеріал з проблеми психологічних дисгармоній особистості в особливих умовах професійної діяльності середнього медичного персоналу – медичних сестер доречно звернути увагу на низку ключових моментів, на основі яких у подальшому буде ґрунтуватися експериментальне дослідження.

Дисгармонія в сучасній психологічній літературі розглядається як «передконфліктний» стан міжособистісних відносин, що виникає при значному збільшенні напруги. Дисгармонія передбачає відсутність єдності і порушення співвідношень як між його частинами, так і між суб'єктами взаємодії. Прояви дисгармонії пов'язані переважно з професійною діяльністю медичних сестер в особливих умовах, окрім того, ці прояви детерміновані міжособистісними стосунками з хворими у лікувальному процесі.

Особливими умовами професійної діяльності медичних сестер при виконанні своїх функціональних обов'язків вважаються ті умови, при яких виникають негативні психологічні стани, що призводять до порушення психологічної регуляції діяльності особистості. Чільне місце у процесі виникнення дисгармоній посідає емоційна сфера особистості, що позитивно

або негативно впливає на перебіг психічних процесів і, внаслідок чого, на ефективність професійної діяльності медичних сестер у процесі виконання ними функціональних обов'язків і завдань. Особливі умови висувають підвищені вимоги до діяльності медичних сестер, котрі у процесі взаємодії з хворими мають причинно-наслідковий ланцюжок помилок у роботі і призводять до психологічних зривів, несприятливо впливають на їх працездатність та загальний стан здоров'я.

Діяльність медичних сестер в особливих умовах обумовлює виникнення психологічних дисгармоній, котрі є закономірною реакцією організму на стресові ситуації, високі вимоги до виконання функціональних обов'язків, мобілізацією резервних адаптаційних можливостей організму в екстремальних умовах виконання своїх професійних обов'язків., що потребують певної підготовки, знань, умінь і навичок, які є підґрунтям формування професійного досвіду.

Окрім того, психологічні дисгармонії розглядається як реакція емоційної сфери, що виникає внаслідок реакції особистості на психологічну емоційно-ускладнену ситуацію у процесі виконання медичними сестрами їх функціональних обов'язків і завдань. Професійна діяльність медичних сестер передбачає емоційну насиченість та наявність високого відсотку чинників, що викликають емоційні дисгармонії. Однією з специфічних умов праці медичного персоналу є висока моральна відповідальність за життя та здоров'я людини.

Переживання дисгармонії у міжособистісних відносинах може призвести до емоційного вигоряння. Аналіз підходів до трактування синдрому вигоряння дав можливість нам визначити, що зазначений синдром являє собою особистісну деформацію, яка виникає внаслідок емоційно травмуючих або емоційно несприятливих, напружених відносин у системі взаємодії «людина–людина». Наслідки вигоряння можуть виявлятися як у психосоматичних порушеннях, так і сфері суто психологічних проявів на рівні когнітивних, емоційних, мотиваційних змін особистості, що має

безпосереднє значення для психосоціального здоров'я особистості, її працездатності, продуктивності трудової діяльності та на загальну якість життя.

Повсякденна професійна діяльність медичної сестри пов'язана з індивідуально-психологічними й емоційними чинниками, котрі вимагають певних методів професійної поведінки та її проявів, навичок взаємодії із хворими та психологічно сприятливого клімату у колі взаємодії у процесі лікування. Отже, реальний шлях досягнення ефективного запобігання та подолання психологічних дисгармоній особистості медичних сестер вимагає комплексного підходу щодо їх дослідження.

Теоретичні положення дослідження проблеми психологічних дисгармоній особистості медичних сестер в умовах їх професійної діяльності було висвітлено у публікаціях:

1. Лось О.М. Розкриття сутності синдрому вигорання, та його взаємозв'язку з професійним стресом медпрацівників / О.М. Лось // Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. С.Д. Максименка. – К. : «ГНОЗІС», 2009 – Т. XI. – Ч. 2. – С. 234–242.

2. Лось О.М. Емпатія та вигорання / О.М. Лось // Проблеми загальної та педагогічної психології: [Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України] / За ред. С.Д. Максименка. – К., 2009. – Т. 11. – Ч. 1. – С. 278–285.

3. Лось О.М. Основні підходи до визначення моделей феномену вигорання / О.М. Лось // Проблеми загальної та педагогічної психології: [Збірка наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України] / За ред. С.Д. Максименка. – К.: «ГНОЗІС», 2009. – Т.11. – Ч. 5. – С. 198–206.

4. 4. Лось О.М. Міжособистісні дисгармонії, їх вплив на особистість професіонала / О.М. Лось // Проблеми загальної та педагогічної психології. [Збірка наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України] / За ред. С.Д. Максименка. – К. : «ГНОЗІС», 2010. – Т. XII. – Ч. 3. – С. 269–276.

5. Лось О.М. Психологічні особливості професійної діяльності медичного працівника середньої ланки / О.М. Лось // Проблеми сучасної педагогічної освіти. Сер.: Педагогіка і психологія: [Зб. статей]. – Ялта: РВВ КГУ, 2014. – Вип. 42. – Ч. 4. – С. 265–271. (ISSN 2311 – 1305).

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В УМОВАХ ЇХ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

2.1. Принципи та теоретичні засади емпіричного дослідження особистісних дисгармоній

В основну теоретико-методологічних принципів організації експериментального дослідження особистісних дисгармоній медичних сестер в особливих умовах їх професійної діяльності було покладено *принцип детермінізму*, який дає наукове обґрунтування причин, закономірностей, обумовленості виникнення та розвитку психічних явищ, психічних якостей особистості та її психічної активності, діяльності, поведінки. За твердженням О. Киричук [88], Д. Леонтева [108], С. Минюрової [128], врахування принципу детермінізму набуває основного значення для прогнозування проявів психологічних особливостей особистості. Для досліджуваної проблеми дотримання цього принципу є актуальним для визнання того факту, що особистісні дисгармонії медичної сестри є наслідком їх професійного становлення та новоутворенням відповідних особистісних властивостей в особливих умовах їх професійної діяльності.

Принцип психічного відображення, який пояснює активно-відображувальний характер усіх психічних явищ, у тому числі особистісних властивостей. А. Батаршов [16], М. Боришевський [33], Н. Волошко [46], О. Іванова [77], М. Кожевников [90] вважають цей принцип необхідним, оскільки він сприяє розумінню дисгармоній як сукупності психічних проявів особистості. З огляду на обрану тему, психологічні особистісні дисгармонії простежуються через професійну діяльність медичних сестер – особливості взаємодії у процесі стосунків з хворими, особливості умов виконання їх функціональних обов'язків.

Принцип самоактивності індивіда конкретизує принцип детермінізму та принцип активного психічного відображення. Згідно з цим принципом, М. Кожевников [90], Д. Леонтьєв [108], Б. Ломов [110], Ю. Михальчук [132], Т. Павлюк [143] акцентують увагу на ролі внутрішніх сил і джерел особистості, її самовизначення, самоствердження, творчої самореалізації, особистої відповідальності за належне виконання своїх професійних обов'язків. Реалізація згаданого принципу відповідно до теми дослідження дає змогу врахувати активність особистості медичної сестри у процесі виконання своїх обов'язків і завдань, особисту вмотивованість своєї професійної діяльності та визнання власної відповідальності за її результати.

Принцип єдності психіки та діяльності пояснює, що психіка становить внутрішній план діяльності, і, як зазначають Л. Бурлачук [36], Н. Гришина [52], Г. Балл [61], Д. Леонтьєв [108], В. Орел [140], формується і виявляється в ній. Конкретизація цього принципу відповідно до розгляду психологічних дисгармоній особистості медичної сестри обумовлює їх особливості у пресі професійної діяльності.

Системно-структурний принцип обумовлює дослідження психологічних дисгармоній особистості медичної сестри в особливих умовах професійної діяльності у тісному взаємозв'язку з іншими явищами та процесами, а також з внутрішніми індивідуально-особистісними психологічними властивостями та станами. Цей принцип використовували у своїх дослідженнях Дж. Кім [86], В. Косарев [93], О. Легун [104], Б. Ломов [111], С. Максименко [121], і відповідно до обраної теми сприяє конкретизації у припущенні про системний, структурно-динамічний характер відносно стійких утворень, які складають ядро особистісних дисгармоній.

У відповідності з науковими принципами та викладеною у теоретичному розділі роботи позицією щодо з'ясування психологічних дисгармоній медичних сестер в особливих умовах їх професійної діяльності, здійснювалася у процесі підготовчого і констатувального етапів.

2.2. Загальна характеристика вибірки та етапи дослідження особистісних дисгармоній медичних сестер

Емпіричне дослідження здійснювалося на базі Херсонської дитячої обласної клінічної лікарні, Херсонської обласної інфекційної лікарні, Херсонської дитячої стоматологічної поліклініки упродовж 2009–2011 років. До вибірки емпіричного дослідження було залучено 254 медичних сестри, котрі були розподілені на групи.

Так, до складу 1-ої групи були включені медичні сестри, які працюють у звичайних умовах Херсонської дитячої обласної клінічної лікарні, Херсонської дитячої стоматологічної поліклініки. Загальна кількість складала 133 особи віком від 18 до 25 років, із них: 127 – жіночої статі і 6 – чоловічої. Групу було розподілено на підгрупи згідно зі специфікою дослідницьких завдань – за стажем роботи: 1 рік – 45 осіб; 3 роки – 43 особи; 5 років – 45 осіб.

До складу 2-ої групи – медичні сестри, які працюють в особливих умовах Херсонської обласної інфекційної лікарні. Загальна кількість 124 особи віком від 18 до 25 років, із них: 117 – жіночої статі і 7 – чоловічої. Групу було також розподілено на підгрупи згідно зі специфікою дослідницьких завдань: 1 рік – 43 особи; 3 роки – 40 осіб; 5 років – 41 особа.

Усі досліджувані були замотивовані на психодіагностичні обстеження можливістю надання їм тієї чи іншої форми психологічної допомоги стосовно питань оптимізації адаптації до особливих умов професійної діяльності та розв'язання проблем міжособистісних стосунків та особистих проблем.

У процесі підготовки емпіричного дослідження було зроблено припущення, що:

- особистісні параметри, стаж роботи й особливості професійної діяльності медичних сестер завдають впливу на розвиток такого особистісного стану, як психологічна дисгармонія;

- у медичних сестер на первинному етапі входження в професію проявляються саме емоційні дисгармонії як передумови розвитку синдрому емоційного вигоряння. Емоційне вигоряння – це вироблений особистістю механізм психологічного захисту у формі повного або часткового виключення емоцій (пониження їх енергетики) у відповідь на психотравмуючі впливи. Емоційне вигоряння становить собою набутий стереотип емоційної, частіше за все професійної, поведінки.

Оскільки професійна діяльність медичної сестри визначається особливими умовами виконання нею функціональних обов'язків і завдань, то найважливішим чинником впливу на їх особистісні дисгармонії є емоції, які виникають під впливом позитивних чи негативних проявів і впливають на перебіг їх особистісних психічних процесів і на ефективність їх професійної діяльності. Особливі умови професійної діяльності медичних сестер з точки зору психології висувають підвищені вимоги до їх особистості та у процесі виконання ними функціональних обов'язків і завдань при перенавантаженні можуть бути причиною помилок і зривів у роботі та несприятливо впливати на загальний стан їх здоров'я та працездатність. Усе це може сприяти виникненню емоційних дисгармоній у міжособистісних відносинах та призвести до емоційного вигоряння. Цей синдром обумовлює особистісну деформацію, яка виникає внаслідок емоційно важких або напружених відносин у системі «людина – людина» з урахуванням стажу роботи та умов праці. Наслідки вигоряння можуть проявлятися як у психосоматичних розладах, так і в суто психологічній сфері – когнітивній, емоційній, мотиваційній.

Узагальнення результатів теоретичного аналізу досліджуваної проблеми психологічного стану медичних сестер в особливих умовах професійної діяльності дало можливість дійти висновків, що в сучасній психологічній науці відсутні теоретичні й емпіричні дослідження емоційних дисгармоній та їх впливу на розвиток синдрому вигоряння. У дослідженні

особистісні емоційні дисгармонії аналізується як один із чинників професійного вигорання та обґрунтовуються передумови його виникнення.

Візуалізація взаємодії між зазначеними параметрами наведена на рис. 2.1., у якому простежується взаємозв'язок чинників, які зумовлюють виникнення психологічної дисгармонії та її вплив на формування стану емоційного вигорання. Проте ця схема не розкриває цей зв'язок у динаміці, вона є статичною, незмінною у часі. У схемі вітворено лише структуру та взаємозв'язок суб'єктів, котрі задіяні у психологічному процесі.

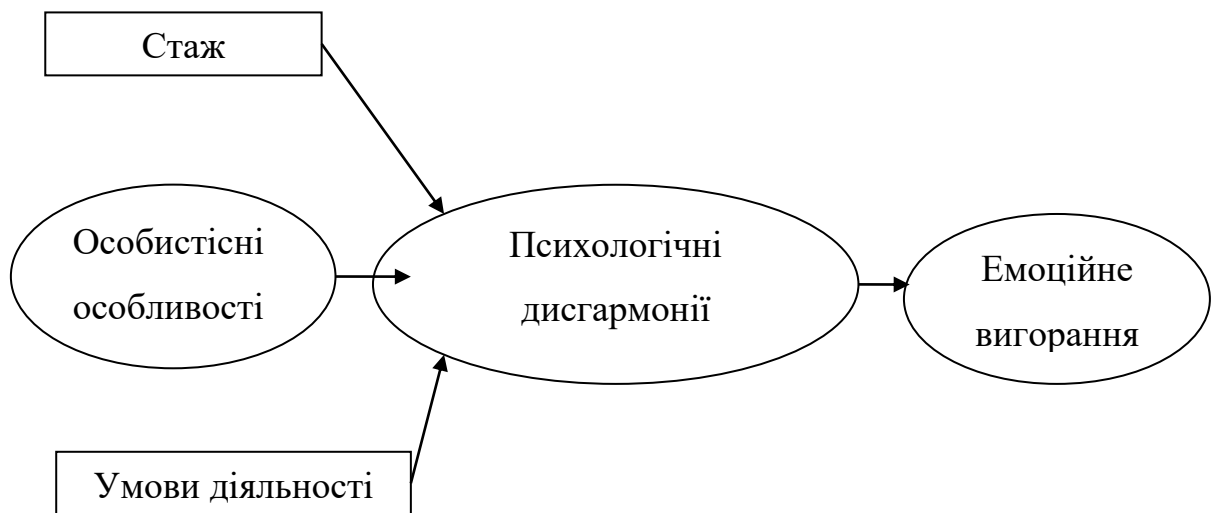


Рис. 2.1. Схема структурного взаємозв'язку складових, які включені у процес психологічної дисгармонії та впливають на формування стану емоційного вигорання

Виходячи з теоретичних положень В. Бойка [28], емоційне вигорання є динамічним процесом і виникає поетапно, у повній відповідності до механізму розвитку стресу. Відповідно й дослідження припускає аналіз особистісних психологічних особливостей, емоційної дисгармонійності та емоційного вигорання у динаміці. Критерієм динаміки психологічних параметрів особистості медичної сестри є стаж роботи за фахом та специфіка професійної діяльності в особливих умовах.

Тому головним організаційним методом дослідження є метод «поперечних» зрізів, при якому зіставлялися результати груп досліджуваних з різними періодами стажу та умов – звичайних та особливих – професійної діяльності медичних сестер: 1 рік, 3 роки та 5 років. Це обумовлено

необхідністю дослідження змінних, пов'язаних з процесами професійної адаптації та деформації медичних сестер. Окрім того, дослідження відбувалося з урахуванням умови їх діяльності, котрі мають свої специфічні рівні та характеризуються різним ступенем використання засобів персонального захисту, складністю виконання професійних обов'язків та завдань, вірогідністю зараження інфекційними захворюваннями тощо. Зміни особистісних психологічних особливостей у процесі входження в професійну діяльність впливають на зміни емоційної дисгармонійності, динаміка якої, у свою чергу, впливає на формування емоційного вигорання. Тобто, для кожної професійної групи і на кожному етапі стажу статична модель буде мати власну специфіку.

2.3. Методи емпіричного дослідження особистісних дисгармоній медичних сестер у процесі їх професійної діяльності

З огляду на це, вибір конкретних психодіагностичних методик визначався необхідністю дослідження особливостей емоційної дисгармонійності як психологічної властивості особистості, широкого спектру індивідуально-психологічних особливостей (станів і властивостей особистості, ціннісних орієнтацій, адаптивності), а також емоційного вигорання як одного з можливих наслідків емоційної дисгармонійності.

У процесі визначення методик було взято до уваги вимоги щодо психодіагностичного інструментарію [130]: 1) однозначно сформульовані цілі, предмет і сфера застосування методики, 2) заданість процедури проведення у вигляді однозначного алгоритму; 3) статистична обґрунтованість методів підрахунку та стандартизації тестового балу у процедурі обробки, 4) репрезентативність, надійність і валідність тестових шкал в заданій сфері застосування; 5) наявність засобів контролю за достовірністю проведених процедурах, заснованих на самозвіті [130].

Відбір методик було проведено на підґрунті їх інформативності та адекватності згідно з дослідженням особливостей емоційної дисгармонійності як властивості особистості, широкого спектру індивідуально-психологічних особливостей, а також емоційного вигорання як одного з можливих наслідків емоційної дисгармонійності. Так, з метою отримання об'єктивного і змістовного наповнення дослідження було обрано низку методик.

1. Опитувальник «Рівень суб'єктивного контролю» (РСК) Е. Бажина, Є. Голинкіної, А. Еткінда [10]. Опитувальник РСК побудований відповідно до розробленої В. Ядовим [154] ієрархічної моделі регуляції соціальної поведінки особистості, в основі якої лежить концепція локус контролю Дж. Роттера [202]. Автори опитувальника РСК, на відміну від оригінальної шкали Дж. Роттера, включили в опитувальник пункти для вимірювання інтернальності-екстернальності міжособистісних стосунків та пункти медико-психологічних досліджень з метою суб'єктивного контролю хвороби і стану здоров'я.

Методика спрямована на дослідження парціальних шкал локусу суб'єктивного контролю, під яким розуміють схильність особистості брати на себе і покладати на інших відповідальність за те, що з ними відбувається.

Методика заснована на двох принципових положеннях.

1. Кожна особистість відрізняється одна від одної за такими ознаками: як і де вони локалізують контроль над значущими для себе подіями. При цьому можливі два полярних типи такої локалізації – екстернальний та інтернальний. У першому випадку події, що відбуваються з особистістю, – є результатом дії зовнішніх чинників: випадку, інших осіб тощо. У другому випадку, інтерпретація значущих для особистості подій є результатом її власної діяльності. Це пояснюється тим, що кожна особистість посідає певне місце у континуумі відповідно від екстернального до інтернального типу.

2. Локус контролю, характерний для індивіда, універсальний стосовно будь-яких типів подій і ситуацій, котрі відбуваються в колі взаємодії та середовищі професійної діяльності. Один і той же тип контролю характеризує поведінку особистості як у випадку невдач, так і в сфері досягнень.

Дана методика дає можливість оцінити, якою мірою особистість медичної сестри готова брати на себе відповідальність за те, що відбувається з нею і навколо неї у процесі виконання нею своїх професійних обов'язків та завдань. Досліджуваному пропонуються 44 твердження, відповіді на які розкривають наявність рівня суб'єктивного контролю у медичної сестри.

З метою підвищення достовірності результатів опитувальник збалансований за наступними параметрами:

1) інтернальність/екстернальність – половина з пунктів опитувальника сформульована таким чином, що позитивну відповідь на них дадуть особи з інтернальним РСК, а інша половина сформульована так, що позитивну відповідь на неї дадуть особи з екстернальним РСК;

2) емоційність – однакова кількість пунктів опитування моделює емоційно позитивні і емоційно негативні ситуації;

3) атрибуційність – однакова кількість пунктів сформульована від першої і третьої особи.

Результати заповнення опитувальника окремими досліджуваними перетворюються на стандартну систему одиниць – стевів і наочно подаються у вигляді профілю суб'єктивного контролю. Стандартизація опитувальника проводилась на вибірці з 84 обстежуваних студентів вузу, середній вік яких складав 20,4 року.

Автори РСК запропонували методику, котра дає можливість отримати високі показники та забезпечує високий рівень його надійності. Валідність шкал РСК демонструється у зв'язку з іншими характеристиками особистості, які вимірюються за допомогою особистісного опитувальника 16PF Р. Кеттелла, де збільшено спектр використання опитувальника – два

варіанти, які розрізняються за формами відповідей досліджуваних. Варіант А, призначений для дослідницьких цілей, вимагає відповіді за 6-бальною шкалою (-3, -2, -1, 1, 2, 3), у якій відповідь «3» означає «повністю згоден», «-3» – «абсолютно не згоден». Варіант Б, призначений для проведення психодіагностики, вимагає відповідей за бінарною шкалою «згоден – не згоден».

За допомогою тесту можна проводити як індивідуальні, так і групові обстеження, що дає змогу вирішити низку соціально-психологічних та медико-психологічних проблем у процесі профвідбору, проведенні індивідуальних та сімейних консультацій, під час визначення ефективності методів психологічної корекції тощо.

Показники кількісно і якісно аналізуються за сімома шкалами: загальної інтернальності (Із), інтернальності у сфері досягнень (Ід), інтернальності у сфері невдач (Ін), інтернальності у сімейних стосунках (Іс), інтернальності у сфері професійних відносин (Ів), інтернальності у сфері міжособистісних стосунків (Ім), інтернальності щодо стану здоров'я і хвороби (З). Відхилення вправо (> 5.5 стенив) свідчить про інтернальний тип контролю у відповідних ситуаціях, а відхилення вліво від норми (< 5.5 стенив) – про екстернальний тип.

2. Тест смисложиттєвих орієнтацій (СЖО) Д. Леонтьєва [138].

Дана методика створена на базі тесту «Мета в житті» (Purpose in Life Test) Дж. Крамба і Л. Махоліка [200], які вважали переживання індивідом онтологічної значущості життя, тобто ступінь екзистенційного вакууму, основним об'єктом діагностики особистості. У вітчизняній психологічній діагностиці ця методика використовується за редакцією Д. Леонтьєва з колективом співавторів [98], в основі якої концепція «прагнення до сенсу» В. Франкла.

З точки зору А. Сірого, А. Юпітова [160], цей тест призначений для дослідження суб'єктивного співвідношення минулого, сучасного і майбутнього, актуальних смислових станів особистості та її норми

(рівноваги). Оригінальний варіант методики визначається високою валідністю, а також високою внутрішньою узгодженістю пунктів тесту [199]. Тест є доречним відповідно до обраної теми, оскільки у ньому зібрані дані про відмінності у мотивації до пошуку смисложиттєвих цілей у психічно здорових осіб і пацієнтів клінік. Вперше у вітчизняній психології використав дану методику К. Муздибаєв [134] для вимірювання задоволеності сенсом життя й отримав досить високі показники узгодженості окремих пунктів з сумарним балом (кореляція від 0,37 до 0,71). Версію К. Муздибаєва було покладено в основу методики Д. Леонтьєва з колективом співавторів. [98], видозмінено за наступними трьома параметрами: було змінено і спрощено формулювання деяких пунктів із збереженням їх загального сенсу. Так, замість загального початку речення з двома варіантами закінчення формулювалася пара цілісних альтернативних речень з однаковим початком; асиметрична шкала градації відповіді від 1 до 7 була замінена симетричною шкалою - 3 2 1 0 1 2 3. Останнє було зроблено з метою зменшення «прозорості» методики та усунення позиційних ефектів, хоча процедура підрахунку сумарного балу при цьому дещо ускладнилася. Тест СЖО в його остаточному варіанті – це набір з 20 симетричних шкал.

Методика включає, поряд із загальним показником свідомості життя, п'ять підшкал, що відображають три конкретні смисложиттєві орієнтації («Цілі життя», «Процес життя», «Результативність життя»), а дві інші характеризують певні аспекти внутрішнього локусу контролю («Локус контролю Я», «Локус контролю життя», тобто здатність бути суб'єктом і господарем свого життя. За кожною під шкалою обов'язково підраховується сума балів.

3. Методика діагностики рівня емоційного вигорання В. Бойка.

Опитувальник спрямований на дослідження емоційного вигорання, під яким розуміється вироблений особистістю механізм психологічного захисту у формі повного або часткового виключення емоцій (пониження їх енергетики) у відповідь на обрані психотравмуючі впливи. Емоційне

вигорання є набутим стереотипом емоційної поведінки особистості та формою професійної деформації особистості у професії її професійної діяльності. У нашому випадку, це діяльності медичних сестер в особливих умовах, в результаті яких виникають фази напруги, резистенції і виснаження, фази загального адаптаційного синдрому (стресу).

Методика В. Бойка складається з опитувального листа, що включає в себе 84 судження. Кожна фаза стресу виражена у вигляді однойменної шкали й діагностується на основі чотирьох симптомів, характерних для неї, виражених у вигляді підшкал (див. табл. 2.1.).

Таблиця 2.1.

Фази і симптоми вигорання за В. Бойка

Фаза стресу	№	Симптом
I. Напруга	1	Переживання психотравмуючих обставин
	2	Незадоволеність собою
	3	«Зацькованості, загнаності в клітку»
	4	Тривога і депресія
II. Резистенція	1	Неадекватне емоційне реагування
	2	Емоційно-моральна дезорієнтація
	3	Розширення сфери економії емоцій
	4	Редукція професійних обов'язків
III. Виснаження (астенізація)	1	Емоційний дефіцит
	2	Емоційна відстороненість
	3	Особистісна відстороненість(деперсоналізація)
	4	Психосоматичні і психовегетативні порушення

Відповідно до «ключа» здійснюються підрахунки суми балів окремо для кожного з 12 симптомів. Показник вираженості кожного симптому коливається у межах від 0 до 30 балів: (9 і менше балів – симптом не сформувався; 10–15 балів – формується симптом; 16 та більше – симптом сформовано). Симптоми з показниками 20 і більше балів належать до домінуючих у фазі або в усьому синдромі загалом.

Далі підраховується сума показників симптомів для кожної з трьох фаз формування емоційного вигорання, де оцінка можлива у межах від 0 до 120 балів. Проте порівняння балів, отриманих для фаз, є не правомірним, тому що не доводить їх відносної ролі чи внеску в синдром, оскільки вимірювані в них явища якісно різні: реакція на зовнішні і внутрішні чинники, прийоми психологічного захисту, стан нервової системи. За кількісними показниками правомірними є свідчення про сформованість кожної з фаз: 36 і менше балів – фаза не сформувалася; 37–60 балів – фаза в стадії формування; 61 і більше балів – сформувалася фаза. У висновку знаходиться підсумковий показник синдрому ЕВ – сума показників всіх 12 симптомів.

Паралельною методикою є опитувальник «Професійне вигорання» К. Маслача і С. Джексона, адаптований Н. Водоп'яноюю.

4. Методика вивчення кар'єрних орієнтацій «Якорі кар'єри».

Опитувальник Е. Шейна «Якорі кар'єри» [203], адаптований В. Чикер і В. Винокуровою [140], використовується для практичного вивчення кар'єрних орієнтацій особистості. Опитувальник визначається валідністю та надійністю, оскільки з метою перевірки методики на валідність авторами адаптації було проведено кореляційний аналіз між кар'єрними орієнтаціями і факторами особистості за методикою 16-факторного опитувальника Р. Кеттелла [140].

В основі методики лежить теоретичне положення про те, що одним з найважливіших аспектів професійного розвитку особистості, її самореалізації є свідоме планування професійної діяльності, детермінантою якої є уявлення про свою особистість відповідно до професійної «я-концепції». Здійснюючи вибір, тобто професійні переваги і тип виконання функціональних обов'язків, особистість виходить зі своїх талантів, спонукань, мотивів і цінностей, загальної особистісної концепції. Таким чином, професійна орієнтація або «якір кар'єри» є системою психологічних і соціальних установок, ціннісних

орієнтацій щодо типу діяльності, інтересів, соціально обумовлених спонукань [138].

Тест складається із 41 твердження. За шкалою від 1 до 10 оцінюється, наскільки важливим є кожне з перших 21 твердження (1 – означає «абсолютно неважливо», а 10 – «винятково важливо»). Решта бали – проміжні. Починаючи з 22 твердження, оцінюється згода з кожним із наступних тверджень: 1 – «зовсім не згоден», а 10 – «повністю згоден». Решта балів проміжні.

Опитувальник містить 8 діагностичних шкал вимірювання кар'єрних орієнтацій – «якорів кар'єри»: Професійна компетентність, Менеджмент, Автономія (незалежність), Стабільність, Служіння, Виклик, Інтеграція стилів життя, Підприємництво.

За допомогою ключа відповідно до кожної кар'єрної орієнтації підраховується кількість балів шляхом підсумовування і ділення на кількість питань – 5 (для орієнтації «Стабільність» – 3). Найвищий показник – 10, найнижчий – 1. Отримане значення свідчить про визначеність відповідної кар'єрної орієнтації. Узагальнений результат свідчить про вираженість фактору професійної мотивації, про «напруженість» спрямованості на діяльність. Слід звернути увагу на «переваги» у бік будь-якої однієї орієнтації або баланс всіх видів кар'єрних орієнтацій. Проте провідною є кар'єрна орієнтація, яка набрала не менше 5 балів. Іноді провідною не стає жодна кар'єрна орієнтація – в такому випадку кар'єра не є центральною для особистості.

5. Фрайбургський особистісний опитувальник (FPI) [138].

Опитувальник запропонований Й. Фаренбергом, Х. Зелгом, Р. Гампелом та адаптований до вітчизняних психологічних досліджень [201]. Так, адаптована форма В опитувальника складається з 114 висловлювань [99]. Існують також форми А, С і К. Опитувальник призначений для діагностики станів і властивостей особистості, які мають першорядне значення для процесу соціальної адаптації та регуляції поведінки. В межах

досліджуваної проблеми цей опитувальник є актуальним, оскільки стосується особливостей психологічного стану професійної діяльності особистості медичної сестри в особливих умовах. Шкали опитувальника сформовані на основі результатів факторного аналізу і відображають сукупність взаємопов'язаних факторів.

Завдання опитувальника відрізняються високою дискримінативністю, внутрішньою узгодженістю окремих факторів і отримані результати вирізняються високою надійністю. Вивчення валідності проводилося шляхом порівняння з іншими методиками, зокрема EPI, MMPI, 16-PF, які підтверджують високий рівень кореляції отриманих показників.

Досліджуваному пропонується два варіанти відповідей. «Так» – відповідність твердженням, відповідь «Ні» – невідповідність. Для підрахунку результатів необхідно послідовно провести дві процедури. Перша процедура підрахунку стосується отримання первинних, або «сирих», оцінок. Друга – з перекладом первинних оцінок у стандартні оцінки 9-бальної шкали за допомогою таблиці.

Опитувальник FPI містить 12 шкал; одне (перше) питання не входить до жодної шкали, оскільки має перевірочний характер. Шкали опитувальника I – IX є основними або базовими, а X – XII – похідними, інтегруючими. Похідні шкали складені з питань основних шкал і часто позначаються не цифрами, а літерами E, N і M відповідно. Шкала I – невротичність – характеризує рівень невротизації особистості; шкала II – спонтанна агресивність – дозволяє виявити і оцінити психопатизацію інтротенсивного типу; шкала III – депресивність – дає можливість діагностувати ознаки, характерні для психопатологічного депресивного синдрому; шкала IV – дратівливість – дозволяє говорити про емоційну стійкість; шкала V – товаришність – характеризує як потенційні можливості, так і реальні прояви соціальної активності; шкала VI – врівноваженість – відображає стійкість до стресу; шкала VII – реактивна агресивність – має на меті виявити наявність ознак психопатизації екстратенсивного типу; шкала VIII – сором'язливість –

відображає схильність до стресового реагування на звичайні життєві ситуації, котрі мають пасивно-оборонний тип; шкала IX – відкритість – дозволяє характеризувати ставлення до соціального оточення і рівень самокритичності. Оцінки за даною шкалою у тій чи іншій мірі сприяють визначенню щирості відповідей обстежуваного під час проведення психологічного дослідження і відповідають шкалам брехні інших опитувальників. Шкала X – екстраверсія/інтроверсія – свідчить про рівень вираженості даного прояву в особистості: високі оцінки – екстравертована особистість, низькі – інтровертованість. Шкала XI – емоційна лабільність – визначає рівень стійкості/нестійкості емоційного стану особистості. Високі оцінки вказують на нестійкість емоційного стану, що виявляється в частих коливаннях настрою, підвищеній збудливості, дратівливості, недостатній саморегуляції. Низькі оцінки характеризують не тільки високу стабільність емоційного стану як такого, але й вміння володіти собою. Шкала XII – маскуліність/фемінність – сприяє визначенню перебігу психічної діяльності особистості. Так, високі оцінки свідчать про психічну діяльність особистості переважно за чоловічим типом, низькі – за жіночим. При позитивній відповіді на перше питання, після обробки результатів дослідження, уважно вивчається графічне зображення профілю особистості, визначаються всі високі й низькі оцінки. До низьких належать оцінки в діапазоні 1–3 бали, до середніх – оцінки в межах 4–6 балів, до високих – в межах 7–9 балів.

6. *Тест-опитувальник адаптивності особистості (Тоса)*

О. Саннікова, О. Кузнецова [174].

Методика діагностики формально-динамічних і якісних ознак адаптивності особистості використовувалася у дослідженнях Ф. Березіна [19], В. Грибова [48], В. Зубченко [72], А. Маклакова [106], А. Налчаджяна [120], В. Очеретян [125], В. Попкова [139], В. Розова [149] та інших і була покладена в основу уявлень про компонентний склад формально-динамічних і якісних показників адаптивності та їхній зміст.

Методика складається з 80 тверджень (10 у кожній шкалі) і діагностує наступні показники адаптивності особистості: широту охоплення сигналів соціуму, легкість розпізнавання і ієрархізації сигналів соціуму, точність орієнтації в соціальних очікуваннях, стійкість емоційного переживання, готовність змінюватися; готовність до конструктивних дій, спрямованих на подолання невдач; готовність до дій, спрямованих на досягнення мети; загальний показник адаптивності, а також показник загальної задоволеності. Передбачено чотири варіанти відповідей на кожне питання: «безумовно, так», «мабуть, так», «мабуть, немає», «безумовно, немає». Стандартизація тесту проводилася на базі Південно-українського державного педагогічного університету ім. К.Д. Ушинського (297 осіб).

У процесі обробки отриманих результатів емпіричного дослідження було використано методи статистичного аналізу: аналіз описових статистик, серед яких вивчалися міри центральної тенденції – середнє арифметичне значення та медіана для встановлення узагальнюючих характеристик емпіричних даних та характеристики розподілу – стандартне відхилення, стандартна похибка середнього, асиметрія та ексцес для встановлення закономірностей розподілу значень досліджуваних змінних та ступеню їхньої відмінності від нормального розподілу; кореляційний аналіз для визначення зв'язку між досліджуваними змінними та його сили; однофакторний і багатфакторний дисперсійний аналіз для визначення та оцінювання окремих якісних показників, що здійснюють вплив на досліджувані змінні та вивчення взаємодії між ними; аналіз головних компонент для альтернативного опису явищ, що вивчаються, за допомогою нових ознак, менших за показниками від початкових; коваріаційний аналіз для визначення моделі зв'язку між залежною змінною та набором кількісних та якісних змінних; регресійний аналіз для визначення внеску окремих незалежних змінних у варіацію залежної змінної та пошуку відмінностей між ними; аналіз внутрішньої узгодженості для оцінювання конструктивної валідності тесту і з'ясування точності сформульованих завдань щодо правильності вимірювання даного

явища та визначення міри внеску кожного пункту в кількісну оцінку всієї методики.

Висновки до розділу

Основними науково-теоретичними принципами розробки змісту експериментального дослідження психологічних дисгармоній особистості медичних сестер у процесі їх професійної діяльності обрано принцип детермінізму, принцип психічного відображення, принцип самоактивності індивіда, принцип єдності психіки і діяльності та системно-структурний принцип.

Розроблено модель взаємозв'язків між основними параметрами дослідження особливостей емоційної дисгармонійності як властивості особистості, широкого спектру індивідуальн-психологічних особливостей, станів медичних сестер у процесі виконання ними своїх функціональних обов'язків та завдань в особливих умовах.

Емоційні дисгармонії особистості є передумовою розвитку синдрому емоційного вигорання у процесі професійної діяльності в особливих умовах. Оскільки емоційне вигорання є динамічним процесом і виникає поетапно, то в емпіричному дослідженні аналіз особистісних особливостей, емоційної дисгармонійності та емоційного вигорання буде спостерігатися у динаміці.

Критерієм динамічних змін психологічних параметрів медичних сестер у процесі їх професійної діяльності в особливих умовах є безпосередньо умови та стаж роботи.

Зміст, методи та розробка програми емпіричного дослідження знайшли своє відображення у наступних публікаціях:

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДИСГАРМОНІЙ ОСОБИСТОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У ПРОЦЕСІ ЇХ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

3.1. Операціоналізація конструкту емоційних дисгармоній особистості медичних сестер у процесі їх професійної діяльності з урахуванням стажу та умов професійної діяльності

З метою відбору найбільш інформативних показників було проведено їх початкову статистичну обробку. Відповідно до програми дослідження усі респонденти були розподілені на шість груп, сформованих шляхом перетину дихотомічної величини «Умови діяльності» включали в себе категорії «звичайні умови» та «особливі умови» за трихотомічною величиною, «стаж роботи» також включав три категорії: «перший рік», «третій рік», «п'ятий рік». Кількість досліджуваних у кожній групі була приблизно однаковою та варіювалася від 40 до 45 осіб. Нормальність розподілу змінних у досліджуваних групах оцінювалася через вивчення їх величин асиметрії (А) та ексцесу (Е).

Весь процес дослідження ґрунтувався на поглядах С. Дж. Веста, Дж. Ф. Фінча та П. Дж. Куррана [206] про розподіл значень змінних таким чином, що істотно не відрізняється від нормального, якщо величина асиметрії (А) менша від 2,000, а величина ексцесу (Е) менша від 7,000. У дослідженні ці цифрові значення використовувалися як критичні.

Отримані дані вказували на те, що переважна більшість показників були, у розрахунку для досліджуваних груп, значеннями асиметрії (А) та ексцесу (Е) і не перевищували критичних. Винятком були показники тесту-опитувальника соціальної адаптивності: легкість ієрархізації сигналів соціуму – особливі умови, перший рік; точність орієнтації у соціальних очікуваннях – особливі умови, перший рік; готовність до подолання невдач – звичайні умови, перший рік.

Детальний розподіл значень даних показників у визначених підгрупах та у цілому в обох групах буде подано нижче. Так, значення показника готовності до подолання невдач мали істотну лівосторонню асиметрію як у групі першого року стажу в звичайних умовах, так і в усіх інших групах разом (рис. 3.1.).

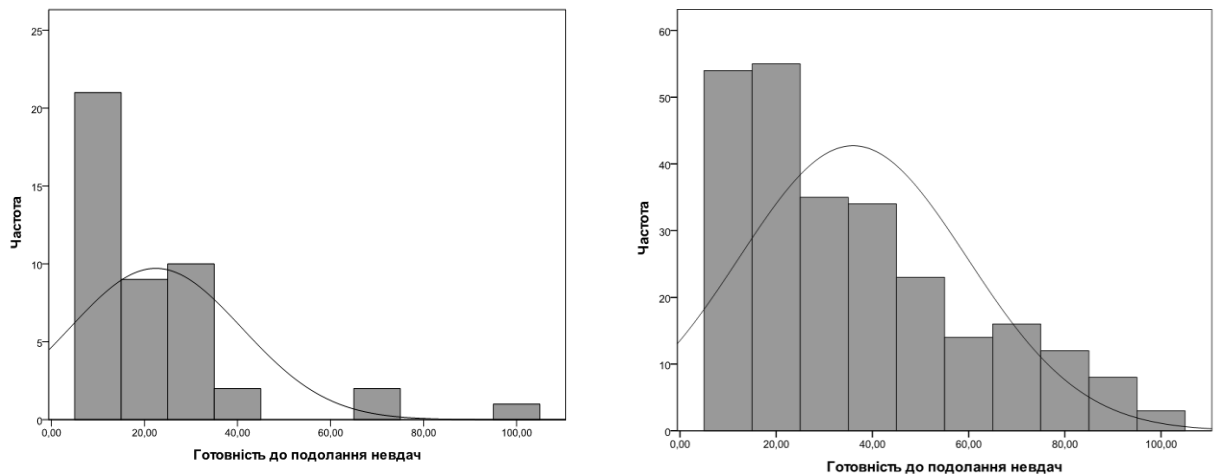


Рис. 3.1. Гістограми розподілу значень показника готовності до подолання невдач у групі першого року стажу в звичайних умовах (зліва) і в разом групах (справа)

Найбільш принагідною функцією для перетворень значень змінної, яка вивчається, є натуральний логарифм. Окрім того, трансформацію за допомогою натурального логарифма було зроблено не тільки в першій групі, але й в усіх групах, що надасть змогу правильно і логічно інтерпретувати результати при здійсненні порівняльного міжгрупового аналізу.

Вивчення розподілів значень двох інших шкал, що вирізняються істотним відхиленням від Гаусової кривої, викрило подібну картину – виражену лівосторонню асиметрію у групі першого року стажу в особливих умовах та превалювання лівосторонньої асиметрії за усією вибіркою. Значення за Гаусовою кривою репрезентовані на рис. 3.2.

Таким чином, видається доцільним використати перетворення значень за допомогою функції натурального логарифма для вказаних змінних всієї вибірки дослідження, що полегшить інтерпретацію результатів міжгрупових відмінностей проявів психологічних дисгармоній особистості

медичних сестер при виконанні ними функціональних обов'язків і завдань в особливих умовах професійної діяльності.

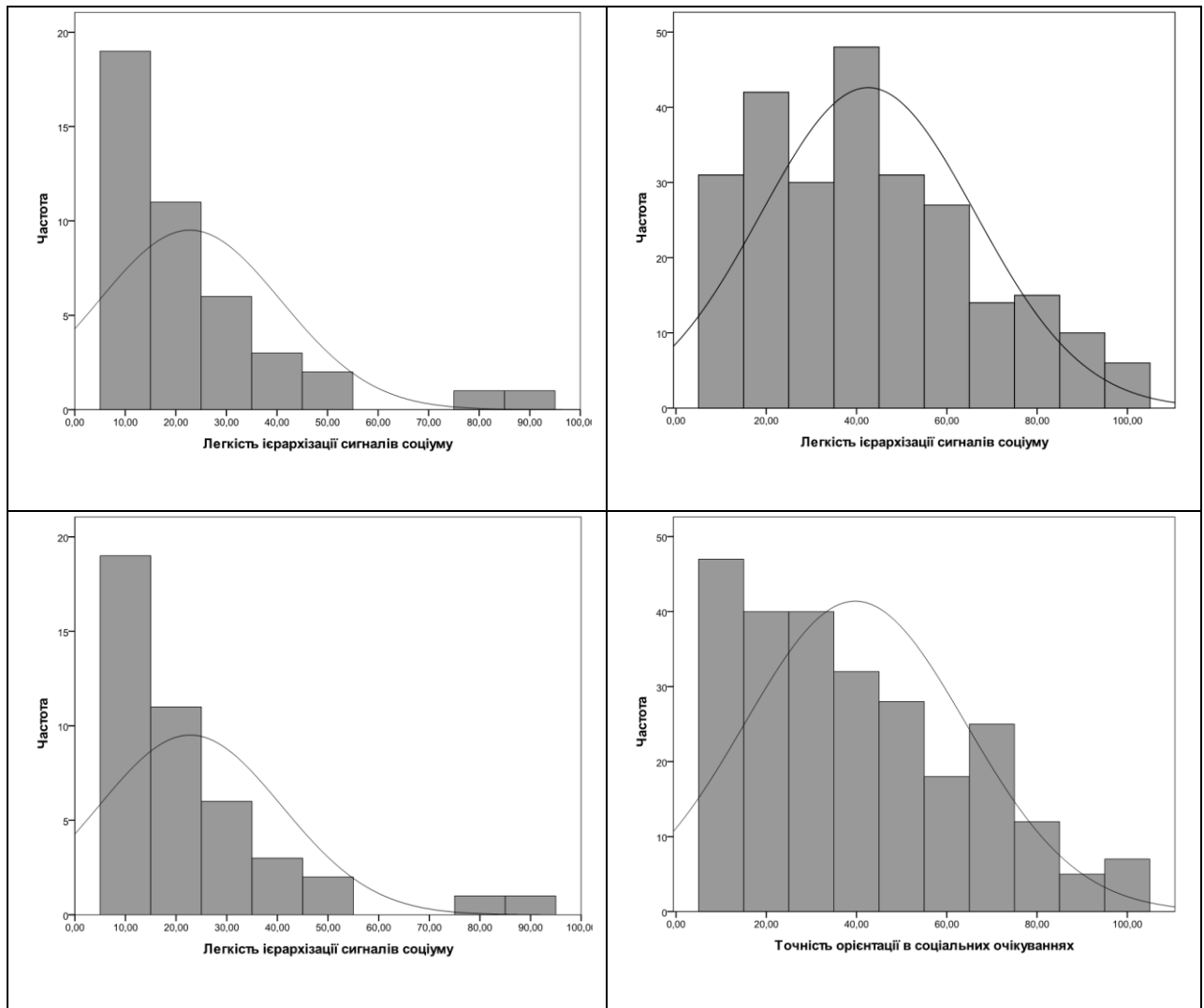


Рис. 3.2. Гістограми розподілу значень показників легкості ієрархізації сигналів соціуму і точності орієнтації у соціальних очікуваннях у групі першого року стажу в особливих умовах (зліва) і всіх групах разом (справа).

Завдяки здійсненій логарифмічній трансформації змінних вдалося істотно наблизити розподіл їх значень до нормального виду. Про це засвідчили величини асиметрії та регресії трансформованих величин: легкість ієрархізації сигналів соціуму в групі медичних сестер першого року професійної діяльності в особливих умовах ($A = 0,713$; $E = -0,345$), точність їх орієнтації в соціальних очікуваннях – ($A = 0,960$; $E = 0,113$).

Готовність до подолання невдач у групі медичних сестер першого року стажу в звичайних умовах має показники ($A = 0,823$; $E = -0,255$).

Гістограми наочного розподілу значень інших показників тесту-опитувальника соціальної адаптивності не наводяться з позицій заощадження місця, проте вище зазначені показники дозволяють висунути припущення про можливість логарифмічного перетворення усіх шкал даної методики. Окрім того, з огляду на досліджувану проблему, можливо, це і є необхідною умовою для подальшого застосування параметричних методів з метою розширення трансформації на усі змінні конструктивного поля соціальної адаптивності, що дозволить зробити порівняльний аналіз показників тесту-опитувальника більш наочним. Результати даного перетворення подані у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Оцінка розподілу перетворених значень показників тесту-опитувальника соціальної адаптивності у групах досліджуваних зі стажевем

Показники, перетворені функцією натурального логарифма	1-й рік		3-й рік		5-й рік	
Звичайні умови						
Широта охоплення сигналів соціуму	-0,102	-0,222	-0,504	-0,198	-1,586	20,890
Легкість ієрархізації сигналів соціуму	00,021	-0,549	-0,212	-1,084	-1,272	10,716
Точність орієнтації в соціальних очікуваннях	00,138	-0,678	00,180	-1,098	-0,549	-0,337
Стійкість емоційних переживань	00,419	-0,868	00,819	-0,831	-1,142	00,753
Готовність змінюватися	00,777	-0,113	00,631	-0,621	-0,758	00,434
Готовність до подолання невдач	00,823	-0,255	-0,101	-0,496	-0,654	-0,572
Готовність до досягнення мети	-0,179	-0,101	-0,674	0,373	-0,318	-0,371
Показник загального задоволення	-0,142	-0,005	-0,100	0,068	-0,041	00,194
Загальний показник адаптивності	-0,102	-0,222	-0,504	-0,198	-1,586	20,890
Особливі умови						
Широта охоплення сигналів	-0,329	-0,364	-1,102	10,342	-0,491	-0,632

соціуму						
Легкість ієрархізації сигналів соціуму	00,713	-0,345	-0,891	10,707	-0,624	-0,730
Точність орієнтації в соціальних очікуваннях	00,960	00,113	-0,634	00,198	-1,725	40,074
Стійкість емоційних переживань	0,020	-0,630	-0,246	-0,762	-0,663	-0,225
Готовність змінюватися	-0,169	-1,335	-0,278	-0,988	-0,447	-1,068
Готовність до подолання невдач	-0,010	-1,146	-1,111	0,934	-0,547	-0,945
Готовність до досягнення мети	-0,071	-1,045	-0,693	-0,112	-0,672	-0,384
Показник загального задоволення	00,004	-1,308	-0,554	-0,651	-0,396	-0,721
Загальний показник адаптивності	00,113	-1,394	-1,145	1,948	-0,446	-0,122

Після перетворення за допомогою функції натурального логарифма величини ексцесу та асиметрії трансформованих змінних не перевищували відповідно 2,000 і 7,000. Відповідно, використання у подальших підрозділах параметричних (тобто таких, що припускають близькість розподілу значень досліджуваних показників до нормального розподілу) методів аналізу є коректним.

Теоретичний аналіз надав змогу обґрунтувати сутність поняття «емоційні дисгармонії», які формуються як особистісні риси, що характеризуються схильністю до проявів негативних, а також незбалансованих та амбівалентних емоцій. Зазначимо, що в сучасній психологічній науці ще не створені спеціалізовані методики для вивчення емоційних дисгармоній, які були б адаптовані з урахуванням вітчизняних діагностичних потреб. Тому було прийняте рішення спробувати виявити даний психологічний конструкт у структурі вже широко вивченого як у теоретичному, так і в практичному аспекті, багатофакторного особистісного опитувальника. З огляду на досліджувану проблему, доречним для її дослідження є Фрайбурзький особистісний опитувальник [90], що містить у

собі шкали, які описують широкий спектр особистісних рис, пов'язаних із емоційною сферою міжособистісних стосунків. Адаптована версія опитувальника є дієвою у процесі дослідження проявів різних психічних станів.

Створення показника для конструкту емоційної дисгармонійності проводилось через таку експлораторну, розвідкову процедуру, як метод головних компонент. Було висунуто припущення, що у випадку виокремлення компонент (чи одної компоненти) до яких увійдуть шкали опитувальника, що описують ті чи інші емоційно забарвлені особливості поведінки індивіда, їх можна буде інтерпретувати як нові змінні, що відтворюють комплексні особливості емоційної сфери особистості медичних сестер під час виконання ними своїх функціональних обов'язків і завдань в особливих умовах. Якщо ж дані компоненти будуть демонструвати вираженість негативних проявів поряд із їх неузгодженістю, то можна буде із упевненістю стверджувати, що тут знаходить свій поведінковий прояв емоційна дисгармонійність особистості. І навпаки, принципова неможливість виокремлення компонент, яким властиві вищезазначені прояви, буде свідчити про істотні труднощі операціоналізації даного конструкту шляхом його трансляції в обраній методиці. Тим самим постало б питання про пошук іншої психодіагностичної методики, котра була б більш адекватною при дослідженні обраного конструкту.

Іншими словами, для отримання корисної інформації застосувалось стиснення отриманих даних для виявлення прихованих змінних. При цьому обов'язковим є дотримання двох умов: по-перше, кількість нових змінних має бути істотно меншою від кількості вихідних змінних; і, по-друге, втрати від такого стиснення даних повинні бути пропорційними. З точки зору [86], використання методу стиснення даних дозволяє подати отриману інформацію стисло, наочно, зручно для візуалізації та інтерпретації отриманих результатів емпіричного дослідження.

На часі найбільш популярним способом стиснення даних є метод головних компонент, основною метою якого є заміна вихідного опису зразків за допомогою p змінних на нову форму, подану у просторі головних компонент. За дослідженнями А. Фурмана, головні компоненти є результатом мінімізації суми квадратів відстаней до об'єктів. Тобто за допомогою цього методу одночасно вирішуються два важливі завдання: переведення даних у більш придатну систему координат, початок якої лежить у центрі області даних, та зменшення розмірності, використання лише деяких перших головних компонент, які відображають структуру даних. При цьому перед дослідником стоїть тільки одна проблема – вирішити, скільки саме компонент йому слід використовувати [199].

Таким чином, до аналізу були включені дані показників Фрайбурзького особистісного опитувальника, отримані за всією вибіркою. Проте на початку проведення емпіричного дослідження було перевірено низку характеристик матриці за критерієм адекватності вибірки Кайзера-Мейєра-Олкіна [118], який характеризує ступінь вірогідності компонентного аналізу до вибірки з урахуванням всієї матриці. Його показник складає 0,856 і свідчить про високий рівень вірогідності запропонованої моделі. Окрім того, значущість критерію сферичності Бартлетта ($p < 0,001$) дає можливість статистичної факторизації даних для обраної проблеми.

Критерієм визначення кількості компонент стали величини їх власних значень відповідно до критерію Кайзера – відбирались лише компоненти із власними значеннями, які дорівнюють чи є більшими за 1. Це означає, що за умови наявності значень менших 1 фактор не виявляє дисперсію еквівалентну, у крайньому випадку, дисперсії однієї зі змінних, і тому не розглядається. Таким чином, було визначено три компоненти, а саме: перша – пояснювала 39,374% дисперсії, друга – 10,710%, третя – 9,874%, що у сумі становило 59,958% пояснюваної дисперсії. Як свідчать отримані дані, запропонована модель описує більшу частину дисперсії змінних відповідно до обраної проблеми.

Отримана трикомпонентна матриця була піддана обертанню за допомогою ортогональної процедури варимакс, після чого перша компонента пояснювала 38,406% дисперсії, включених до аналізу показників, друга – 10,964%, третя – 10,587%. У таблиці 3.2. наочно подано результати компонентного аналізу після обертання. Доречно зазначити, що інші процедури обертання, навіть навскісутні, показували приблизно подібні результати. А це підтверджує, що описана компонентна структура обумовлена саме особливостями досліджуваних проявів, а не способом обертання матриці. Більше того, використання разом з методом головних компонент альфа-факторного аналізу і факторного аналізу образів також дає аналогічні результати, засвідчуючи у такий спосіб стійкість структури нових вимірів.

Максимальні за модулем вагові коефіцієнти показників слугували орієнтиром для змістової інтерпретації виокремлених компонент. Підтвердження значущості вибраних ознак, що беруть участь у формуванні назв головних компонент, було отримане розрахунковим шляхом при визначенні коефіцієнта інформативності за формулою:

$$K_{ij} = \frac{\sum_{i=1}^p w_{ij}^2 [w_{kj}]}{\sum_{i=1}^p w_{ij}^2 [w_j]},$$

де $[w_{kj}]$ – підмножина, що бере участь у назвах вагових коефіцієнтів j -ї компоненти; $[w_j]$ – усі вагові коефіцієнти j -ї компоненти [116].

Значення коефіцієнтів інформативності дозволило стверджувати, що склад підмножини $[w_{kj}]$ для усіх компонент є достатньо надійним. Так, значення ознак першої компоненти визначені на 92,893%, для другої компоненти – на 92,679%, для третьої – на 62,051%. Відбір значущих елементарних ознак при визначенні назви головної компоненти виконувався, перш за все, за абсолютною величиною вагового коефіцієнта. Знак коефіцієнта набуває значення у подальшому, при логічному з'ясуванні складу і встановленні його несуперечливості назві головної компоненти.

Таблиця 3.2.

Групування показників Фрайбурзького особистісного опитувальника за трьома головними компонентами залежно від абсолютної величини вагових коефіцієнтів

Показник	Компонента		
	1	2	3
Невротичність	0,811	-0,019	-0,128
Дратівливість	0,800	-0,179	0,160
Емоційна лабільність	0,792	0,054	0,146
Спонтанна агресивність	0,740	-0,190	0,224
Екстраверсія-інтроверсія	0,718	-0,085	-0,197
Депресивність	0,708	-0,040	-0,015
Реактивна агресія	0,677	0,112	0,123
Сором`язливість	0,577	-0,033	0,244
Товариськість	-0,061	0,775	-0,301
Урівноваженість	-0,439	0,560	0,152
Відкритість	0,360	0,553	0,376
Маскуліність-фемініність	0,038	-0,050	0,888

Примітка: жирним шрифтом виділені максимальні за модулем вагові коефіцієнти показників

Так, перша група показників характеризує конструкт емоційної дисгармонійності. Її склад був утворений такими шкалами, як: «Невротичність», «Дратівливість», «Емоційна лабільність», «Спонтанна агресивність», «Екстраверсія-інтроверсія», «Депресивність», «Реактивна агресія», «Сором`язливість». Усі вагові коефіцієнти були одного знаку – позитивні, що засвідчує про односпрямованість даних рис особистості при відбитті властивостей зазначеного конструкта.

Отже, чим сильніше даний конструкт виражений в особистості, тим яскравіше він маніфестує на рівні особистісних рис та на поведінковому рівні у вигляді:

1) негативних емоцій – про що свідчить присутність таких показників, як «Невротичність», «Дратівливість», «Спонтанна агресивність», «Депресивність», «Реактивна агресія», «Сором`язливість»;

2) незбалансованих емоцій – основною ознакою яких є включення до складу першої компоненти показника «Емоційна лабільність», високі показники якого свідчать про нестійкість емоційного стану, що проявляється у коливаннях настрою, підвищеній збудженості, дратівливості, недостатній саморегуляції;

3) амбівалентних емоцій – про що говорить схильність до одночасного прояву таких різноспрямованих та суперечливих станів, як сором, гнів (шкали «Сором`язливість» і «Реактивна агресія»), пригнічення, роздратування (шкали «Депресивність» і «Дратівливість») тощо.

Усі три вищезазначені параметри є свідченнями наявності психологічного конструкту емоційної дисгармонійності. Відповідно, перша компонента отримала однойменну назву. Вона виступила інтегральним показником конструкту, елементами якого є вищезазначені шкали Фрайбурзького особистісного опитувальника. Тим самим, конструкт відповідно до своєї структури було операціоналізовано як комплексний показник.

На думку С. Мадді [109], значущість конкретної характеристики проявів особистості розглядається як емпірично існуюча за умови, що її показник має адекватну надійність. Він вказує на два види надійності: стабільність та внутрішню узгодженість. Вимір стабільності конструкту емоційної дисгармонійності не входив до переліку сформульованих у дослідженні завдань, оскільки вимагав лонгітюдного методу. Тоді як вимір внутрішньої узгодженості цілком можливий у випадку запропонованої схеми дослідження.

За твердженням О. Крилова, внутрішня узгодженість досягається за умови, якщо «включені до аналізу за попередніми міркуваннями елементи показника дійсно проявляють сумісну мінливість на емпіричному рівні аналізу» [109]. Інтегральний показник емоційної дисгармонійності має високий рівень внутрішньої узгодженості, про що свідчить високе значення коефіцієнта α Кронбаха, розрахованого для інтегрального показника – 0,880.

Факт внутрішньої узгодженості свідчить про емпіричні основи того, що сконструйований показник значною мірою розкриває сутність досліджуваного психологічного конструкту.

Друга компонента отримала назву «Комунікативність», оскільки до її складу увійшли показники, пов'язані з міжособистісними стосунками та взаємодією: «Товариськість», «Урівноваженість», «Відкритість». У процесі аналізу може виникнути питання про причини, за яких показник «Урівноваженість» виявився б більш пов'язаним із комунікативною, аніж із емоційною сферою особистості? Чи не є він більш близьким до компоненти емоційної дисгармонійності, де її ваговий показник був з мінусовим знаком, але меншим за модулем? Згідно з концепцією авторів тесту, даний показник відображає стійкість особистості до стресу і його високі оцінки свідчать про достатню захищеність від впливів стрес-чинників звичайних життєвих ситуацій, які базуються на упевненості у собі, оптимістичності та активності. Тобто, психологічний зміст відображає конструкт ефективного копінгу, вочевидь необхідного для успішної комунікації особистості медичної сестри у процесі її професійної діяльності в особливих умовах. Доречно зазначити, що, відповідно до моделі головних компонент, емоційна дисгармонійність та комунікативність описували різноманітні, ортогональні одна до одної комплексні властивості особистості.

Склад третьої компоненти обмежився одним показником «Маскуліність-фемініність», що дало змогу інтерпретувати її як «Гендерна ідентичність». При узагальненні наповнення даної компоненти виявляється, що особистісні психологічні прояви цієї компоненти досить слабо пов'язані як із емоційною дисгармонійністю, так і з комунікативністю, тому формують окремий вимір особистості, пов'язаний із дотриманням соціальних стереотипів поведінки за чоловічим чи жіночим типом.

Наступним завданням було визначення внеску конструкту емоційної дисгармонійності у той чи інший елемент інтегрального показника. Мається на увазі, що кожний специфічний поведінковий прояв конструкту може бути

зумовленим в тій чи іншій мірі саме його впливом і, відповідно, рівень взаємозв'язку окремих показників опитувальника з інтегральним показником може бути різним. Для вирішення даного завдання було проведено однокомпонентний аналіз за допомогою шкал, що характеризувалися максимальними за модулем значеннями значущих статистичних коефіцієнтів стосовно першої компоненти. Тим самим їх вагові коефіцієнти були скориговані з урахуванням елімінації впливу сторонніх показників, котрі увійшли до компоненти з іншим психологічним змістом.

Власне значення першої компоненти за однокомпонентного аналізу складало 4,388. А власні значення інших компонент були меншими за одиницю, що вказує на їх відносно малу значущість і, таким чином, підтверджує гомогенність пояснюваного психологічного конструкту визначеними шкалами. Відсоток пояснюваної першою компонентою дисперсії склав 54,847. Результати однокомпонентного аналізу подані у таблиці 3.3 – шкали методики проранжовані залежно від абсолютно значення вагового коефіцієнту.

Таблиця 3.3.

Вага коефіцієнтів за Фрайбурзьким особистісним опитувальником, які формують інтегральний показник емоційної дисгармонійності

Показник	Вага коефіцієнтів
Дратівливість	0,829
Емоційна лабільність	0,796
Спонтанна агресивність	0,791
Невротичність	0,790
Депресивність	0,707
Екстраверсія-інтроверсія	0,699
Реактивна агресія	0,671
Сором'язливість	0,616

На базі даної таблиці є можливим виконання розрахунків інтегрального показника емоційної дисгармонійності для усіх досліджуваних. Він дорівнював сумі добутків значень кожного показника та їх вагових коефіцієнтів:

$$\begin{aligned} & (\text{Дратівливість}) * 0,829 + (\text{Емоційна лабільність}) * 0,796 + \\ & + (\text{Спонтанна агресивність}) * 0,791 + (\text{Невротичність}) * \\ & * 0,790 + (\text{Депресивність}) * 0,707 + (\text{Екстраверсія-інтроверсія}) * 0,699 + \\ & + (\text{Реактивна агресія}) * 0,671 + (\text{Сором`язливість}) * 0,616. \end{aligned}$$

Як свідчать дані таблиці, найбільший рейтинг серед усіх показників саме у шкали дратівливості. Відповідно, на поведінковому рівні емоційна дисгармонійність найбільш ярко маніфестує у вигляді емоційної нестійкості та схильності до афективного реагування. Найменший рейтинг має шкала «Сором`язливість», що характеризується схильністю до реагування на життєві ситуації пасивно-захисного типу. Як відомо, високі оцінки за даною шкалою відображають наявність тривожності, скутості, невпевненості, наслідком чого є ригідність при соціальній взаємодії. Таким чином, дана шкала торкається не лише аспектів емоційних проявів особистості, але й гендерного та комунікативного вимірів.

Порівняно з попередньою моделлю рейтинг показників, які формують компоненту емоційної дисгармонійності, змінився. Шкала невротичності, що посідала перше місце за абсолютною величиною свого вагового коефіцієнта, перемістилася лише на четверте. На нашу думку, це вказує на те, що конструкт емоційної дисгармонійності характеризується не лише невротичним, але й психотичним спектром реагування. У процесі дослідження звертає на себе увагу шкала «Екстраверсія–Інтроверсія» у структурі показника емоційної дисгармонійності. Відповідно до висунутого припущення про наявність високого показника екстраверсії, основою якого є типологічні особливості вищої нервової діяльності особистості, можна говорити про те, що вона також є однією з передумов формування емоційної дисгармонійності. Разом із цим, можливе й інше пояснення: тип нервової

системи має певний вплив на розвиток емоційної дисгармонійності, яка на рівні наявних реакцій проявляється у тому числі й у підвищенні частоти відповідей за шкалою екстраверсія–інтроверсія. Однак для перевірки даних гіпотез щодо механізмів психобіологічної детермінації емоційної дисгармонійності потрібні спеціальні комплексні дослідження, які передбачають використання не тільки власне психологічних, але й психофізіологічних методів.

Звертає на себе увагу той факт, що запропонована трикомпонентна модель опонує до широковідомої моделі Г. Айзенка [208], у якій особистість розглядається у трьох «основних» ортогональних вимірах: екстраверсія–інтроверсія, нейротизм та психотизм. За його тлумаченням, основою екстраверсії є загальний рівень активації, для нейротизму – рівень тривожності, а психотизм пов'язаний із соціальною сприйнятливістю психіки. У нашій же моделі, шкали, що відповідають за екстраверсію, невротичні й психотичні прояви, утворюють єдиний загальний блок властивостей, тобто конструкт емоційної дисгармонійності знаходить свою опору в комплексному сполученні активації, тривожності та сприйнятливості. Більше того, як зазначалося вище, в даному дослідженні виокремлені ще два виміри, що характеризують комунікативність та гендерну ідентичність особистості. Отримані дані підтверджуються дослідженням, проведеним за допомогою Фрайбурзького особистісного опитувальника при з'ясуванні чинників ризику розвитку психічної патології у дітей із сімей алкоголезалежних осіб.

Німецькі автори Н. Бальтрушат, Е. Гайснер і М. Кляйн [205] довели, що факторний аналіз виявив наявність у структурі особистості таких дітей двох провідних вимірів: «інтрапсихічного напруження» й «міжособистісного напруження». Те, що у даній групі не виокремився третій ортогональний вимір, близький до конструкту гендерної ідентичності, може бути обумовленим юним віком опитуваних і, відповідно, недостатньою сформованістю уявлень про статоворольові стереотипи.

Запропонована нами трикомпонентна модель віднаходить певну подібність із концепцією базисних потягів Л. Сонді – автора проективного методу портретних виборів [214]. Надаючи визначну роль у поведінці особистості восьми неусвідомленим потягам, він групував їх у чотири вектори, які, у свою чергу, класифікувалися відповідно до дихотомії: «краї»– «середина». «Краї» формували вектори сексуальності S (можна провести аналогію з компонентою «Гендерна ідентичність») й контактів C (аналогія – компонента «Комунікативність»). «Середина» складалася з векторів Sch (Его) і P (Супер-Его або пароксизмальний вектор). У автора саме пароксизмальний вектор відповідав за контроль і характер емоційних проявів, що були основою етико-моральної поведінки, а вектор Sch визначав ставлення особистості до реальності та її спрямованості.

Виходячи з теоретичних положень, саме «середину» в концепції Л. Сонді інтерпретовано як інстанцію, що гармонізує особистість – її дисбаланс буде відстежуватися у різних порушеннях поведінки, не виключаючи й емоційних дисгармоній. Тобто, виокремлені виміри у трикомпонентній моделі характеризують три сфери особистості: внутрішній світ, взаємодію з зовнішнім світом та статеву ідентичність. Не виключається можливість, що зазначені сфери відповідно до обраних методик досліджуваної проблеми, сприятимуть реалізації суб'єктивного психодіагностичного підходу.

Таким чином, існують як теоретичні, так й емпіричні основи для розгляду трикомпонентної моделі як основи здійснення подальших етапів емпіричного дослідження проблеми психологічних дисгармоній особистості медичної сестри в особливих умовах її професійної діяльності. Тому першочерговий інтерес становить перша компонента, що утворює конструкт емоційної дисгармонійності. Аналіз внутрішньої структури першої компоненти було обчислено за допомогою парних коефіцієнтів кореляцій Пірсона між усіма шкалами – елементами інтегрального показника і наведено у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4.

Інтеркореляції взаємозв'язків між шкалами інтегральних показників
емоційних дисгармоній

Показники	1	2	3	4	5	6	7	8
Невротичність	1,000	0,526	0,581	0,600	0,426	0,417	0,495	0,583
Спонтанна агресивність	0,526	1,000	0,500	0,661	0,414	0,514	0,459	0,564
Депресивність	0,581	0,500	1,000	0,546	0,412	0,330	0,365	0,441
Дратівливість	0,600	0,661	0,546	1,000	0,510	0,465	0,500	0,560
Реактивна агресія	0,426	0,414	0,412	0,510	1,000	0,377	0,392	0,487
Сором'язливість	0,417	0,514	0,330	0,465	0,377	1,000	0,255	0,375
Екстраверсія-інтроверсія	0,495	0,459	0,365	0,500	0,392	0,255	1,000	0,655
Емоційна лабільність	0,583	0,564	0,441	0,560	0,487	0,375	0,655	1,000

Слід зазначити, що усі коефіцієнти кореляції були позитивними й значущими на рівні $p < 0,001$. Це вказує на внутрішню несуперечливість операціоналізованого конструкту емоційної дисгармонійності. Взаємозв'язки між елементами інтегрального показника були досить щільними. Значення коефіцієнтів кореляції варіювалися у діапазоні від 0,255 до 0,661.

Найбільш сильним ($r = 0,661$) взаємозв'язок між дратівливістю та спонтанною агресивністю, що свідчить про високу частоту сумісного прояву в поведінкових реакціях емоційної нестійкості чуттєвої негативної оцінки з імпульсивністю і неконтрольованою агресивністю. Також звертає на себе увагу високий коефіцієнт кореляції між шкалами «Екстраверсія-інтроверсія» й «Емоційна лабільність» ($r = 0,655$). Шкали, які в оригінальній версії опитувальника виступають як вторинні фактори (*Sekundärfaktoren*) [211], на даній вибірці знаходять достатньо широке загальне конструктне поле.

Лишається відкритим питання, наскільки адекватно відображений даний конструкт у підвбірках, згрупованих за показниками стажу й умов роботи. Для цього була проведена перевірка внутрішньої узгодженості інтегрального показника емоційної дисгармонійності у кожній з груп шляхом

розрахунку коефіцієнта α Кронбаха. Показники внутрішньої узгодженості моделі, отримані для всіх груп із різним стажем та умовами професійної діяльності знаходились у межах від 0,806 до 0,897. Результати наведені у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Внутрішня узгодженість інтегрального показника емоційних дисгармоній у підвбірках

Умови діяльності	Стаж	α Кронбаха	Показник, виключення якого покращує узгодженість
Звичайні	1	0,824	Депресивність (0,875)
	3	0,897	Реактивна агресія (0,924)
	5	0,873	-
Особливі	1	0,891	-
	3	0,806	Сором'язливість (0,824)
	5	0,876	Сором'язливість (0,878)

Примітка: у дужках вказане значення коефіцієнта α Кронбаха за винятком відповідної шкали з інтегрального показника

Вказані значення свідчать про те, що конструкт емоційної дисгармонійності зберігає свою цілісність поза залежністю впливу факторів стажу й умов діяльності. Тим не менше, низка поведінкових проявів, які у цілому розглядаються як тенденції, що характеризують емоційну дисгармонійність, у деяких підвбірках проявляють себе як необхідні елементи досліджуваного конструкту.

Для групи першого року роботи в звичайних умовах – це депресивність, для групи третього року роботи в звичайних умовах – це реактивна агресія. Сором'язливість не є необхідною шкалою для розрахунку інтегрального показника у групах досліджуваних, що працюють як третій, так і п'ятий рік в особливих умовах професійної діяльності. Однак

покращення внутрішньої узгодженості моделі при вилученні вказаних шкал у відповідних групах є настільки незначним, що ним можна знехтувати й далі користуватися виведеною розрахунковою формулою для показника емоційної дисгармонійності, яка, вочевидь, є універсальною для вивчення досліджуваних із різним стажем та працюючих у різних умовах діяльності.

Оскільки в авторській моделі шкали Фрайбурзького особистісного опитувальника вимірюються у стандартних балах – стенах, то для досягнення повної стандартизації показник емоційної дисгармонійності також повинен бути виражений у цих одиницях. Результати переведення «сирих» балів у стандартні наведені у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Значення стенив для інтегрального показника емоційної дисгармонійності

Сирі значення інтегрального показника		Стандартні бали
Мінімум	Максимум	
0	17,917	1
17,918	21,226	2
21,227	23,712	3
23,713	26,884	4
26,885	31,559	5
31,560	38,096	6
38,097	44,532	7
44,533	51,618	8
51,619	72,000	9

Уявлення вихідних тестових оцінок у форматі стеновальної шкали робить більш зручним практичне використання показника емоційної дисгармонійності. Розподіл його значень до і після стандартизації поданий у вигляді гістограм на рис. 3.3.

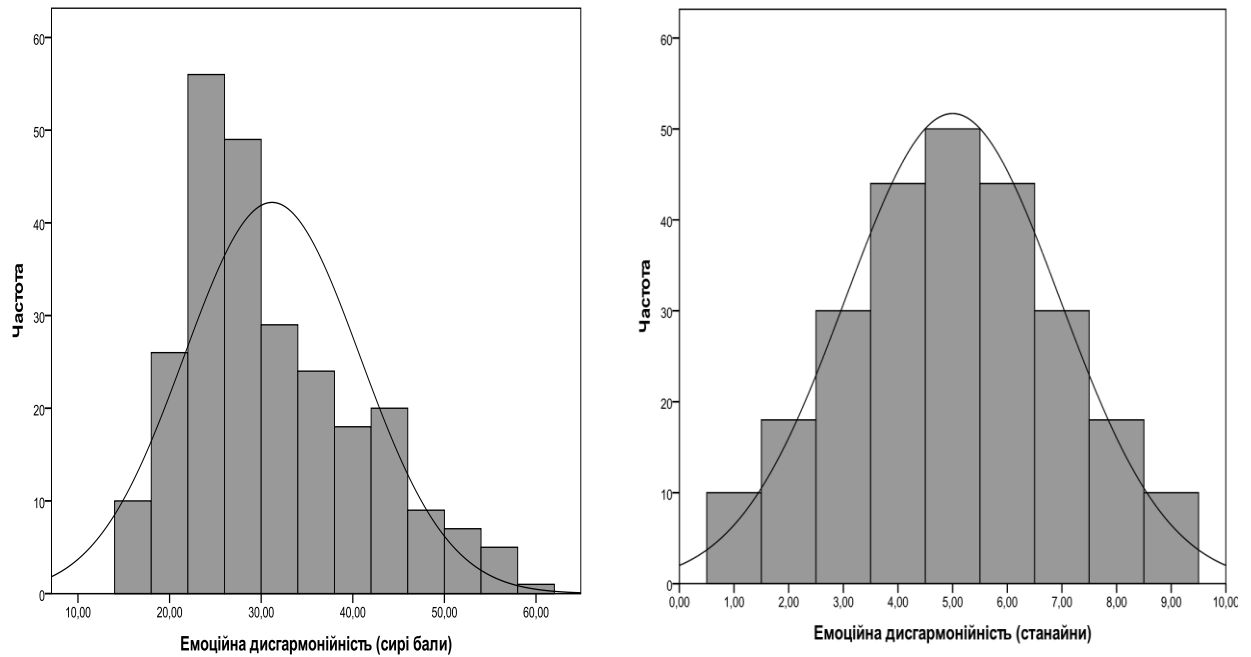


Рис. 3.3 Розподіли значень інтегрального показника емоційної дисгармонійності, виражені у сирих балах (зліва) і в станайнах (справа)

Тепер слід оцінити внесок кожного елемента показника емоційної дисгармонійності у формування комплексного конструкту на певному рівні його вираженості. Для цього обчислювалися середні значення окремих шкал у дев'яти групах досліджуваних, визначених за відповідним стандартним балом інтегрального показника. У процесі дослідження середні значення підсумовувалися, а потім оцінювалася відносна частка шляхом ділення кожного середнього значення на суму. Доречно зауважити, що при цьому вагові коефіцієнти показників не враховувалися. Результати даного аналізу графічно подані на рис. 3.4.

За вкрай низьких значень емоційної дисгармонійності у опитуваних превалюють в основному такі поведінкові прояви, як невротичність, екстраверсія, депресивність і реактивна агресія. Акцентуємо увагу, що відносна частка двох останніх показників поступово зменшується зі зростанням інтегральної оцінки.

Навпаки, відносна частка емоційної лабільності та спонтанної агресивності зростає у залежності від підвищення емоційної дисгармонійності. Роль невротичності та екстраверсії висока на всьому

протязі континууму ознаки. Однак у цілому пропорція вказаних характеристик достатньо стабільна, про що свідчить відсутність статистичної значущості ($p > 0,05$) при порівняльному аналізі регресійних рівнянь, які описують взаємозв'язок кожного окремого показника з інтегральним.

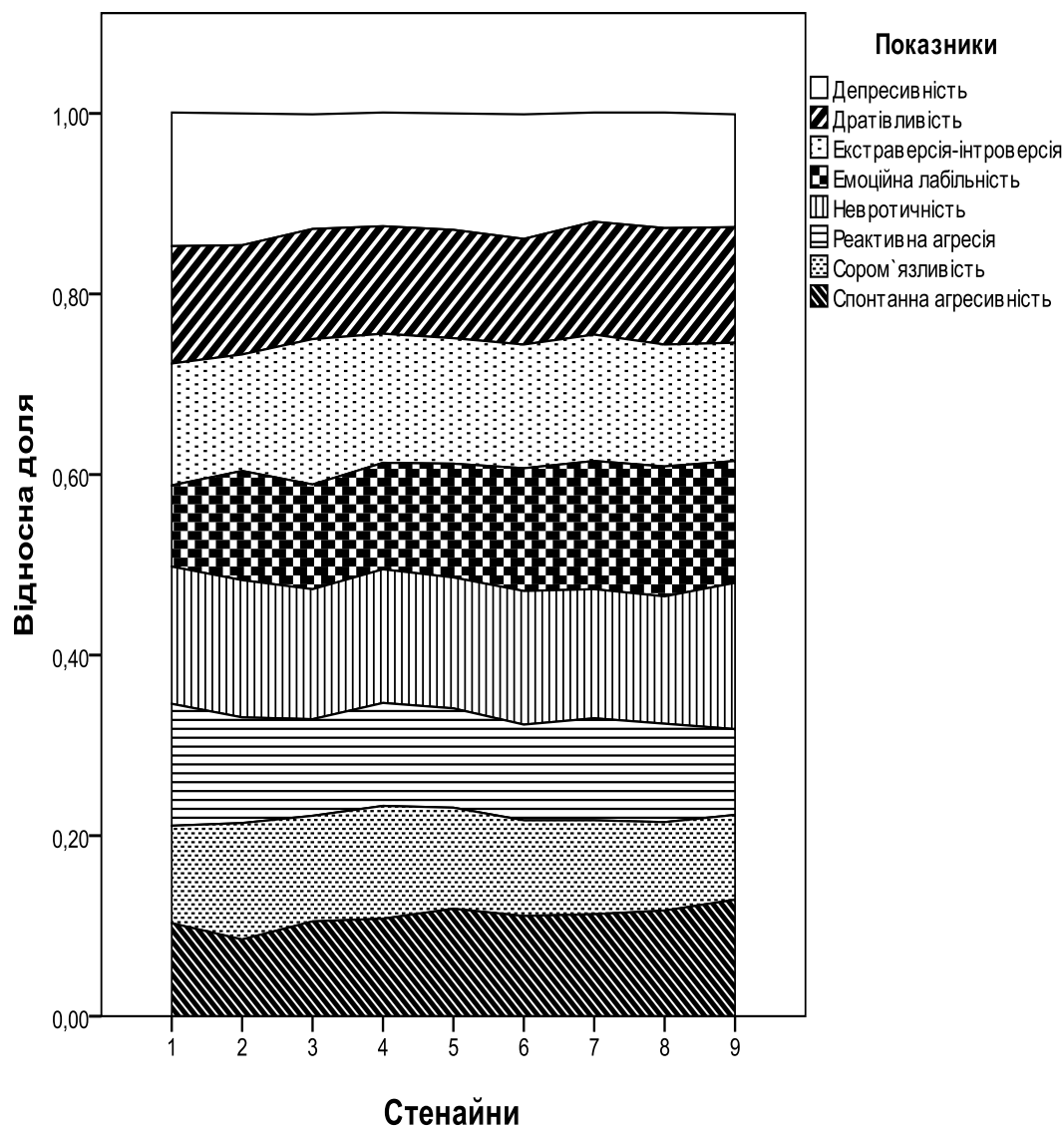


Рис. 3.4. Відносні частки окремих показників у формуванні інтегральної оцінки емоційної дисгармонійності на кожному рівні її вираженості

Узагальнюючи зміст підрозділу, слід зазначити, що шляхом методу головних компонент був операціоналізований конструкт емоційної дисгармонійності і визначений показник його вимірювання. Так, до його складу входять наступні шкали: «Невротичність», «Спонтанна агресивність», «Депресивність», «Дратівливість», «Реактивна агресія», «Сором'язливість»,

«Екстраверсія-інтроверсія», «Емоційна лабільність». Аналіз внутрішньої узгодженості підтверджує, що визначений показник істотною мірою транслює досліджуваний психологічний конструкт. І емоційна дисгармонійність поряд із комунікативністю та гендерною ідентичністю є однією з трьох виявлених ортогональних вимірів особистості медичних сестер в особливих умовах їх професійної діяльності.

Тим самим емпірично підтверджується припущення про те, що такий багатofакторний особистісний опитувальник, як FPI, імпліцитно містить у собі конструкт у структурі вже широко вивченого, як у теоретичному, так і у практичному аспекті багатofакторного особистісного опитувальника. І тому можна зробити висновок про те, що теоретична модель комплексних особливостей емоційної сфери особистості емпірично близька до істини. Подальше дослідження емоційної дисгармонійності медичних сестер в особливих умовах їх професійної діяльності здійснювалося відповідно до сформульованих емпіричних завдань.

Для вивчення впливу стажу й умов професійної діяльності на вираженість інтегрального показника емоційної дисгармонійності застосовувався одновимірний двофакторний дисперсійний аналіз. Він дозволяє встановити, який ефект справляють незалежні змінні на дисгармонійність, а також оцінити їх спільні впливи [52].

У даному випадку в якості незалежних змінних виступали два показники: стаж та умови професійної діяльності медичних сестер. Тому у дослідженні за основу взято двофакторну модель аналізу, до складу якої включені два вище зазначені показники. Концептуальна схема двофакторного дисперсійного аналізу, який був застосований в даному дослідженні, подана на рис. 3.5.

У таблиці 3.7 наведено описові статистики залежного показника для кожної комбінації незалежних факторів у моделі. У процесі аналізу результатів спостерігається вплив стажу професійної діяльності медичних сестер: так, з першого по п'ятий рік професійної діяльності середнє значення

емоційної дисгармонійності зростає з 4,023 до 5,614 балів. Також не виключений і вплив умов виконання ними професійних обов'язків та завдань. Емоційна дисгармонійність у медичних сестер інфекційної лікарні більша ніж на один степен від показника їх колег із дитячої лікарні.

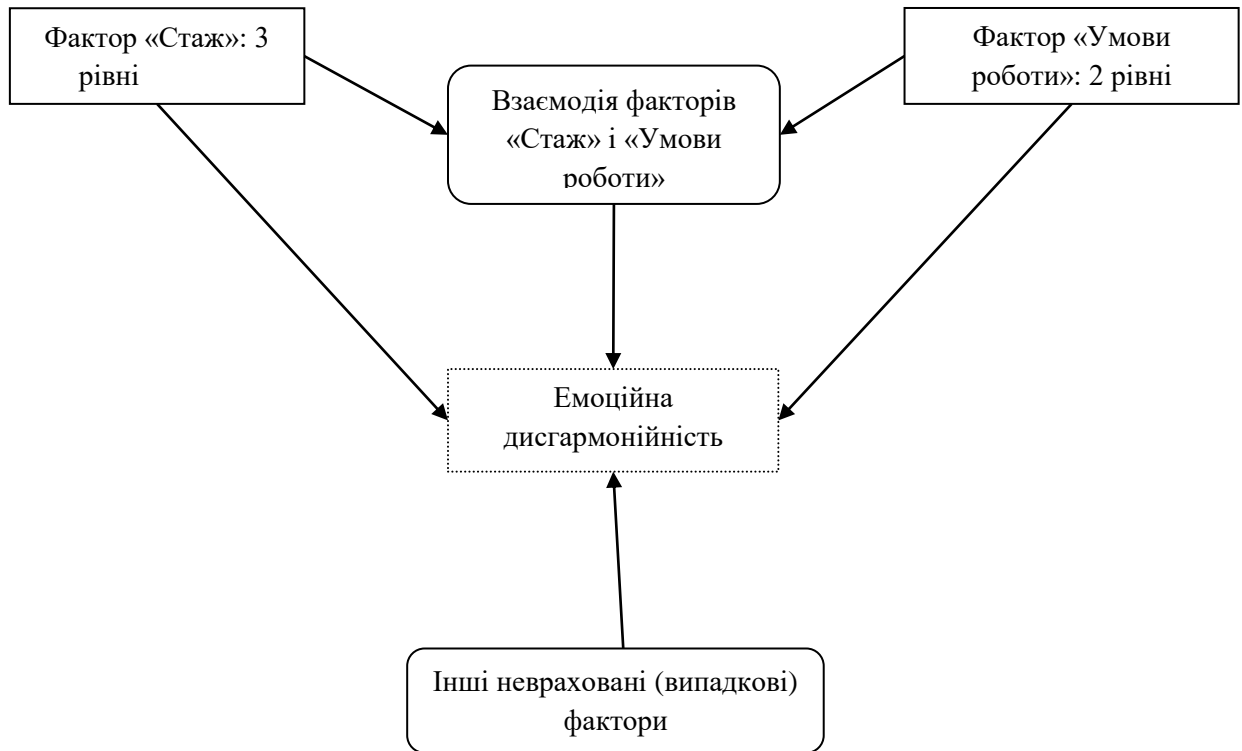


Рис. 3.5 Модель двофакторного дисперсійного аналізу емоційної дисгармонійності медичних сестер

Окрім того, спостерігається вплив взаємодії стажу й умов роботи, на що вказує істотна відмінність у середніх значеннях емоційної дисгармонійності між стажевими групами у межах підвибірки осіб, професійна діяльність яких протікає в особливих умовах, тоді як такої відмінності в межах групи звичайних умов діяльності не спостерігається – вони зосереджені в межах 4,5 стени.

Слід зазначити, що численні порівняння дали змогу з'ясувати рівень значущості відмінностей між середніми значеннями показника емоційної дисгармонійності у групах, виокремлених за стажем професійної діяльності медичних сестер. Порівняння здійснювалися попарно: показники, отримані при дослідженні осіб зі стажем в один рік, співставлялися з показниками тих,

хто пропрацював три роки та п'ять років в звичайних та особливих умовах професійної діяльності. У свою чергу, отримані показники медичних сестер з трирічним стажем, також співставлялися із показниками тих осіб, котрі мали п'ятирічний стаж.

Таблиця 3.7

Показники емоційних дисгармоній особистості медичних сестер
відповідно до стажу та умов діяльності

Умови діяльності	Стаж	Середнє значення	Стандартні відхилення	Стандартна помилка середнього
Звичайні	1	4,222	1,565	0,233
	3	4,558	2,119	0,323
	5	4,667	1,493	0,230
	Всього	4,477	1,744	0,153
Особливі	1	3,814	2,096	0,320
	3	6,350	1,369	0,216
	5	6,585	1,117	0,175
	Всього	5,548	2,030	0,182
Всього	1	4,023	1,844	0,197
	3	5,422	2,001	0,220
	5	5,614	1,629	0,179
		5,000	1,960	0,123

Таким чином, усього було здійснено три парні порівняння, результати якого для наочності наведені у таблиці 3.8. Множинні порівняння оцінювались шляхом розрахунку критерію Стюдента з поправками Бонферроні, у яких зазначається: якщо k раз застосувати критерій із рівнем значимості α , то вірогідність хоча б в одному з випадків знайти відмінність там, де її нема, не перевищує добутку k на α . Нерівність записують за допомогою формули $\alpha' < k\alpha$, де α' – вірогідність хоча б один раз помилково виявити відмінності. З огляду на вище зазначене, можна стверджувати, що α' , власне, і є істинним рівнем значущості багаторазового застосування критерію. Відповідно до поправки Бонферроні [48], для забезпечення

вірогідності помилки α' при кожному з порівнянь необхідно прийняти рівень значущості α'/k . У даному випадку $k = 3$, а застосований рівень значущості – 0,017. Отримані результати наведено у таблиці 3.8.

Таблиця 3.8.

Аналіз множинних порівнянь за показником емоційних дисгармоній медичних сестер відповідно до стажу та особливих умов діяльності

Умови роботи	Стаж					
	1		3		5	
	М	m	М	m	М	m
Звичайні умови	4,222	0,233	4,558	0,323	4,667	0,230
	$T_{1-3}=0,849;$ $p=0,399$					
			$T_{3-5}=0,272; p=0,786$			
	$T_{1-5}=1,353; p=0,179$					
Особливі умови	3,814	0,320	6,350	0,216	6,585	0,175
	$T_{1-3}=6,474;$ $p=0,000$					
			$T_{3-5}=0,849; p=0,399$			
	$T_{1-5}=7,509; p=0,610$					
Всього	4,023	0,197	5,422	0,220	5,614	0,179
	$T_{1-3}=4,757; p=0,505$					
			$T_{3-5}=0,681; p=0,497$			
	$T_{1-5}=5,967; p=0,000$					

Як свідчать отримані результати, відмінності інтегральних показників у групах зі стажем роботи три і п'ять років, так само як одного та п'яти років, були значущими. А показники груп медсестер, які пропрацювали відповідно три та п'ять років, суттєво не відрізняються одне від одного за даним параметром. У межах підвибірки медичних сестер, які виконують свої функціональні обов'язки в особливих умовах, вище зазначена закономірність має дещо інші результати. Так, у медсестер з дитячої лікарні тенденція згладжується, відмінності між усіма стажевими групами за множинних

порівнянь – незначні. Графічно візуалізацію отриманих відмінностей подано на рис. 3.6.

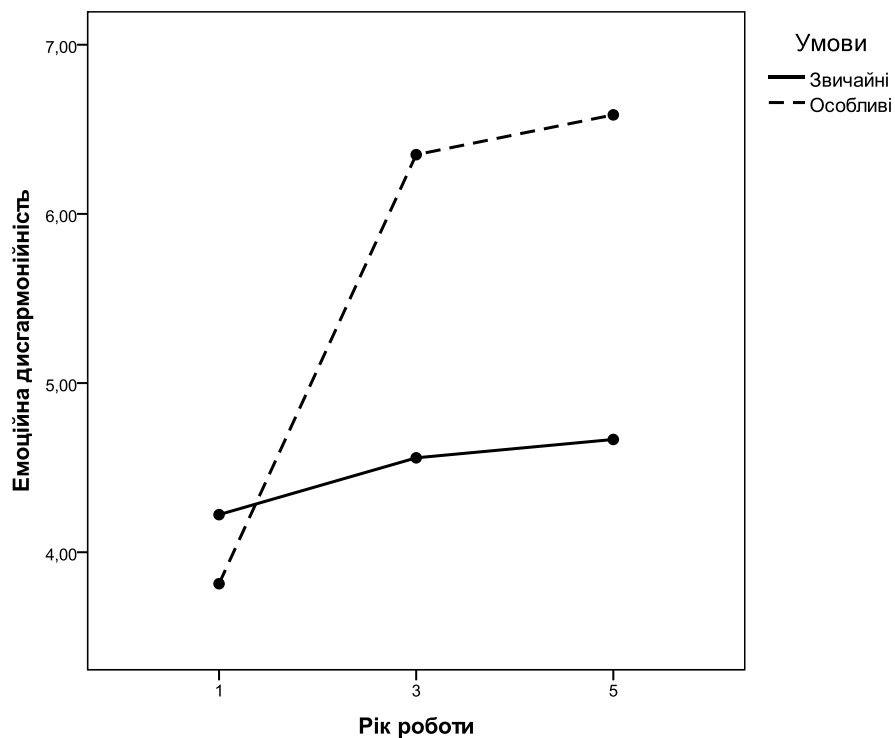


Рис. 3.6. Залежність емоційної дисгармонійності від стажу й умов професійної діяльності медичних сестер

У випадку паралельності ліній на малюнку міжфакторна взаємодія є вкрай слабкою. Проте за результатами нашого емпіричного дослідження лінії не є паралельними, що свідчить про сильний рівень між факторної взаємодії. Її величину, як і величини одиничних ефектів, вимірювалися за допомогою статистичної процедури власне двофакторного дисперсійного аналізу, результати якого наведені у таблиці 3.9.

Рівень впливу незалежних факторів на залежну змінну оцінювався, виходячи з величини η^2 . За дослідженнями Дж. Коена [209], цей рівень є високим, якщо η^2 більше за 0,14; якщо він знаходиться у діапазоні від 0,06 до 0,14 – ефект є середнім; якщо ж η^2 менше від 0,06, то рівень впливу оцінюється як низький. За результатами показників даного емпіричного дослідження, найбільшим впливовим є стаж професійної діяльності медичних сестер, оскільки він має високий показник. Середніми показниками рівня впливу відрізняється фактор умов професійної діяльності – звичайні та

особливі; а також спільний вплив двох незалежних факторів – стажу й умов роботи досліджуваної категорії осіб. Виявлені ефекти є статистично важливими, про це засвідчує рівень значущості (p) критерію Фішера (F), який не перевищує 0,05, з урахуванням ступенів свободи (df). У цілому модель описує 28,469 процентів дисперсії залежної змінної (остаточна частка – вплив інших неврахованих або випадкових факторів).

Таблиця 3.9.

Вплив стажу й умов діяльності на емоційну дисгармонійність.

Модель двофакторного дисперсійного аналізу

Джерело	Сума квадратів	df	Середній квадрат	F	p	η^2
Скоригована модель	276,721	5	55,344	19,741	0,000	0,285
Вільний член	6424,267	1	6424,267	2291,482	0,000	0,902
Умови діяльності	76,833	1	76,833	27,406	0,000	0,100
Стаж	134,374	2	67,187	23,965	0,000	0,162
Взаємодія умов діяльності та стажу	73,793	2	36,897	13,161	0,000	0,096
Похибка	695,279	248	2,804			
Підсумок	7322,000	254				
Скоригований підсумок	972,000	253				

Проведений дисперсійний аналіз свідчить, що емоційна дисгармонійність медичних сестер при виконанні ними своїх функціональних обов'язків та завдань залежить як від стажу, так і від умов їх професійної діяльності. Так, у медсестер, професійна діяльність яких пов'язана з особливими умовами, рівень інтегрального показника в середньому на один ступінь вищий, ніж у тих, хто працює у звичайних умовах. Чим довший термін професійної діяльності медсестри, тим більш яскраво проявляється у неї особистісна дисгармонійність. Якщо на першому році стажу професійної діяльності у медсестер обох груп спостерігаються практично однакові середні значення емоційної дисгармонійності, то на

третьому й, особливо, на п'ятому роках вираженість дисгармонійності є значно вищою ніж у тих, хто працює в особливих умовах. Тобто, умови перебігу професійної діяльності істотно збільшують ризик проявів негативних, незбалансованих та амбівалентних емоцій у медичних сестер при виконанні ними їх функціональних обов'язків та завдань.

У процесі аналізу отриманих результатів емпіричного дослідження доречно звернути увагу на те, наскільки виявлені ефекти є стійкими і як вони залежать від зовнішніх причин? З цією метою до дисперсійного аналізу було включено контрольні змінні, які дали змогу оцінити їх вплив на побудовану модель. У якості контрольних змінних були усі показники психологічних методик емпіричного дослідження, за винятком: шкал Фрайбурзького особистісного опитувальника, які є елементами інтегрального показника емоційної дисгармонійності; шкал Опитувальника вигорання В. Бойка, оскільки відповідно до сформульованих завдань визначається роль емоційної дисгармонійності у формуванні симптомів емоційного вигорання. З огляду на це, було здійснено процедуру аналізу коваріацій.

Аналіз коваріацій – це спеціальний метод аналізу дисперсій, у якому ефекти однієї чи більше сторонніх змінних – коваріат, виражених у метричній шкалі за допомогою лінійної регресії, видаляють залежну змінну перед виконанням дисперсійного аналізу [219]. У даному випадку почергово видалявся ефект тільки однієї змінної. Так, при видаленні впливу загальної інтернальності на модель залежності емоційної дисгармонійності від умов роботи і стажу позначені такі ефекти: η^2 для стажу склав 0,286; для умов професійної діяльності – 0,221; η^2 при взаємодії цих двох факторів – 0,133. Усі зазначені величини критеріїв є статистично вартісними ($F = 18,962 - 70,216$, $p = 0,000$). Відповідно, коригування впливу загальної інтернальності призводить до посилення ефектів особистісної психологічної дисгармонії медичних сестер. Включення окремих шкал опитувальника «Рівень суб'єктивного контролю» до коваріаційного аналізу коригувало η^2 менш вираженим чином, причому як у менший, так і більший бік. Так, для стажу

$\eta^2 = 0,111 - 0,223$; для умов професійної діяльності розкидання значень η^2 після коригування був значно меншим: $\eta^2 = 0,135 - 0,167$; для процесу взаємодії ефекту – $\eta^2 = 0,067 - 0,137$. Дані величини є статистично важливими у процесі даного емпіричного дослідження, оскільки $F = 8,839 - 49,409$, $p = 0,000$.

Видалення впливів інтегрального показника «Тесту смисложиттєвих орієнтацій» – осмисленості життя – призводить до незначної зміни величин впливу незалежних факторів на емоційну дисгармонійність. Для фактору стажу коригування ефекту ($\Delta\eta^2$) склало $-0,007$ (з величини $0,162$ до величини $0,155$), для фактору умов роботи склало додатне число ($\Delta\eta^2 = 0,003 - 0,100$ до $0,103$). Поєднання факторів піддалося незначній негативній корекції ($\Delta\eta^2 = -0,003 - 0,096$ до $0,093$). Проте їх показники залишаються статистично значущими, $F = 12,689 - 28,451$, $p = 0,000$.

Більш значним коригування було у процесі включення субшкал «Тесту смисложиттєвих орієнтацій» у коваріаційний аналіз. Для фактора стажу діапазон коригування η^2 варіювався у межах $0,135 - 0,231$, для умов професійної діяльності від $0,073 - 0,177$; у процесі об'єднання факторів спостерігалось підвищення значень величини η^2 від $0,104$ до $0,163$. Ці величини критеріїв також були статистично важливими, $F = 14,409 - 53,143$; $p = 0,000$.

При включенні до коваріаційного аналізу у якості коваріат показників опитувальника «Якір кар'єри» звертали на себе увагу істотні зміни величин ефектів при коригуванні: для стажу в основному в більшу сторону – $\eta^2 = 0,158 - 0,272$; для умов професійної діяльності розподіл значень η^2 після коригування було майже однаковим з обох сторін – $\eta^2 = 0,050 - 0,142$; для об'єданого ефекту також у більшу сторону – $\eta^2 = 0,095 - 0,175$. Статистичну важливість описаного ефекту підтверджено критерієм Фішера, $F = 12,864 - 46,244$; $p = 0,000$.

При видаленні впливу загального показника адаптивності за «Тестом опитувальника соціальної адаптивності» на модель, що описує залежність

емоційної дисгармонійності від умов професійної діяльності і стажу, визначені такі ефекти: η^2 для стажу – 0,166; для умов роботи – 0,104; η^2 для об'єднаних двох факторів – 0,101. Усі ці величини критеріїв були статистично важливими – $F = 13,863 - 28,742$; $p = 0,000$ – хоча й неістотно відрізнялися від нескоригованих величин. Звідси випливає, що коригування впливу загальної адаптивності не призводить до змін психологічних ефектів особистості медичних сестер. Включення окремих шкал цього тесту-опитувальника до коваріаційного аналізу коригування η^2 є більш інтенсивним, при чому як у менший, так і в більший бік: для стажу $\eta^2 = 0,166-0,235$; для умов професійної діяльності η^2 після коригування було меншим – $\eta^2 = 0,089-0,126$; для об'єднаних – $\eta^2 = 0,088-0,146$. Статистична значущість даних критеріїв була достатньою, $F = 11,985-37,991$; $p = 0,000$.

Результати емпіричного дослідження за Фрайбурзьким особистісним опитувальником визначили складові компоненти «Комунікативність» і «Гендерна ідентичність» та з'ясували їх роль у якості коваріат при вивченні залежності емоційної дисгармонійності від стажу та умов діяльності медичних сестер. Контроль рівня комунікабельності не виявив істотних змін як для оцінки впливу фактору стажу – коригування ефекту ($\Delta\eta^2$) має показник -0,003 (з величини 0,162 до величини 0,159; $F = 23,412$, $p = 0,000$), так і для фактору умов роботи ($\Delta\eta^2$) = -0,003 (з 0,100 до 0,097; $F = 26,567$, $p = 0,000$). Об'єднання зазначених факторів піддавалося незначній позитивній корекції ($\Delta\eta^2$) = 0,002 (з величин 0,096 до 0,098; $F = 13,346$; $p = 0,098$). Тоді як контроль рівня урівноваженості істотно скоригував ефекти, при цьому для фактору стажу позначена позитивна корекція ($\Delta\eta^2$) = 0,053 (з показників 0,162 до 0,215; $F = 33,744$, $p = 0,000$), для фактору умов діяльності– мінусова ($\Delta\eta^2$) = -0,037 (з показників 0,100 до 0,063; $F = 16,553$, $p = 0,000$), для об'єднаних факторів, також мінусова: ($\Delta\eta^2$) = -0,004 (з 0,096 до 0,092; $F = 12,051$, $p = 0,000$).

Коригуючий вплив шкали «Відвертості» є в усіх випадках таким, що зменшує величину ефекту: це стосується і стажу: ($\Delta\eta^2$) = -0,012 (з 0,162 до

0,140; $F = 20,046$, $p = 0,000$); і умов діяльності ($\Delta\eta^2$) = -0,006 (з 0,096 до 0,090; $F = 24,390$, $p = 0,000$); і об'єднаних – ($\Delta\eta^2$) = -0,025 (з 0,096 до 0,071; $F = 9,446$, $p = 0,000$). У свою чергу, впровадження у якості контрольної змінної показника «маскулінність-фемінність» дало змогу підвищити рівень впливу незалежних факторів на емоційну дисгармонійність. Ця тенденція відзначена і стосовно стажу: ($\Delta\eta^2$) = 0,006 (з 0,162 до 0,168; $F = 25,015$, $p = 0,000$), і стосовно умов діяльності ($\Delta\eta^2$) = 0,012 (з 0,096 до 0,108; $F = 29,926$, $p = 0,000$), і стосовно об'єднаних даних факторів ($\Delta\eta^2$) = 0,013 (з 0,096 до 0,109; $F = 15,162$, $p = 0,000$).

За допомогою процедури коваріаційного аналізу було усунуто вплив неоднорідності особистісних параметрів вибірки на співвідношення між стажем, умовами професійної діяльності та інтегральним показником емоційної дисгармонійності. В цілому коваріаційний аналіз засвідчив, що виявлені за допомогою двофакторного дисперсійного аналізу ефекти залишаються стійкими й за умови впровадження контрольних змінних. Вплив стажу та умов професійної, їх спільний вплив у процесі професійної діяльності медичних сестер на емоційну дисгармонійність знаходить свою статистичну значущість при включенні у якості коваріати будь-якого з особистісних параметрів.

Максимальний вплив стажу на емоційну дисгармонійність спостерігається при «вирівнюванні» вибірки за параметром «Загальна інтернальність», мінімальний вплив стажу – при «вирівнюванні» за параметром «Інтернальність у сфері міжособистісних стосунків». Найбільший ефект умов професійної діяльності медичних сестер щодо емоційної дисгармонійності позначений при введенні у якості контрольної змінної показника «Загальна інтернальність», найменший – при введенні контрольної змінної показника «Менеджмент». Максимальне сполучення впливу стажу й умов діяльності виявляється при корекції даних за показником «Автономія», мінімальний спільний вплив – при корекції даних за показником «Інтернальність у сфері родинних відносин». Визначені

показники є шкалами опитувальників «Рівень суб'єктивного контролю» та «Якоря кар'єри».

Таким чином, у процесі проведення емпіричного діагностування було встановлено, що у досліджуваній вибірці як стаж, так й умови професійної діяльності медичних сестер значно впливають на інтегральний показник їх емоційної дисгармонійності. Більше того, значущим є і міжфакторний взаємний вплив, який вказує на відмінності у динаміці формування емоційної дисгармонійності особистості медичних сестер зі стажем професійної діяльності у звичайних та в особливих умовах. Окрім того, особливі умови професійної діяльності досліджуваних мають значний вплив на виникнення психологічних проявів особистісних дисгармоній пропорційно збільшенню стажу виконання ними своїх функціональних обов'язків та завдань. Коваріаційний аналіз підтвердив стійкість описаних ефектів.

З метою вивчення актуального рівня сформованості досліджуваних психологічних індивідуально-особистісних якостей медичних сестер у підвбірках, виокремлених у результаті перетину дихотомічної величини «Умови роботи» (категорії: «звичайні умови», «особливі умови») із трихотомічною величиною «Стаж роботи» (категорії: «перший рік», «третій рік», «п'ятий рік»), застосовувалися множинні порівняння. У процесі емпіричного дослідження було здійснено сім парних порівнянь: між групами звичайних та особливих умов відповідно до стажу – 3 порівняння. У межах груп від одного до трьох років стажу з урахуванням умов професійної діяльності – 2 порівняння. І між групами від трьох до п'яти років згідно з умовами діяльності – 2 порівняння. Відповідно до поправки Бонферроні [48], при семиразовому застосуванні критерію Стюдента ($k=7$), рівень значущості має дорівнювати:

$$\alpha = 0,05/7 = 0,007.$$

У даному підрозділі для з'ясування показників рівня сформованості складових особистості медичних сестер залежно від стажу та умов її професійної діяльності було обрано поріг $\alpha < 0,01$ для того, щоб встановити

баланс між похибками першого й другого ряду. Доцільність встановлення такого порогу значущості доводиться науковими дослідженнями Дж. Педро [210].

Тому до аналізу було включено показники, що характеризують інтернальність (тест «Рівень суб'єктивного контролю»), усвідомленість професійного обов'язку (тест «Смисложиттєві орієнтації»), кар'єрні орієнтації (методика «Якоря кар'єри»), комунікативність і гендерну ідентичність (Фрайбурзький особистісний опитувальник), адаптивність (тест-опитувальник соціальної адаптивності). З огляду на модель дослідження, окремі показники емоційної дисгармонійності й особливості вигорання не оцінювалися у даному підрозділі. У таблицях наводились лише статистично значущі відмінності.

Результати аналізу парних порівнянь показників особистісних проявів у групах медичних сестер зі стажем роботи один рік у звичайних та особливих умовах наведено у таблиці 3.10. Дані таблиці свідчать, що для медичних сестер інфекційної лікарні характерні більш високі показники значень інтернальності порівняно з іншими колегами. Це стосується таких сфер, як виробничі, міжособистісні, сімейні стосунки, а також стану здоров'я. У медсестер, професійна діяльність яких відбувається в звичайних умовах, спостерігається вищий рівень зорієнтованості на задоволення сьогоденних потреб (шкала «Процес життя»). Згідно з опитувальником «Якоря кар'єри», медсестри, які працюють у звичайних умовах, здебільшого зорієнтовані на інтеграцію різноманітних сторін життя та збалансованість власних інтересів.

У період першого року професійної діяльності вони прагнуть до власної незалежності у процесі виконання своїх функціональних обов'язків і завдань та дій на власний розсуд. Для них важливими є кар'єрні амбіції та прагнення незалежності і влади. Тому такі медсестри більш інтенсивно прагнуть довірчо-відвертої взаємодії з оточуючими, легше розуміють причини різноманітних подій, вчинків інших, краще оцінюють вимоги

професійного кола взаємодії, прогнозують зміни стану і поведінки оточуючих, передбачають результат свого впливу на них.

Таблиця 3.10

Порівняльний аналіз особистісних характеристик медсестер зі стажем роботи один рік в особливих та звичайних умовах

Показник	Умови роботи				T	p
	Звичайні		Особливі			
	M	m	M	m		
Інтернальність у сфері виробничих відносин	4,644	0,221	5,860	0,207	-4,023	0,000
Інтернальність міжособистісних стосунків	5,644	0,340	6,930	0,241	-3,088	0,003
Інтернальність сімейних стосунків	4,822	0,221	6,302	0,178	-5,221	0,000
Інтернальність стосовно здоров'я і хвороби	3,822	0,199	5,326	0,181	-5,580	0,000
Процес життя	28,111	1,032	21,837	0,941	4,491	0,000
Менеджмент	6,391	0,218	5,526	0,152	3,261	0,002
Автономія	6,953	0,208	5,342	0,133	6,523	0,000
Інтеграція стилів життя	5,513	0,137	4,844	0,113	3,759	0,000
Відкритість	5,089	0,208	4,140	0,263	2,830	0,006
Легкість ієрархізації сигналів кола взаємодії	3,332	0,090	2,904	0,097	3,225	0,002
Точність орієнтації щодо соціальних очікувань	3,243	0,093	2,825	0,096	3,128	0,002
Готовність подолання невдач	2,885	0,095	3,299	0,106	-2,909	0,005
Готовність досягнення мети	2,886	0,095	3,308	0,104	-2,997	0,004

Медичні сестри, котрі виконують свої професійні обов'язки в особливих умовах, володіють більш вираженими властивостями, пов'язаними із силою Его та Над-Его, а саме: завбачливість, проникливість, обережність. Вони більш цілеспрямовані, організовані, у них більш розвинений самоконтроль і саморегуляція, саморефлексія, реалістичність бажань і прагнень.

Таким чином, за результатами зрізу на початковому етапі адаптації спостерігаються значущі відмінності особистісних психологічних проявів медичних сестер, виконання функціональних обов'язків і завдань яких відбувається у звичайних та особливих умовах. Так, медичні сестри, які працюють у звичайних умовах, легше сприймають наявні труднощі, більш оптимістично налаштовані щодо кар'єрних перспектив, більш активні у процесі міжособистісної комунікації. Для медсестер, які працюють в особливих умовах, характерні відповідальність, організованість, вміння контролю власних дії та здатності керування ними, що у подальшому істотно впливатиме на рівень їх психоемоційного напруження. Так, первинна адаптація середнього медичного персоналу до умов професійної діяльності в інфекційній лікарні відбувається більш напружено.

Результати порівняльного аналізу особистісних характеристик медсестер зі стажем професійної діяльності один і три роки у звичайних умовах наведені у таблиці 3.11.

Таблиця 3.11

Порівняльний аналіз особистісних характеристик медсестер зі стажем один і три роки професійної діяльності у звичайних умовах

Показники	Стаж				T	p
	1 рік		3 роки			
	M	m	M	m		
Інтернальність у сімейних відносинах	4,822	0,221	5,651	0,218	-2,672	0,009
Професійна компетентність	5,100	0,188	6,019	0,221	-3,165	0,002
Автономія	6,953	0,208	5,709	0,184	4,473	0,000
Стабільність місця проживання	5,598	0,164	6,553	0,210	-3,581	0,001
Інтеграція стилів життя	5,513	0,137	6,067	0,147	-2,753	0,007
Урівноваженість	4,400	0,249	5,442	0,302	-2,662	0,009
Маскулінність-фемініність	3,533	0,184	5,558	0,263	-6,311	0,000
Широта охоплення сигналів соціуму	3,413	0,095	4,150	0,055	-6,695	0,000
Готовність досягнення мети	2,886	0,095	3,538	0,086	-5,088	0,000

Так, медичні сестри дитячої обласної лікарні зі стажем три роки відрізняються від своїх колег, які щойно розпочали діяльність, професійною компетентністю, орієнтованістю на розвиток своїх професійних знань, умінь і навичок, досвідом спілкування з хворими, більш вираженою інтернальністю сімейних відносин. Такі медсестри більше прагнуть до інтеграції різних особистісних сторін життя, балансування власних інтересів, зорієнтовані на стабільність місця проживання. Однак вони менше прагнуть до незалежності, підпорядковуються чинним у колі професійної взаємодії обмеженням, правилам, процедурам тощо.

Як свідчать отримані результати, три роки стажу професійної діяльності медичних сестер в особливих умовах сприяють більш активному прояву стійкості до стресу. Такі медсестри є більш захищеними від впливів стрес-чинників звичайних життєвих ситуацій, оскільки є більш упевненими в собі, більш оптимістичні та активні. Для них властиві прояви поведінки відповідно до чоловічого стереотипу, зростання повноти охоплення сигналів під впливом екзогенних та ендогенних чинників, забезпечення більш адекватного, вичерпного уявлення про адаптаційні ситуації. Окрім того, активніше виражена їх особистісна здатність до ефективної, продуктивної поведінки в екстремальній ситуації, уміння активно діяти в прийнятті та реалізації значущих рішень відповідно до змін у ситуації, а також в умовах невизначеності розвитку подій. Порівняння психологічних характеристик медсестер, які працюють в особливих умовах 1 рік і 3 роки наведені у таблиці 3.12.

Результати аналізу виявили досить суперечливі показники: з одного боку, зі збільшенням стажу професійної діяльності у них спостерігається зниження рівня суб'єктивного контролю – це стосується таких сфер, як досягнення, міжособистісні стосунки та відносини у колі професійної взаємодії, сімейні стосунки тощо. З іншого боку, медсестри з більшим стажем роботи вирізняються більш вираженою цілеспрямованістю та зорієнтованістю на розвиток власних здібностей, умінь і навичок

безпосередньо при виконанні своїх функціональних обов'язків і завдань у межах спеціальності.

Таблиця 3.12.

Порівняльний аналіз особистісних характеристик медсестер зі стажем один і три роки професійної діяльності в особливих умовах

Показник	Стаж				T	p
	1 рік		3 роки			
	M	m	M	m		
Інтернальність у сфері досягнень	6,023	0,281	4,925	0,290	2,720	0,008
Інтернальність у сфері міжособистісних відносин	6,930	0,241	4,600	0,229	7,015	0,000
Інтернальність у сімейних відносинах	6,302	0,178	5,375	0,211	3,362	0,001
Мета професійної діяльності	28,140	1,128	34,425	1,421	-3,465	0,001
Професійна компетентність	4,919	0,167	6,525	0,200	-6,158	0,000
Автономія	5,342	0,133	6,765	0,137	-7,467	0,000
Стабільність роботи	5,391	0,138	6,260	0,159	-4,120	0,000
Стабільність місця проживання	5,644	0,174	6,665	0,117	-4,875	0,000
Служіння	5,991	0,178	6,785	0,163	-3,295	0,001
Виклик	5,242	0,163	6,438	0,181	-4,908	0,000
Інтеграція стилів життя	4,844	0,113	6,765	0,151	-9,994	0,000
Товариськість	4,721	0,323	5,900	0,281	-2,751	0,007
Відкритість	4,140	0,263	5,875	0,254	-4,747	0,000
Широта охоплення сигналів соціуму	3,488	0,112	4,099	0,057	-4,869	0,000
Легкість ієрархізації сигналів соціуму	2,904	0,097	3,817	0,074	-7,461	0,000
Точність орієнтації в соціальних очікуваннях	2,825	0,096	3,574	0,094	-5,581	0,000
Стійкість емоційних переживань	3,007	0,115	3,762	0,069	-5,646	0,000
Загальний показник адаптивності	3,139	0,110	3,698	0,076	-4,173	0,000

Важливими критеріями кар'єри для особистості медичної сестри починає виступати постійне удосконалення їх досвіду, знань, умінь і навичок, прагнення визнання їх професіоналізму. Вони у більшій мірі задіяні на потребу виконання своїх функціональних обов'язків і завдань самостійно, на індивідуальне досягнення поставленої мети. У них більш чітко

виявляється бажання реалізувати у своїй роботі головні цінності – надати вчасну професійну допомогу хворому, бути корисою у колі професійної взаємодії. Більше того, вони вважають успіхом участь у розв’язанні будь-яких проблем.

Медичні сестри, які працюють у своїй професії більше трьох років, більше цінують стабільність на робочому місці, оскільки це дає соціальний захист та безпеку, можливості прогнозування та розвитку кар’єри, а також за аналогією з медсестрами дитячої лікарні значно зорієнтовані на інтеграцію різних сторін життя, збалансованість власних інтересів.

Що ж до порівняння вказаних підвибірок за психологічними особливостями міжособистісних взаємин медичних сестер у професії їх професійної діяльності, то звертає на себе увагу потреба у спілкуванні з більш досвідченими колегами, котрі відкрито ставляться до свого професійного оточення, швидко охоплюють сигнали кола воєї взаємодії та спілкування, добре розпізнають та ієрархізують ці сигнали. Серед різних стимулів, що діють у конкретній адаптаційній ситуації, медичні сестри зі стажем професійної діяльності більше трьох років здатні чітко та ефективно визначати головне та другорядне, об’єктивно значуще при виконанні своїх функціональних обов’язків та завдань.

Досвід роботи медичних сестер більше трьох років в особливих умовах їх професійної діяльності дає можливість адекватно і швидко розуміти й давати внутрішню оцінку усталених вимог і очікувань кола функціональної взаємодії щодо спільного розв’язання тих чи інших проблем, прогнозувати зміни стану і поведінки як колег, так і хворих, передбачати результат міжособистісних стосунків з ними.

Досліджувані цієї групи порівняно частіше зберігають емоційні переживання, які виникають як реакція на нову чи неочікувану ситуацію, і тривалий термін можуть утримувати без істотних змін домінуючі емоції, їх ознаки і модальність, силу й інтенсивність, глибину і широту переживань. У них менш виражені труднощі у процесі адаптації, включення до нових видів

професійної діяльності та виконання відповідних функціональних обов'язків і завдань, входження до нового кола взаємодії.

Порівняльний аналіз результатів особистісних індивідуально-психологічних характеристик медичних сестер у процесі їх професійної діяльності зі стажем трьох років в особливих і звичайних умовах наведено у таблиці 3.13.

Таблиця 3.13

Порівняльний аналіз особистісних характеристик медсестер зі стажем професійної діяльності три роки у звичайних і особливих умовах

Показник	Умови роботи				T	p
	Звичайні		Особливі			
	M	m	M	m		
Інтернальність в області досягнень	6,070	0,302	4,925	0,290	2,736	0,008
Інтернальність відносно здоров'я і хвороби	4,186	0,211	5,750	0,245	-4,838	0,000
Цілі в житті	27,419	1,435	34,425	1,421	-3,469	0,001
Локус контролю – Я	17,977	0,741	21,350	0,869	-2,955	0,004
Автономія	5,709	0,184	6,765	0,137	-4,601	0,000
Служіння	5,795	0,209	6,785	0,163	-3,736	0,000
Виклик	5,535	0,183	6,438	0,181	-3,501	0,001
Інтеграція стилів життя	6,067	0,147	6,765	0,151	-3,313	0,001
Відкритість	4,651	0,223	5,875	0,254	-3,624	0,001
Маскулінність-фемініність	5,558	0,263	3,400	0,260	5,837	0,000
Стойкість емоційних переживань	3,213	0,107	3,762	0,069	-4,299	0,000
Готовність змінюватися	2,860	0,108	3,310	0,102	-3,022	0,003
Готовність до подолання невдач	3,018	0,106	3,606	0,088	-4,259	0,000
Загальний показник адаптивності	3,316	0,077	3,698	0,076	-3,514	0,001

Результати цього аналізу дають можливість зясувати та виокремити їх певні відмінності. У тих медсестер, які виконують свої функціональні обов'язки та завдання у звичайних умовах, превалюють інтернальність у сфері професійних досягнень. А ті, хто виконують ці обов'язки в особливих умовах – превалює інтернальність сфері здоров'я. На період дослідження для медсестер, які працюють в умовах інфекційної лікарні, чільне місце посідали питання щодо майбутнього, оскільки це обумовлює змістовність,

спрямованість та часову перспективу. Вони частіше сприймають себе сильними особистостями, які володіють достатньою волею вибору, щоб виконувати свої функціональні обов'язки і завдання відповідно до своїх прагнень і уявлень про сенс обраного фаху.

Стосовно кар'єрних орієнтацій на третьому році стажу, як і на першому, спостерігається превалювання автономії й інтеграції стилів життя у тих медсестер, які працюють в особливих умовах. У них також помітні набагато вищі показники за такими шкалами методики «Якоря кар'єри», як «Служіння» й «Виклик». Тобто, на вказаному етапі у них простежується порівняно більша роль кар'єри у власному житті, ніж у їх колег, які працюють у звичайних умовах.

Наведені для наочності показники у таблиці 3.12 свідчать, що для медсестер, які виконують свої функціональні обов'язки в інфекційній лікарні, більш властиві прояви відвертості як у стосунках із хворими, так і в засвоєнні нового досвіду, фемінності, стійкості емоційних переживань. Вони проявляють більшу готовність активно впливати на розвиток подій у новій та змінній ситуації з метою досягнення успіху, долати перепони і труднощі, які виникають в адаптаційній ситуації до особливих умов виконання своїх функціональних обов'язків і завдань, у напрямку гармонізації взаємин із колом професійної взаємодії та хворими. Отже, медичні сестри в особливих умовах професійної діяльності швидше адаптуються до тієї чи іншої екстремальної ситуації.

Аналізуючи тенденції, що характеризують динаміку перебігу професійної адаптації у медсестер зі стажом роботи більше трьох років в особливих умовах виконання своїх функціональних обов'язків та завдань, менш гостро реагують на лікувальний процес, проявляючи більш виражені кар'єрні очікування й орієнтацію на коло професійної взаємодії. А медичні сестри, зайняті в звичайних умовах, переживають даний процес із більшим рівнем суб'єктивного впливу на події лікувального процесу, що виражається у превалюванні інтерналізації локусу контролю й орієнтації на подолання

невдач і досягнення мети. Тут очевидні прояви більшого напруження контролюючих механізмів.

Протягом перших трьох років професійної діяльності у медсестер, які працюють у дитячій лікарні, спостерігається зростання показників інтернальності, стійкості й цілеспрямованості, розширення кар'єрних орієнтацій і, разом з тим, зниження показників автономії. Це можна інтерпретувати як процес активної інтроспекції корпоративних цінностей і підпорядкування власних цілей колективним. У медичних сестер, які працюють в умовах інфекційної лікарні, даний період характеризується деякими зниженнями відчуттів суб'єктивного впливу на події, що відбуваються, про свідчить зниження рівня інтернальності. При цьому також зменшується тиск на особистість медичної сестри з боку контролюючих інстанцій. З іншого боку, у досліджуваних, які працюють лише рік у цих умовах, спостерігається розширення власного адаптаційного потенціалу та прагнень кар'єрного росту. Дані тенденції призводять до того, що на третьому році професійної діяльності в особливих умовах медсестри вирізняються від своїх колег дитячої лікарні за середніми значенням низки досліджуваних показників, за винятком інтернальності у сфері досягнень і маскулинності.

Для наочності у таблиці 3.14 наведені психологічні відмінності індивідуально-особистісних проявів медсестер зі стажем професійної діяльності три та п'ять років у звичайних умовах. Звертає на себе увагу зниження середніх значень показників за шкалами «Інтернальність у сфері досягнень» і «Маскулинність/фемінність».

Для досліджуваних підвибірки з п'ятирічним стажем це означає, що, незважаючи на тривалу адаптацію, медичні сестри вже менше відчувають, що у професійній діяльності успіх залежить від їхніх власних досягнень. Їх особистісну професійну реалізацію супроводжує порівняно висока інтернальність у сфері власного здоров'я, виражене уявлення про себе як про сильну особистість із достатньою свободою вибору щодо реалізації власного

життя відповідно до своєї мети та уявлень про сенс виконання своїх функціональних обов'язків та завдань. Також вони дають більш позитивну оцінку власного життєвого шляху, його продуктивності, значущості та осмисленості. Досліджувані, які мають п'ять років стажу професійної діяльності у звичайних умовах, вирізняються більш серйозним ставленням до значущості виконаних ними функціональних обов'язків і завдань, ніж ті, що мають стаж роботи три роки. Про це свідчить більша вираженість усіх кар'єрних орієнтацій, які характеризують професійну поведінку особистості згідно з опитувальником «Якоря кар'єри». Також рівень їх соціальної адаптації вищий, що виявляється у більш розвинених вміннях орієнтуватися у соціальних очікуваннях і зберігати емоційні прояви в адаптаційній ситуації, потреби особистості у мінливості і засвоєнні нового досвіду практичної діяльності, активного впливу на професійний процес з метою досягнення кінцевого результату.

Таблиці 3.14

Порівняльний аналіз особистісних характеристик медсестер зі стажем три і п'ять років професійної діяльності у звичайних умовах

Показник	Стаж				T	p
	3 роки		5 років			
	M	m	M	m		
Інтернальність в області досягнень	6,070	0,302	4,857	0,235	3,168	0,002
Інтернальність відносно стану здоров'я і хвороби	4,186	0,211	5,548	0,196	-4,722	0,000
Результат життя	20,744	0,895	24,310	0,952	-2,729	0,008
Локус контролю - Я	17,977	0,741	21,857	0,851	-3,439	0,001
Професійна компетентність	6,019	0,221	6,883	0,200	-2,903	0,005
Менеджмент	6,016	0,190	7,317	0,198	-4,743	0,000
Автономія	5,709	0,184	6,983	0,166	-5,138	0,000
Стабільність роботи	6,135	0,186	7,424	0,134	-5,623	0,000
Стабільність місця проживання	6,553	0,210	7,564	0,146	-3,952	0,000
Служіння	5,795	0,209	7,062	0,227	-4,101	0,000
Виклик	5,535	0,183	6,445	0,173	-3,607	0,001
Інтеграція стилів життя	6,067	0,147	6,812	0,172	-3,291	0,001
Підприємництво	5,502	0,151	6,536	0,140	-5,010	0,000
Маскулінність-фемініність	5,558	0,263	3,929	0,273	4,298	0,000

Точність орієнтації в соціальних очікуваннях	3,250	0,099	3,857	0,073	-4,925	0,000
Стійкість емоційних переживань	3,213	0,107	3,991	0,039	-6,752	0,000
Готовність змінюватися	2,860	0,108	3,556	0,082	-5,099	0,000
Готовність до подолання невдач	3,018	0,106	3,589	0,076	-4,356	0,000

У медичних сестер, професійна діяльність яких відбувається в особливих умовах, статистично важливі відмінності між наявними трьома і п'ятьма роками стажу стосуються меншої кількості досліджуваних психологічних параметрів. Для наочності результати наведені у таблиці 3.15. Так, у більш досвідчених медичних сестер спостерігається зниження рівня комунікативних проявів, на що вказують середні значення шкал «Товариськість» та «Урівноваженість».

З іншого боку, медсестри з п'ятирічним стажем професійної діяльності мають вищі показники інтернальності у таких сферах, як досягнення, невдачі й міжособистісні взаємини. Для них, як і для медсестер, які працюють у звичайних умовах, більш статистично значущими є показники за шкалою «Результат життя». Стосовно кар'єрних орієнтацій медичних сестер з більшим стажем роботи спостерігається значне підвищення показників за шкалами «Професійна компетентність», «Стабільність роботи», «Інтеграція стилів життя». На відміну від медсестер, зайнятих у звичайних умовах, для їх колег з інфекційної лікарні порівняно з особами із трирічним стажем, відзначається більша маскуліність. Не зважаючи на зазначене вище, зниження комунікативних здібностей у більш досвідчених медичних сестер обумовлене точністю орієнтації у лікувальному процесі, пунктуальністю та швидкістю виконання своїх функціональних обов'язків і завдань з метою отримання позитивного результату.

З іншого боку, медсестри з п'ятирічним стажем мають вищі показники інтернальності у досягненнях, невдачах і міжособистісній взаємодії. Для них, як і для медсестер, які працюють у звичайних умовах, статистично значущими є показники за шкалою «Результат життя».

Таблиця 3.15

Порівняльний аналіз особистісних характеристик медсестер з досвідом три і п'ять років професійної діяльності в особливих умовах

Показник	Особливі умови роботи				Т	р
	3 роки		5 років			
	М	m	М	m		
Інтернальність у сфері досягнень	4,925	0,290	6,415	0,306	-3,534	0,001
Інтернальність у сфері невдач	4,975	0,298	6,659	0,267	-4,201	0,000
Інтернальність у сфері міжособистісних відносин	4,600	0,229	5,585	0,252	-2,897	0,005
Результат життя	18,500	0,945	27,756	1,147	-6,229	0,000
Професійна компетентність	6,525	0,200	7,642	0,256	-3,439	0,001
Стабільність роботи	6,260	0,159	7,224	0,195	-3,833	0,000
Інтеграція стилів життя	6,765	0,151	7,737	0,180	-4,135	0,000
Товариськість	5,900	0,281	3,610	0,244	6,146	0,000
Урівноваженість	4,675	0,292	3,585	0,226	2,951	0,004
Маскулінність-фемінінність	3,400	0,260	7,829	0,347	-9,997	0,000
Точність орієнтації в соціальних очікуваннях	3,574	0,094	4,068	0,073	-4,154	0,000

Стосовно професійних орієнтацій у групи більш досвідчених досліджуваних медичних сестер відбувається зростання показників рівнів за шкалами «Професійна компетентність», «Стабільність роботи», «Інтеграція стилів життя». На відміну від медсестер, зайнятих у звичайних умовах, їх колеги з трирічним стажем роботи в умовах інфекційної лікарні набувають маскулінних проявів у процесі взаємодії – жорсткості, чіткості, діловитості з елементами агресивності, брутальності. Не зважаючи на зазначене вище деяке зниження комунікативних здібностей, у більш досвідчених досліджуваних помічена більша точність орієнтації у виконанні своїх функціональних обов'язків і завдань.

Таким чином, етап реалізації у процесі професійної діяльності у групах медичних сестер із п'ятирічним стажем роботи має насутпну динаміку:

- для групи медичних сестер, зайнятих виконанням своїх функціональних обов'язків і завдань у звичайних умовах, простежується

порівняне зростання вираженості всіх кар'єрних орієнтацій, що свідчить про значущість кар'єри, особистісну спрямованості на неї та підвищену адаптивність особистості;

- для групи медичних сестер, зайнятих виконанням своїх функціональних обов'язків і завдань в особливих умовах, звертає на себе увагу зростання рівня інтернальності, зростання лише деяких кар'єрних орієнтацій; зниження інтенсивності у колі міжособистісної взаємодії, проте відбувається зростання рівня професіоналізму та соціалізації. В останньому випадку може бути задіяним тиск умов виконання професійних обов'язків, включаючи вимоги колективу.

Вище зазначені тенденції вказують на актуальний рівень сформованості особистісних складових медичних сестер із досвідом професійної діяльності більше п'яти років, про що свідчать дані порівняльного аналізу, наведені у таблиці 3.16.

Таблиця 3.16

Порівняльний аналіз особистісних характеристик медсестер зі стажем п'ять років професійної діяльності у звичайних і особливих умовах

Показник	Умови роботи				T	p
	Звичайні		Особливі			
	M	m	M	m		
Інтернальність у сфері досягнень	4,857	0,235	6,415	0,306	-4,033	0,000
Інтернальність у сфері невдач	5,048	0,312	6,659	0,267	-3,919	0,000
Інтернальність стосовно стану здоров'я і хвороби	5,548	0,196	6,415	0,221	-2,934	0,004
Локус контролю-життя	23,119	0,921	18,927	0,868	3,313	0,001
Менеджмент	7,317	0,198	6,227	0,199	3,885	0,000
Інтеграція стилів життя	6,812	0,172	7,737	0,180	-3,712	0,000
Заповзятливість	6,536	0,140	5,805	0,192	3,079	0,003
Товариськість	4,619	0,215	3,610	0,244	3,100	0,003
Урівноваженість	4,857	0,274	3,585	0,226	3,580	0,001

Відкритість	4,952	0,231	6,049	0,188	3,682	0,000
Маскуліність-фемініність	3,929	0,273	7,829	0,347	8,824	0,000
Загальний показник адаптивності	3,340	0,075	3,659	0,077	-3,033	0,003

За результатами порівняльного аналізу можна зробити висновок, що для медичних сестер п'ятирічним стажем професійної діяльності в особливих умовах, на відміну від тих, хто працює у звичайних умовах, властиві прояви інтернальності у таких сферах, як досягнення, невдачі та стан власного здоров'я. Високий рівень ризику професійної діяльності в особливих умовах, визначає, на нашу думку, той факт, що у медсестер інфекційній лікарні простежується високий прояв інтернальності загального стану здоров'я на всіх етапах психологічного дослідження. Тому у них набуває домінування відповідальності за стан власного здоров'я, запобігання ризику захворювань засобами профілактичних заходів, дотримання особистої гігієни, використання засобів індивідуального захисту тощо.

Група досліджуваних із п'ятирічним стажем професійної діяльності в умовах дитячої лікарні вирізняються більшою вневненістю, що їх життя підвладне свідомому контролю, у них більш виражена здатність захиститися від негативного впливу стрес-факторів звичайних життєвих ситуацій. Тоді як їх колеги прагнуть до більшого рівня взаємодії із оточенням за високого рівня самокритичності, також вони характеризуються більшою загальною адаптивністю й схильністю дотримуватися маскулінних стереотипів у поведінці.

Порівнюючи результати, отримані у цьому підрозділі, з результатами попереднього підрозділу, слід зазначити, що у вказаних професійних групах по мірі зростання стажу роботи спостерігаються процеси як прогресивного, так і регресивного розвитку особистості у професії. За твердженням В. Орла [131], професійний розвиток – є досить складним процесом, що носить циклічний характер, і результатом цього процесу є не тільки удосконалення знань, умінь і навичок, а й розвиток професійного досвіду. Такий вплив призводить до появи різного роду деформацій і станів, які знижують не

тільки професійну діяльність, але й негативно впливає на повсякденне життя. Показниками прогресивного розвитку особистості у професії є такі особистісні особливості, як інтернальність, усвідомленість власної необхідності, широта й вираженість професійних орієнтацій, комунікативність, соціалізація. До того ж зміни цих характеристик відбуваються не синхронно й мають різну динаміку в досліджуваних професійних групах.

Емоційна дисгармонійність, у свою чергу, інтерпретується нами як процес, що може вплинути на регресивний розвиток особистості в професії. Як було вказано вище, інтегральний показник емоційної дисгармонійності знаходиться в прямій залежності від стажу роботи медсестри, при цьому особливі умови сприяють більш вираженому зростанню даних властивостей в процесі зростання стажу. Тим самим очевидним стає зростання даної риси в процесі професійної діяльності й набуття нею стійкого характеру. Це дозволяє розглядати емоційну дисгармонійність як одну з ознак професійної деформації. А. Маркова [118] вказує, що механізм виникнення професійної деформації має доволі складну динаміку. Первинно несприятливі умови праці викликають негативні зміни у професійній діяльності, у поведінці. Потім, по мірі повторення складних ситуацій, ці негативні зміни можуть накопичуватися й у особистості, призводячи до її перебудови, що в подальшому виявляється у повсякденній поведінці та спілкуванні. Також А. Марковою встановлено, що спочатку виникають тимчасові негативні психічні стани й установки, а потім починають зникати позитивні якості. Пізніше на місці позитивних властивостей виникають негативні психічні якості, що змінюють особистісний профіль робітника [118]. Зокрема, такими негативними якостями є такі елементи емоційної дисгармонійності, як невротичність, дратівливість, емоційна лабільність тощо.

Іншим проявом негативного впливу професії на особистість є феномен психічного вигорання. На відміну від професійної деформації психічне вигорання можна більшою мірою віднести до випадків повного

регресу професійного розвитку, оскільки воно зачіпає особистість у цілому, руйнуючи її й завдаючи негативного впливу на ефективність трудової діяльності [131]. Результати вивчення вигорання в даній роботі будуть подані в подальших підрозділах.

Таким чином, ми отримали уявлення про динаміку паттерна властивостей, що характеризують розвиток особистості у процесі професійної діяльності, на фоні якого протікає зміна емоційної дисгармонійності залежно від стажу й умов роботи. При цьому слід враховувати, що й самі ці особистісні властивості певною мірою детермінують розвиток дисгармонійності. Більш ємним є уявлення про виявлені у даному підрозділі шляхом множинних порівнянь закономірності, які можна отримати за допомогою сполучення наступних статистичних процедур: методу головних компонент і двофакторного дисперсійного аналізу. Вважається, що завдяки першому методу можливе виділення деяких фундаментальних характеристик – компонент, які пояснювали б більшу частину дисперсії розлогого масиву психологічних змінних з різних тестів, застосовуваних у нашому дослідженні (всього 35 змінні). Завдяки другій статистичній процедурі можливе встановлення ролі стажу і умов роботи в зміні цих фундаментальних характеристик, а також вивчення спільного впливу даних факторів.

Для подальшого аналізу показники використуваних методик були трансформовані у нормовані відхилення – стандартні, або z-оцінки, оскільки всі вони мали вираження у різних шкалах – стенах, сирих балах та ін. Перетворені таким чином індивідуальні значення будуть безпосередньо мати вираження у відхиленнях «сирих» значень від середнього, виміряних у одиницях стандартного відхилення. Перетворення у z-оцінки потрібне для коректного проведення багатовимірної аналізу різних психодіагностичних показників.

До аналізу було включено 35 змінних, які сформували три головні компоненти. При їх виокремленні використувався графік «кам'янистого

осипу» Р. Кеттелла [125] – на графіку гістограми власних значень, розташованих за зменшенням номерів компонент, виразний перелам спостерігається з третьої компоненти. Критерій адекватності вибірки Кайзера-Мейера-Олкіна, що дорівнює 0,904, і статистична значущість критерію сферичності Бартлетта ($p < 0,001$) дають підстави для подальшої інтерпретації аналізу головних компонент. Таким чином, було виокремлено три компоненти. Перша – пояснювала 33,298% дисперсії, друга – 11,291%, третя – 7,560%, що в сумі встановило 52,149% поясненої дисперсії. Власне, прийнята модель описує більшу частину дисперсії вивчених змінних.

Отримана трикомпонентна матриця була піддана обертанню за допомогою навскіскутньої процедури. Рішення про навскіскутнє обертання було прийняте, оскільки усі досліджувані змінні характеризують прогресивний професійний розвиток і у такий спосіб можуть відбивати подібні, а відтак, неортогональні конструкти.

Результати компонентного аналізу після обертання наведені у таблиці 3.17. Інші процедури обертання й інші методи факторного аналізу давали подібні результати. Це говорить про достатню стійкість отриманого рішення.

Таблиця 3.17.

Групування показників за трьома головними компонентами залежно від абсолютної величини ваги коефіцієнтів

Показник	Вага коефіцієнтів
Перша компонента	
Стійкість емоційних переживань	0,836
Готовність до подолання невдач	0,835
Легкість ієрархізації сигналів соціуму	0,810
Готовність до досягнення мети	0,808
Готовність змінюватися	0,761
Показник загального задоволення	0,756
Точність орієнтації в соціальних очікуваннях	0,740
Широта охоплення сигналів соціуму	0,739
Загальний показник адаптивності	0,720
Відкритість	0,228

Друга компонента	
Інтернальність в області досягнень	0,843
Інтернальність в області міжособистісних відносин	0,804
Загальна інтернальність	0,774
Інтернальність в області невдач	0,758
Локус контролю – життя	0,692
Цілі в житті	0,685
Інтернальність у сфері виробничих відносин	0,677
Процес життя	0,662
Результат життя	0,656
Локус контролю – Я	0,640
Інтернальність у сімейних відносинах	0,618
Осмисленість життя	0,611
Інтернальність відносно здоров'я і хвороби	0,398
Товариськість	0,225
Урівноваженість	0,180
Третя компонента	
Стабільність місця проживання	0,788
Інтеграція стилів життя	0,754
Професійна компетентність	0,724
Стабільність роботи	0,712
Виклик	0,668
Служіння	0,626
Автономія	0,560
Менеджмент	0,549
Підприємництво	0,505
Маскуліність-фемінність	0,320

Максимальні ваги коефіцієнти для всіх показників були додатковими числами. Відповідно, при визначенні назви кожної з компонент враховувалися склад її елементів й інтерпретувався прямий внесок кожного показника, згідно з його психологічним змістом.

До першої компоненти увійшли усі показники тесту-опитувальника соціальної адаптивності, а також показник «Відкритість» за Фрайбурзьким особистісним опитувальником. Дана компонента отримала назву «Здатність до адаптації». До другої компоненти увійшли всі без винятку показники опитувальника «Рівень суб'єктивного контролю» і «Тесту смисложиттєвих орієнтацій», а також шкали «Товариськість» і «Врівноваженість» за

Фрайбурзьким особистісним опитувальником. Для цієї компоненти була властива комплексна «Здатність до інтерналізації й осмислення життєвих подій». Останню, третю, компоненту, названу «Значущість професійної реалізації», сформували усі показники методики визначення кар'єрних орієнтацій «Якоря кар'єри» Е Шейна. Окрім того, до даної компоненти увійшла шкала «Маскуліність/фемінність» із FPI.

Коефіцієнти інформативності для кожної компоненти перевищували 90-відсоткове значення, що підтверджує адекватність обраних ознак, які беруть участь у формуванні назв головних компонент.

Значення виокремлених чотирьох факторів були збережені у вигляді змінних відповідно до методу Бартлетта. Вище зазначені змінні включались до двофакторного дисперсійного аналізу з метою з'ясування рівня впливу на них стажу роботи та умов професійної діяльності як зокрема, так і в цілому. Результати дослідження впливу цих факторів на показники першої компоненти наведені у таблиці 3.18. У цій та наступних після неї двох таблицях наводяться значення рівня значущості (p) за критерієм Фішера (F), рівнів свободи (df) та квадратична ета (η^2). Виходячи з величини η^2 , оцінювався й ефект цих факторів.

Таблиця 3.18

Вплив стажу та умов діяльності на здатність до адаптації. Модель двофакторного дисперсійного аналізу

Джерело	Сума квадратів	df	Середній квадрат	F	p	η^2
Скоригована модель	63,097	5	12,619	16,480	0,000	0,249
Вільний член	0,058	1	0,058	0,075	0,784	0,000
Умови діяльності	2,956	1	2,956	3,861	0,051	0,015
Стаж	56,602	2	28,301	36,959	0,000	0,230
Взаємодія умов діяльності й стажу	4,147	2	2,074	2,708	0,069	0,021
Похибка	189,903	248	0,766			
Підсумок	253,000	254				

Скоригований підсумок	253,000	253				
-----------------------	---------	-----	--	--	--	--

Стаж виконання функціональних обов'язків та завдань відповідно до умов професійної діяльності досліджуваної категорії осіб вирізняється високим рівнем впливу ($\eta^2 = 0,230$), він є статистично значущим ($F = 36,959$; $p < 0,001$). А показники впливу умов професійної діяльності та спільний вплив обох незалежних факторів був статистично неважливим. Модель дисперсійного аналізу описувала 24,940 відсотків дисперсії залежної змінної.

Таким чином, здатність до адаптації і виконання функціональних обов'язків та завдань медичних сестер залежить від стажу професійної діяльності та умов її перебігу. Не виявлено значущих відмінностей динаміки змін у процесі адаптації між професійними групами відповідно до стажу діяльності, що свідчить про слабкість міжфакторної взаємодії. На рис. 3.7 графічно репрезентовані середні значення за першою компонентою у шести підвибірках.

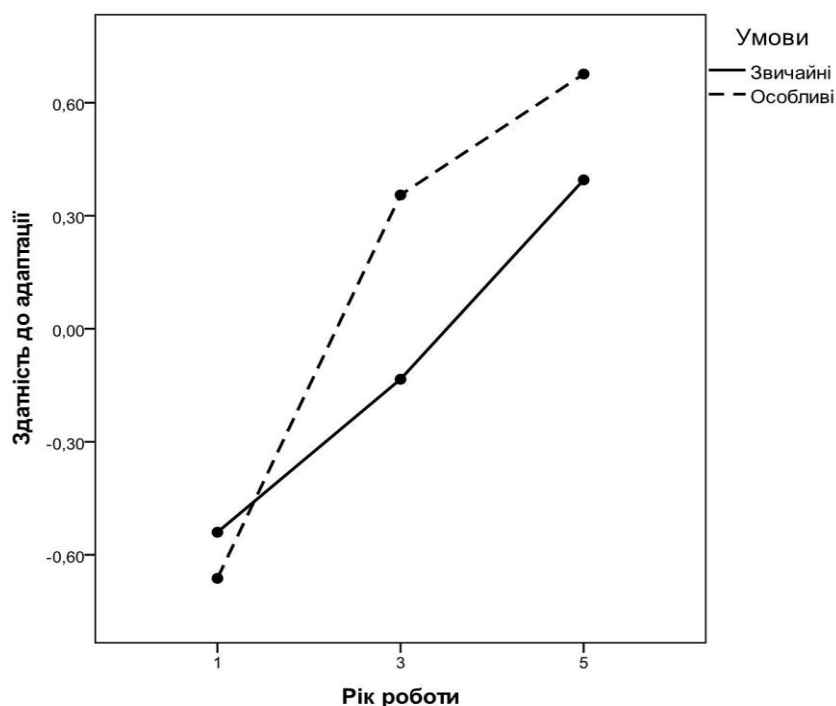


Рис. 3.7. Залежність здатності до адаптації від стажу та умов професійної діяльності

Так, на зображенні видно, що показники здатності до адаптації медичних сестер зі стажем професійної діяльності від одного до п'яти років в обох групах суттєво змінюються і знаходяться в межах від -0,600 до 0,600 одиниць. Незважаючи на те, що у групах досліджуваних з трирічним та

п'ятирічним стажем професійної діяльності у звичайних умовах значення за даним показником є істотно вищим, ніж у досліджуваних, які працюють в особливих умовах, вплив умов роботи на нього все-таки не можна вважати статистично важливим, оскільки $F = 3,861$; $p < 0,051$.

Звертає увагу на себе той факт, що конфігурація лінії змін першої компоненти у групі досліджуваних медсестер в особливих умовах їх професійної діяльності здатність до адаптації співпадає відповідно до стажу роботи і характеризує зміни інтегрального показника особистісних емоційних дисгармоній.

Таким чином, у результаті проведення емпіричного дослідження з'ясовано, що на професійну діяльність особистості медичних сестер в особливих умовах виконання ними функціональних обов'язків і завдань значний вплив мають два процеси, котрі відбуваються паралельно – це адаптаційний та деформаційний. Тому чільне місце серед психологічних проявів особистісних деформацій медичних сестер при виконанні ними функціональних обов'язків та завдань в умовах інфекційній лікарні посідає формування емоційних дисгармоній. А у групі медичних сестер, які працюють в умовах дитячої лікарні, за подібної динаміки адаптаційних процесів, деформація особистісних проявів, з урахуванням емоційної дисгармонії, не носить яскраво вираженого характеру. З огляду на це, професійна діяльність медичних сестер зі стажем до п'яти років в особливих умовах має подібну динаміку показників як професійної адаптації, так і професійної деформації, тоді як показники адаптаційних процесів у звичайних умовах перевищують деформаційні.

У процесі емпіричного дослідження психологічної дисгармонії особистості медичних сестер в особливих умовах виконання функціональних обов'язків та завдань доречним було розглянути результати двофакторного дисперсійного аналізу для першої компоненти, оскільки саме вона характеризує прогресивні тенденції особистісного розвитку в умовах професійної діяльності й описує максимальну частку дисперсії

досліджуваних психологічних змінних. Щодо другої компоненти, то вона не виявила значного впливу ні на умови діяльності, ні на стажу, навіть при об'єднанні даних факторів. Результати двофакторного дисперсійного аналізу наведені у таблиці 3.19. Модель, що розглядається, описувала лише 3,410 відсотки дисперсії залежної величини, при чому виокремлена дуже значна частка інших неврахованих або випадкових факторів, задіяних у детермінації здатності особистості медичних сестер до інтерналізації та усвідомлення життєвих подій.

Таблиця 3.19.

Вплив стажу й умов діяльності на здатність до інтерналізації й усвідомлення соціальних ситуацій. Модель двофакторного дисперсійного аналізу

Джерело	Сума квадратів	df	Середній квадрат	F	p	η^2
Скоригована модель	8,683	5	1,737	1,763	0,121	0,034
Вільний член	0,000	1	0,000	0,000	0,991	0,000
Умови діяльності	3,301	1	3,301	3,351	0,068	0,013
Стаж	3,944	2	1,972	2,002	0,137	0,016
Взаємодія умов діяльності й стажу	1,419	2	0,710	0,720	0,488	0,006
Похибка	244,317	248	0,985			
Підсумок	253,000	254				
Скоригований підсумок	253,000	253				

Зміни середніх значень другої компоненти зі стажем не носять поступального характеру, що репрезентовано на рис. 3.8. Так, в обох групах мінімальні середні значення здатності до інтерналізації й усвідомлення життєвих подій спостерігаються на третьому році професійної діяльності медичних сестер. Проте, уже зазначалося вище, низка показників опитувальника РСК й тесту СЖО змінюється відповідно до стажу нерівномірно, у протилежних напрямках. Тому різниця між мінімальними й

максимальними середніми значеннями другої компоненти у підвибірках є нижчою ніж у першій компоненті.

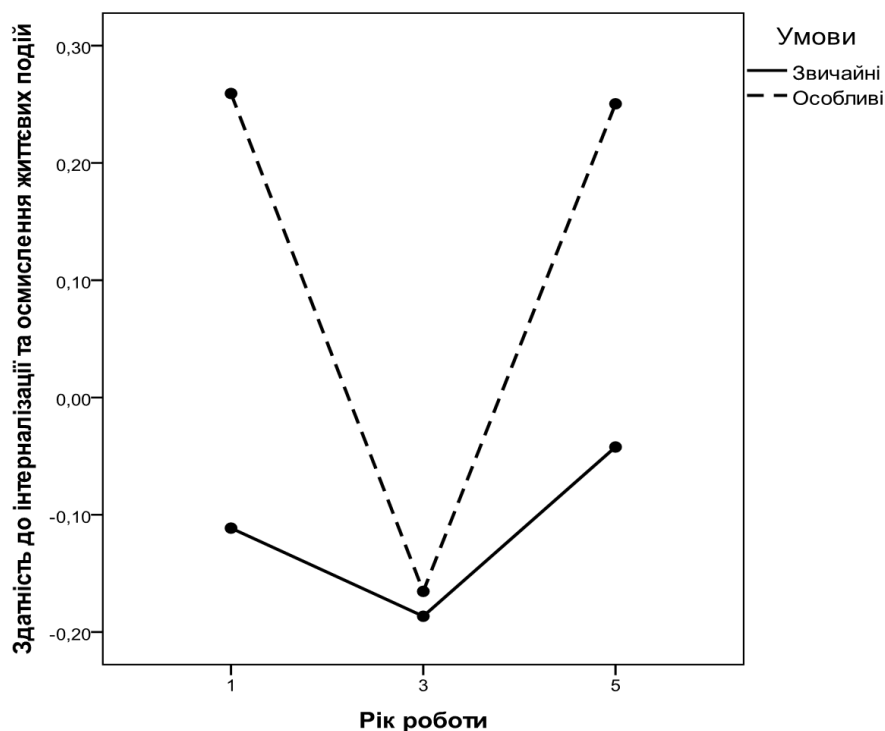


Рис. 3.8. Залежність здатності до інтерналізації й усвідомлення життєвих подій від стажу й умов професійної діяльності.

Таким чином, можна стверджувати, що протягом перших п'яти років професійної діяльності у досліджуваних медсестер не відбувається суттєвих змін у фундаментальному особистісному конструкті, вони проявляються у вигляді локусу контролю й смисложиттєвих орієнтаціях. Тим не менше, на рівні окремих проявів цього конструкту, а саме: усвідомлення минулого, теперішнього, майбутнього, інтернальності у сфері досягнень, невдач, виробничих взаємин – спостерігається істотна залежність їх від стажу професійної діяльності та умов, у яких вона відбувається.

Третя компонента – значущість професійної реалізації особистості медичних сестер віднаходить свою залежність від стажу їх професійної діяльності, тоді як залежність від умов діяльності, звичайних та особливих, є статистично неважливою, про що свідчать результати, наведені у таблиці 3.20. Отримані показники зазначають наявність сильного впливу стажу професійної діяльності ($\eta^2=0,445$). Отже, незалежно від тих умов перебігу

виконання функціональних обов'язків і завдань в умовах професійної діяльності медичними сестрами спостерігається тенденція до активного формування їх кар'єрної орієнтації та зростання їх значення у рольовому діапазоні особистісної поведінки. Поєднання впливу стажу й умов роботи також вирізняється значущістю, хоча цей ефект і має низький показник ($\eta^2=0,058$), але є показники професійної групи медсестер, котрі визначаються суттєвими відмінностями динаміки змін значущості професійної реалізації з урахуванням її стажу.

Таблиця 3.20.

Вплив стажу й умов діяльності на значимість професійної реалізації.

Модель двофакторного дисперсійного аналізу

Джерело	Сума квадратів	df	Середній квадрат	F	p	η^2
Скоригована модель	116,938	5	23,388	42,628	0,000	0,462
Вільний член	0,071	1	0,071	0,130	0,719	0,001
Умови діяльності	0,293	1	0,293	0,534	0,466	0,002
Стаж	109,112	2	54,556	99,439	0,000	0,445
Взаємодії умов діяльності й стажу	8,315	2	4,158	7,578	0,001	0,058
Похибка	136,062	248	0,549			
Підсумок	253,000	254				
Скоригований підсумок	253,000	253				

Відмінності між показниками графічно зображені на рис. 3.9. Так, в групах досліджуваних зі стажем одного та трьох років показник значущості професійної реалізації зростає в групах медсестер, які свої функціональні обов'язки та завдання в особливих умовах. На наступному етапі в групах досліджуваних із досвідом роботи три та п'ять років показники динаміки змін мають схожий характер. У цілому, зміни середніх значень за даною компонентою у групі медсестер, які працюють в умовах інфекційної лікарні, досягають максимального діапазону – в межах від -0,972 до 0,915 одиниць. Для групи медсестер, які працюють у звичайних умовах, цей діапазон менш виражений, але також є суттєвим – від -0,560 до 0,749 одиниць.

За даними досліджень, що стосуються мотиваційних уподобань середнього медичного персоналу між збереженням родини й кар'єрою, 58,9% медичних сестер віддають на користь родини [54]. Не виключено, що навіть за умов високого рівня інтеграції різних сторін життя, збільшення значущості професійної реалізації обумовлює віднесення родини як цінності на другий план.

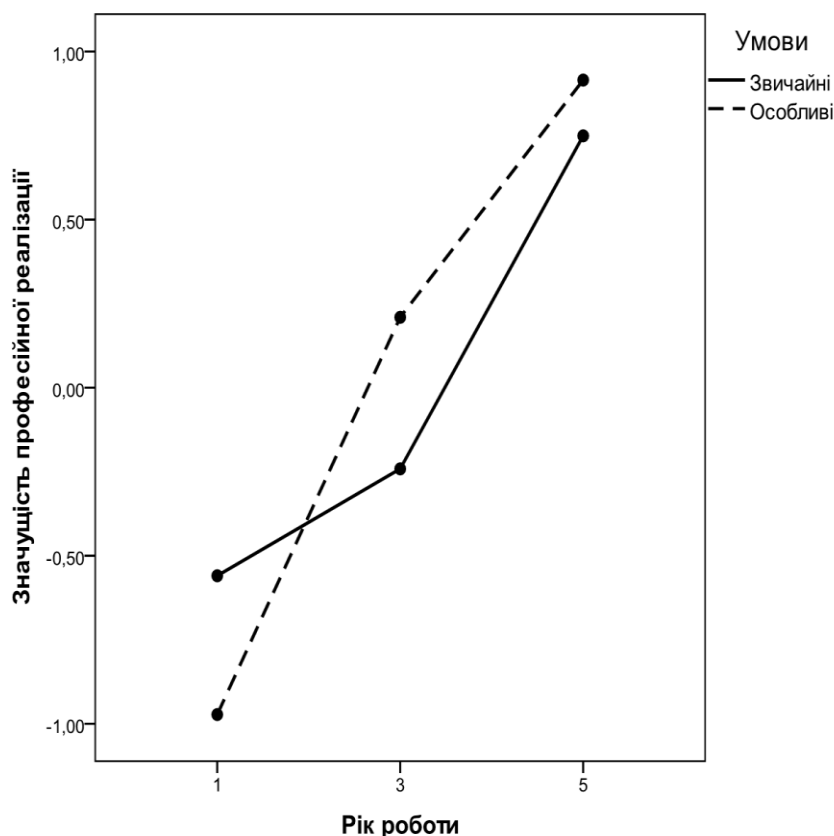


Рис. 3.9. Залежність значущості професійної реалізації від стажу й умов професійної діяльності

Доречно зазначити, що описаний процес є зворотною стороною процесу професійної адаптації, котрий, на нашу думку, створює підґрунтя для цілої низки деформацій, включаючи емоційне вигорання, за умови його незбалансованості. Так, В. Бойко у своїх дослідженнях акцентував увагу на особливостях психологічних проявів особистості в умовах професійної діяльності в системі «людина-людина», що призводять емоційного вигорання [28]. У процесі виконання своїх функціональних обов'язків та завдань ця категорія осіб тримається відповідно до вимог, норм, правил професійної

діяльності, але вдома або замикається у собі, або конфліктує із близьким оточенням. Автор називає цей процес симптомом «отруєння людьми», при якому відбувається перенасичення особистості колом професійної взаємодії. Більш детально взаємозв'язок між значущістю професійної реалізації і вигоранням буде розглянуто у наступному підрозділі.

Таким чином, у результаті емпіричного дослідження було з'ясовано актуальний рівень сформованості особистісних складових у групах медичних сестер із різним стажем та умовами професійної діяльності. Усі отримані особистісні складові психологічних проявів беруть участь у формуванні трьох головних компонент: здатності до адаптації, здатності до інтерналізації й усвідомлення життєвих подій та значущості професійної реалізації – і їх можна вважати основними характеристиками прогресивного впливу професійної діяльності на особистість медичних сестер у звичайних та особливих умовах виконання функціональних обов'язків та завдань. Окрім того, з'ясовано, що і стаж, і умови роботи, а також поєднання цих факторів впливають на зміст та формуючі його показники відповідно до психологічних методик.

3.2. Структура показників емоційних дисгармоній особистості медичних сестер у процесі їх професійної діяльності

У даному підрозділі розглядається питання впливу особливостей індивідуально-особистісних психологічних проявів медичних сестер на розвиток у них емоційних дисгармоній з урахуванням стажу та умов їх професійної діяльності. Це дозволяє обґрунтувати сутність та особливості впливу прогресивних та регресивних складових професії на динаміку особистісних змін.

Основним статистичним методом дослідження структури показників емоційних дисгармоній медичних сестер у процесі їх професійної діяльності було обрано метод лінійного регресивного аналізу. Традиційна модель лінійного регресивного аналізу має на меті пошук показників, які

позначаються як X (одного – у випадку простої регресії чи деяких – у випадку множинної регресії) і визначають значення окремої кількісної змінної, яка позначається як Y . Структура зв'язків із даною моделлю є лінійною. Іншими словами, розрахунок структури показників здійснюється за формулою

$$Y = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + \dots + B_nX_n + U,$$

де U – так званий остаточний показник, котрий фіксує ту частину інформації Y , що не пояснюється іксами. Регресивний аналіз дає змогу простежити як якість моделі, так рівень сукупності іксів, що пояснюють Y . Показник якості є коефіцієнтом детермінації R^2 і вказує на відсоток інформації Y , що пояснюється «поведінкою» іксів. Окрім того, регресивний аналіз обчислює значення коефіцієнтів B_i , тобто визначає, з якою силою кожен з X_i впливає на Y [97].

Вплив того чи іншого особистісного прояву на емоційні дисгармонії оцінювався за допомогою простої лінійної регресії. У процесі емпіричного дослідження регресійні рівняння використовувалися для кожної з шістьох груп. А потім з'ясувалося, якою мірою кожен психологічний показник сприяє розвитку емоційних дисгармоній, оскільки у процесі підготовки дослідження було зроблено припущення, що цей вплив залежить від стажу професійної діяльності досліджуваної категорії осіб. Для порівняння регресійних рівнянь, побудованих для кожної з підвбірок, використовувався метод Р. Поттхоффа [216], який передбачає оцінку статистичної важливості відмінностей як між константами, так і між коефіцієнтами регресії.

Метод Поттхоффа базується на використанні техніки «фіктивних» (dummy) змінних, і дозволяє виконувати порівняння регресійних моделей для двох і більше розділених за певною ознакою сукупностей. Застосування даного методу передбачає побудову відповідного множинного регресивного рівняння, а саме:

$$Y = B_0 + B_1X_c + B_2X_g + B_3X_c * X_g + U,$$

де Y – залежна змінна (емоційна дисгармонійність), X_c – інтервальна незалежна змінна (психологічний параметр), X_g – групуюча дихотомічна чи політомічна змінна (стаж чи умови професійної діяльності) і $X_c * X_g$ – взаємодія між змінними $X_c * X_g$. Групуючі змінні включаються до рівняння за допомогою «фіктивних» змінних, кількість яких є на одиницю меншою від числа категорій групуючої змінної. Відповідно, у разі дихотомічної змінної необхідна тільки одна «фіктивна» змінна, X_g вводиться в рівняння у якості «фіктивної» змінної, де одна категорія закодована як «0», а друга – як «1», при чому взаємодія між змінними $X_c * X_g$ розглядається як добуток інтервальної незалежної і фіктивної змінних [221].

Стосовно кожної шкальної незалежної змінної було здійснено сім порівнянь: між групами групами досліджуваних, які працюють у звичайних і особливих умовах з урахуванням їх стажу – 3 порівняння; між досліджуваними, які мають стаж роботи один і три роки у звичайних та особливих умовах професійної діяльності – 2 порівняння; і між групами досліджуваних зі стажем роботи три і п'ять років у звичайних та особливих умовах – 2 порівняння. В цьому підрозділі, також як і в попередньому підрозділі обрано допустимий поріг $\alpha < 0,01$ з метою збалансованості показників похибки першого і другого роду.

Розглядаючи всю вибірку цілком, було акцентовано увагу на показникові загальної інтернальності згідно з простою лінійною регресивною моделлю, котрий мав значний вплив на емоційні дисгармонії особистості медичних сестер:

$$\text{Емоційна дисгармонійність} \quad R^2(0,000) = 7,840(0,000) - 0,491(0,000) * \text{Загальна інтернальність.}$$

Примітка: Тут і надалі у дужках після значень константи й коефіцієнта регресії наводяться величини їх р-рівнів значущості, а після назв залежної змінної – р-рівень значущості моделі.

Для наочності наводимо регресивні рівняння для шести підвбірок і даємо аналіз їх відмінностей як для виокремлених груп за стажем, так і для груп у відповідності з умовами перебігу професійної діяльності. Усі моделі є

статистично значущими ($p < 0,05$). Результати порівняльного аналізу наведені у таблиці 3.21.

Таблиця 3.21

Порівняльний аналіз регресійних рівнянь залежності емоційних дисгармоній від загальної інтернальності

Стаж	Групи порівнянь						Відмінність груп за B_0		Відмінність груп за B_1	
	Звичайні умови			Особливі умови			ΔB_0	p	ΔB_1	p
	B_0	B_1	R^2	B_0	B_1	R^2				
1 рік	6,218	-0,436	0,460	7,190	-0,618	0,403	-0,972	0,197	0,182	0,179
3 роки	8,059	-0,660	0,645	7,730	-0,231	0,119	0,329	0,676	-0,429	0,001
5 років	6,903	-0,431	0,379	7,517	-0,158	0,110	-0,614	0,363	-0,273	0,018

Результати порівняння свідчать, що показники значень у групах досліджуваних медсестер, які працюють у звичайних та особливих умовах 1 рік, не мають суттєвих відмінностей. У групах досліджуваних зі стажем роботи три і п'ять років спостерігаються істотні відмінності у коефіцієнтах регресії. Так, для осіб із трирічним стажем вони важливі на встановленому рівні $\alpha < 0,01$; для осіб, які мають стаж професійної діяльності п'ять років виявлені відмінності нівелюються з урахуванням більшої дисперсії залежної величини. Виявлені для всіх підвбірок дослідження значення коефіцієнтів регресії з позначкою мінус (-) вказують на зниження рівня емоційної дисгармонії, оскільки досліджувані вважають успіхи й невдачі наслідком власних зусиль.

Графічно результати наведені на рис. 3.10. Очевидним стає протективний вплив загальної інтернальності щодо розвитку професійних деформаційних процесів, пов'язаних із виникненням емоційних дисгармоній. У групах досліджуваних медичних сестер, які мають три і п'ять років стажу професійної діяльності, показник ролі загальної інтернальності як

протективного фактору істотно слабшає в особливих умовах на відміну від звичайних.

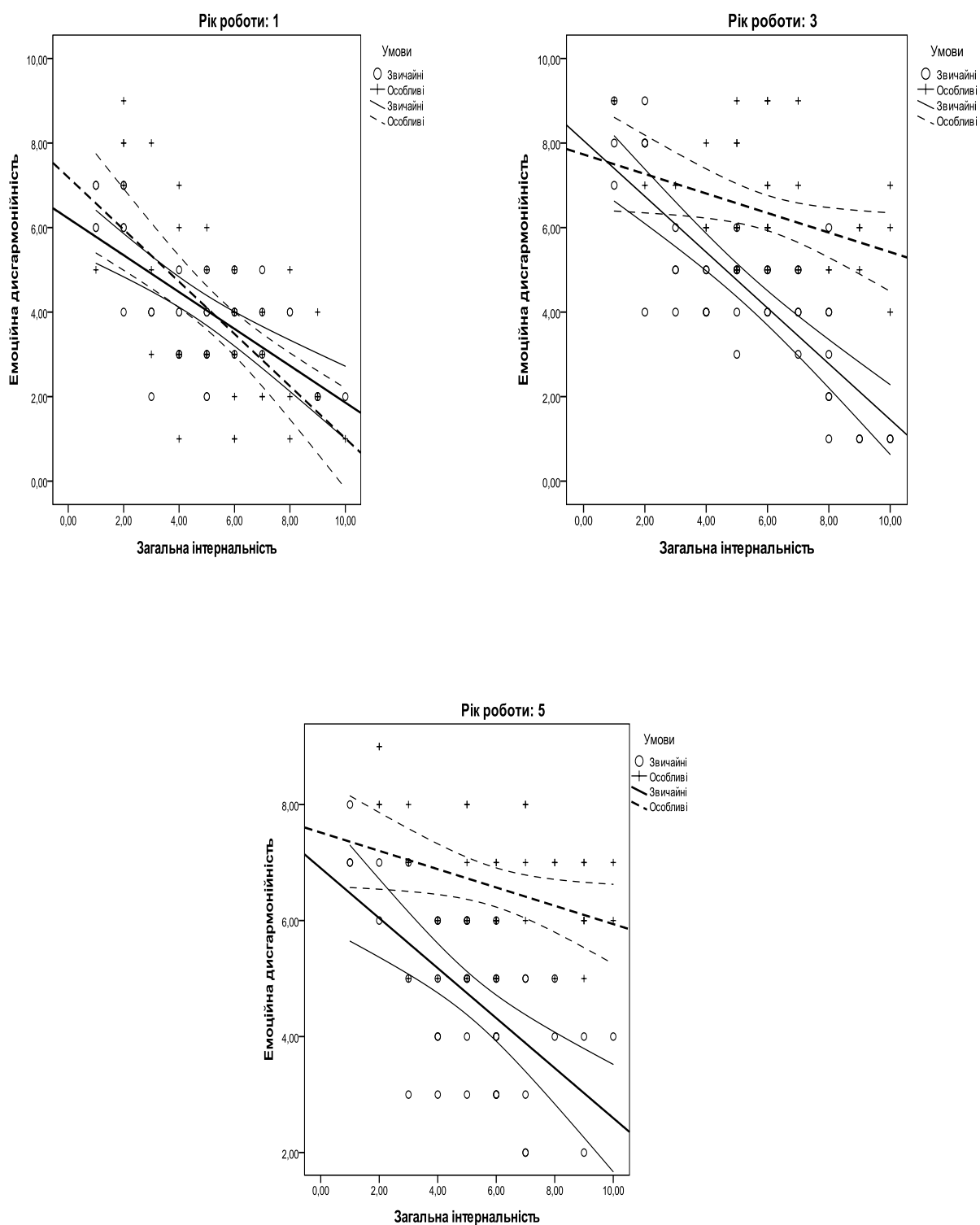


Рис. 3.10. Графіки регресивних рівнянь з описом залежності емоційної дисгармонії від загальної інтернальності

Тенденції зміни показників між досліджуваними параметрами у межах професійних груп графічно наведені на рис. 3.11.

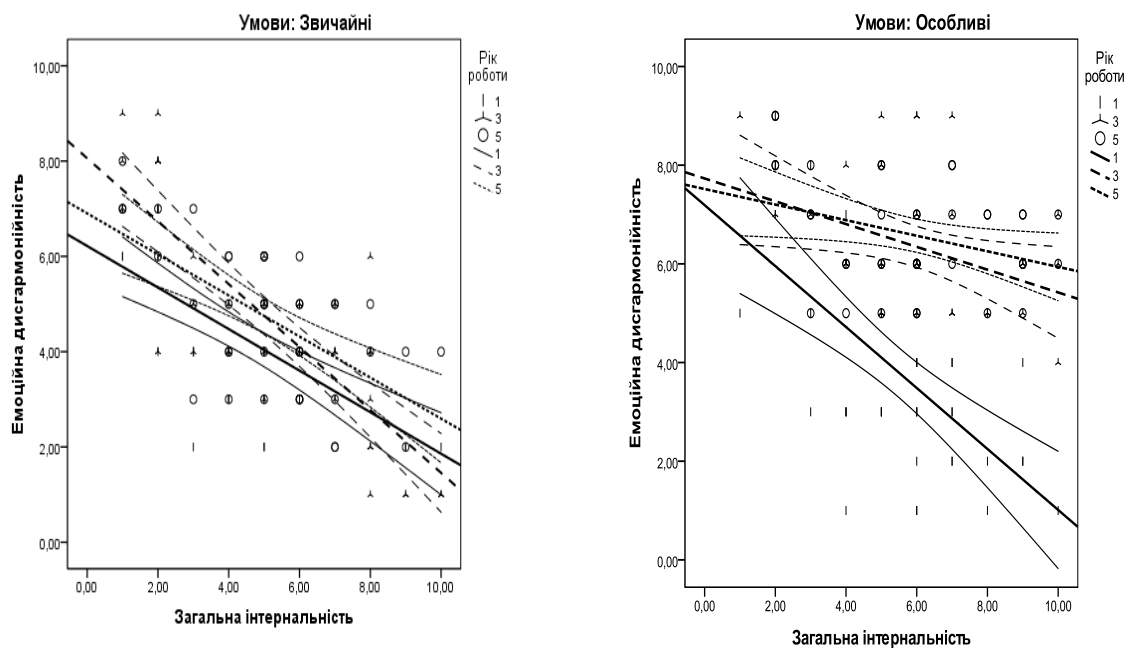


Рис. 3.11. Графіки регресійних рівнянь опису залежності емоційної дисгармонії від загальної інтернальності з урахуванням умов діяльності

Усі проілюстровані регресивні рівняння були статистично важливими. Так, для тих медсестер, які виконують свої функціональні обов'язки та завдання у звичайних умовах, рівняння не відрізняються між собою ні за коефіцієнтом регресії, ні за константою. Відповідно, протективна роль інтернальності є практично однаковою в усіх групах відповідно до стажу їх діяльності. Разом з тим, в групах досліджуваних зі стажем професійної діяльності три роки показник абсолютної величини коефіцієнту регресії значно нижчий, що обумовлює більш «похилу» лінію регресії. Таким чином, тривалий період професійної діяльності в особливих умовах сприяє меншій залежності емоційної дисгармонії від інтернальності.

Виявлені також відмінності між регресивними рівняннями для досліджуваних груп медичних сестер зі стажем професійної діяльності три і п'ять років, проте вони є незначимими. Тобто, слабша залежність емоційної дисгармонії від загальної інтернальності зберігається в групі досліджуваних, які працюють в особливих умовах інфекційної лікарні протягом п'яти років.

З огляду на вище зазначене, доцільним є аналіз показників емпіричного дослідження особливостей емоційних дисгармоній за окремими шкалами опитувальника РСК. Отримані результати регресивних рівнянь для окремих шкал мають такі ж тенденції, що й для шкали загальної інтернальності. Проте значна різниця спостерігалася у показниках послаблення взаємозв'язку незалежних і залежних змінних у групах медичних сестер зі стажом три роки професійної діяльності та у ряді випадків зі стажом п'ять років діяльності в особливих умовах. Найбільш яскраво дані тенденції проявлялися у випадку, коли за незалежну змінну виступали шкали «Інтернальність у сфері досягнень» та «Інтернальність у сфері міжособистісних взаємин».

Слід зазначити, що під час аналізу всієї вибірки в цілому показник усвідомлення життя за «Тестом смисложиттєвих орієнтацій» виявив значний вплив на емоційну дисгармонійність:

Емоційна дисгармонійність R^2 (0,002) = 6,913(0,000) – 0,023(0,002)**Усвідомлення життя*.

За аналогією з попереднім опитувальником було розроблено регресивні рівняння для шести підвбірок та проаналізовано різницю між ними відповідно до стажу досліджуваних груп та умов перебігу їх професійної діяльності. Результати порівняльного аналізу наведені у таблиці 3.22 та графічно зображені на рис. 3.12. Усі рівняння були статистично значущими ($p < 0,05$).

На етапі адаптації медичних сестер до виконання своїх функціональних обов'язків і завдань в обох групах досліджуваних відзначався досить слабкий протективний вплив усвідомлення значущості життя з урахуванням особистісних емоційних дисгармоній, причому рівень і зміст цього впливу можна вважати однаковими. У групах досліджуваних медичних сестер, які мають три роки професійного стажу цей вплив набуває свого специфічного характеру, про що свідчать виявлені відмінності у показниках коефіцієнтів регресії. Не дивлячись на те, що вони й не були

значущими на необхідному рівні α , у процесі емпіричного дослідження дана відмінність розглядається як тенденцію, яка має місце у даній вибірці.

Таблиця 3.22

Порівняльний аналіз регресивних рівнянь залежності емоційних дисгармоній від усвідомленості життя

Стаж	Групи порівнянь						Відмінність груп за B_0		Відмінність груп за B_1	
	Звичайні умови			Особливі умови			ΔB_0	p	ΔB_1	p
	B_0	B_1	R^2	B_0	B_1	R^2				
1 рік	5,595	-0,016	0,028	7,158	-0,039	0,085	1,563	0,462	-0,022	0,364
3 роки	8,866	-0,054	0,097	6,308	0,001	0,000	-2,558	0,228	0,055	0,038
5 років	4,976	-0,004	0,001	8,374	-0,022	0,114	3,398	0,028	-0,018	0,312

Для медсестер, які працюють в умовах звичайного медичного закладу три роки, емоційна дисгармонійність не залежить від усвідомлення життя.

На графіку лінія рівняння відтворює константу, що дорівнює 6,308. Для їх колег зміни дисгармонійності, пов'язані з показником осмисленості життя, більш істотні: зростання незалежної змінної на 20 балів призводить до зменшення залежної на 1 стенайн.

У процесі емпіричного дослідження особистісних емоційних дисгармоній в групі медичних сестер зі стажем професійної діяльності п'ять років не було виявлено статистично важливі відмінності за коефіцієнтом регресії, проте спостерігалася наявна тенденція до відмінностей констант. Це дає можливість констатувати, що показник відмінності середніх значень емоційної дисгармонійності у медсестер зі стажем діяльності п'ять років у звичайних і особливих умовах за p-рівнем дорівнює 0,028 – контролюючою змінною для порівняння обрано показник усвідомленості сенсу життя.

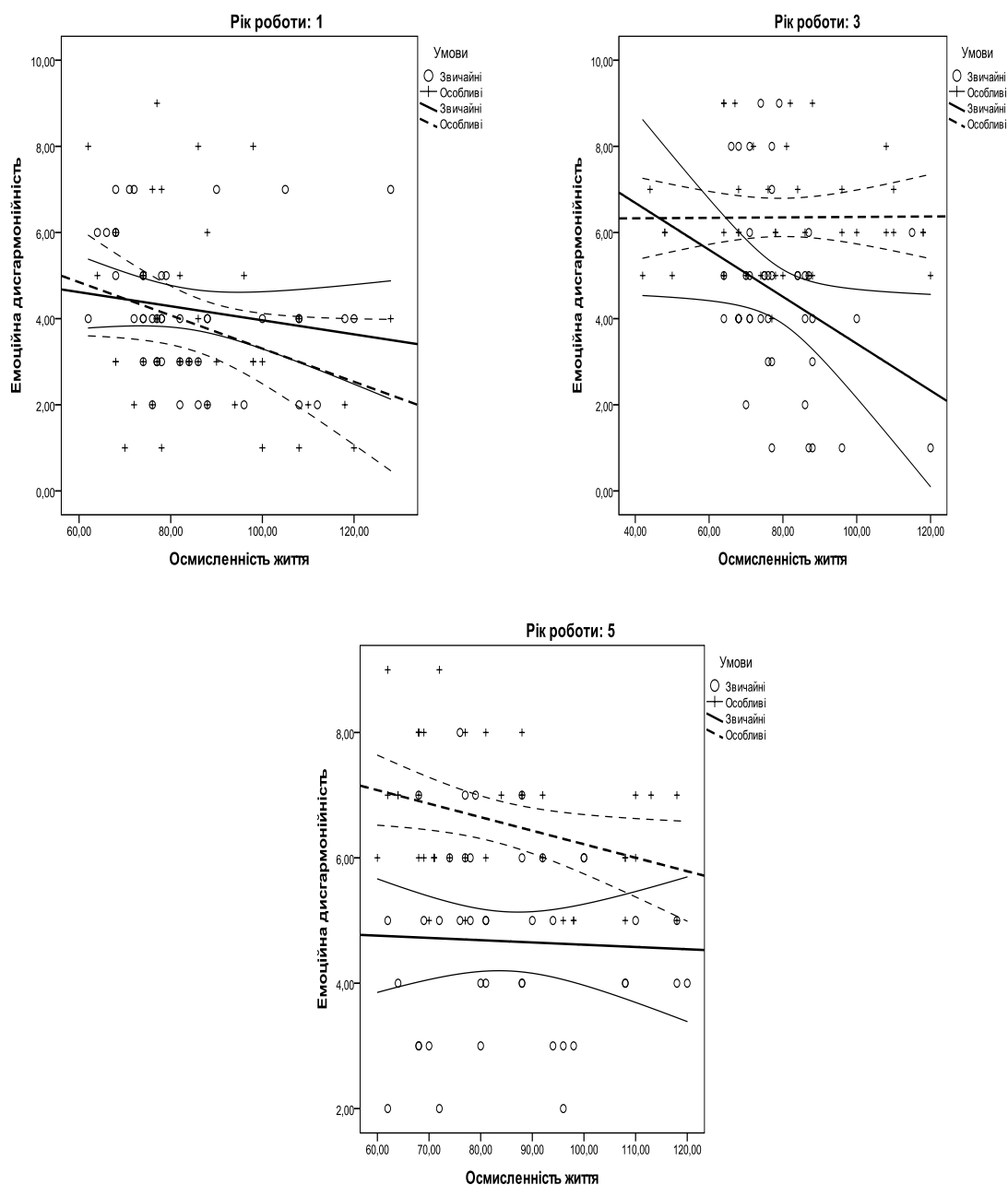


Рис. 3.12. Графіки регресивних рівнянь опису залежності емоційної дисгармонійності від усвідомлення сенсу життя

На рис. 3.13 графічно зображено тенденції зміни взаємин між досліджуваними параметрами з урахуванням умов професійної діяльності – звичайних та особливих. Статистична значущість проілюстрованих рівнянь перебувала на рівні $p < 0,05$. В обох професійних групах регресивні моделі значно не відрізнялися ні за коефіцієнтом регресії, ні за константою.

На графічних зображеннях відстежується протективна роль усвідомленості життя, у даному випадку вона є слабкою, у межах груп досліджуваних медсестер з урахуванням стажу професійної діяльності не

виявлено відмінностей. Аналогічна тенденція простежується у результатах, котрі досліджувалися за іншими субшкалами методики. Найбільш яскраво дані тенденції проявлялись у тому випадку, коли за незалежну змінну було взято шкалу «Локус-контролю». В цілому регресійні рівняння, де незалежними змінними виступали показники «Тесту смисложиттєвих орієнтацій», описували менший відсоток дисперсії, ніж ті, де предикторами були шкали опитувальника «Рівень суб'єктивного контролю».

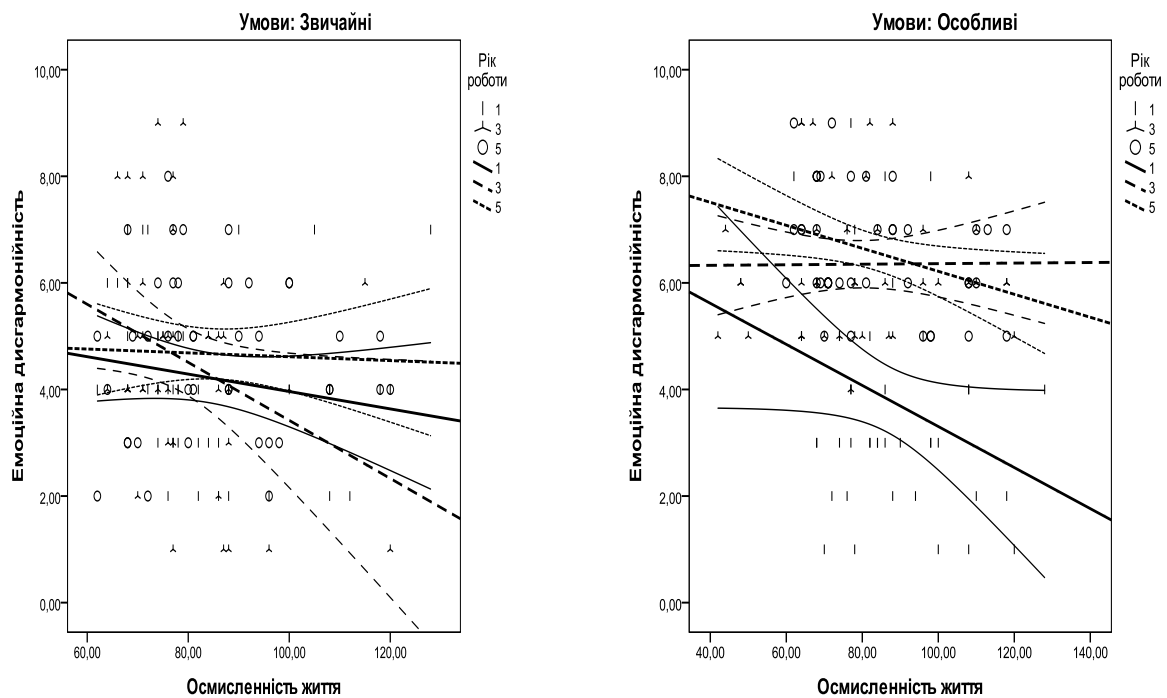


Рис. 3.13. Графіки регресивних рівнянь опису залежності емоційної дисгармонійності від усвідомлення сенсу життя з урахуванням умов професійної діяльності

Як зазначалося у попередньому підрозділі, другу головну компоненту «Здатність до інтерналізації й осмислення життєвих подій» формують в основному показники методик РСК і СЖО, вірогідність яких підтверджена за методом Потхоффа. За твердження авторів методики СЖО [105], усі шкали даного опитувальника, включаючи й загальний показник, мають кореляційні взаємодії з показниками загальної інтернальності, з інтернальністю у сфері досягнень та сфері родинних стосунків, тому доречно проводити

дослідження в комплексі з метою узагальнення конструкту, репрезентованого другою головною компонентою.

При аналізі усієї вибірки в цілому показники підтвердили значний вплив здатності до інтерналізації й осмислення життєвих подій на емоційну дисгармонійність особистості медичних сестер в умовах професійної діяльності:

$$\text{Емоційна дисгармонійність } R^2(0,000) = 5,000(0,000) - 0,810(0,000)$$

*Здатність до інтерналізації й осмислення життєвих подій.

У процесі розподілу вибірки на шість підвбірок було побудовано шість лінійних рівнянь, порівняльний аналіз яких наведено у таблиці 3.23. Побудовані рівняння є статистично значущими ($p < 0,05$). У досліджуваних групах медичних сестер, які мають один рік стажу професійної діяльності з урахуванням умов виконання ними своїх функціональних обов'язків і завдань, відсутні відмінності перебігу їх індивідуально особистісних проявів.

Таблиця 3.22

Порівняльний аналіз регресійних рівнянь залежності емоційних дисгармоній від здатності до інтерналізації й усвідомлення життєвих подій

Стаж	Групи порівнянь						Відмінності груп за B_0		Відмінності груп за B_1	
	Звичайні умови			Особливі умови						
	B_0	B_1	R^2	B_0	B_1	R^2	ΔB_0	p	ΔB_1	p
1 рік	4,123	-0,892	0,351	4,128	-1,210	0,291	0,005	0,989	-0,318	0,353
3 роки	4,274	-1,523	0,549	6,283	-0,403	0,081	2,009	0,000	1,120	0,001
5 років	4,642	-0,582	0,124	6,685	-0,398	0,144	2,043	0,000	0,184	0,517

Графічно порівняльний аналіз цих рівнянь для груп досліджуваних з урахуванням умов професійної діяльності та стажу наведений на рис. 3.14.

За даними емпіричного дослідження показники цих шкал демонструють вплив здатності до інтерналізації й осмислення життєвих подій на формування і розвиток емоційних дисгармоній в умовах виконання

медичними сестрами своїх функціональних обов'язків та завдань. Доведено, що цей зв'язок є досить сильним і підтверджує значення другої компоненти як проєктивної. Роль цих показників зберігається на всіх етапах професійної діяльності медичних сестер. Окрім того, у процесі емпіричного дослідження було виявлено певні особливості перебігу психічних процесів, пов'язані з умовами професійної діяльності.

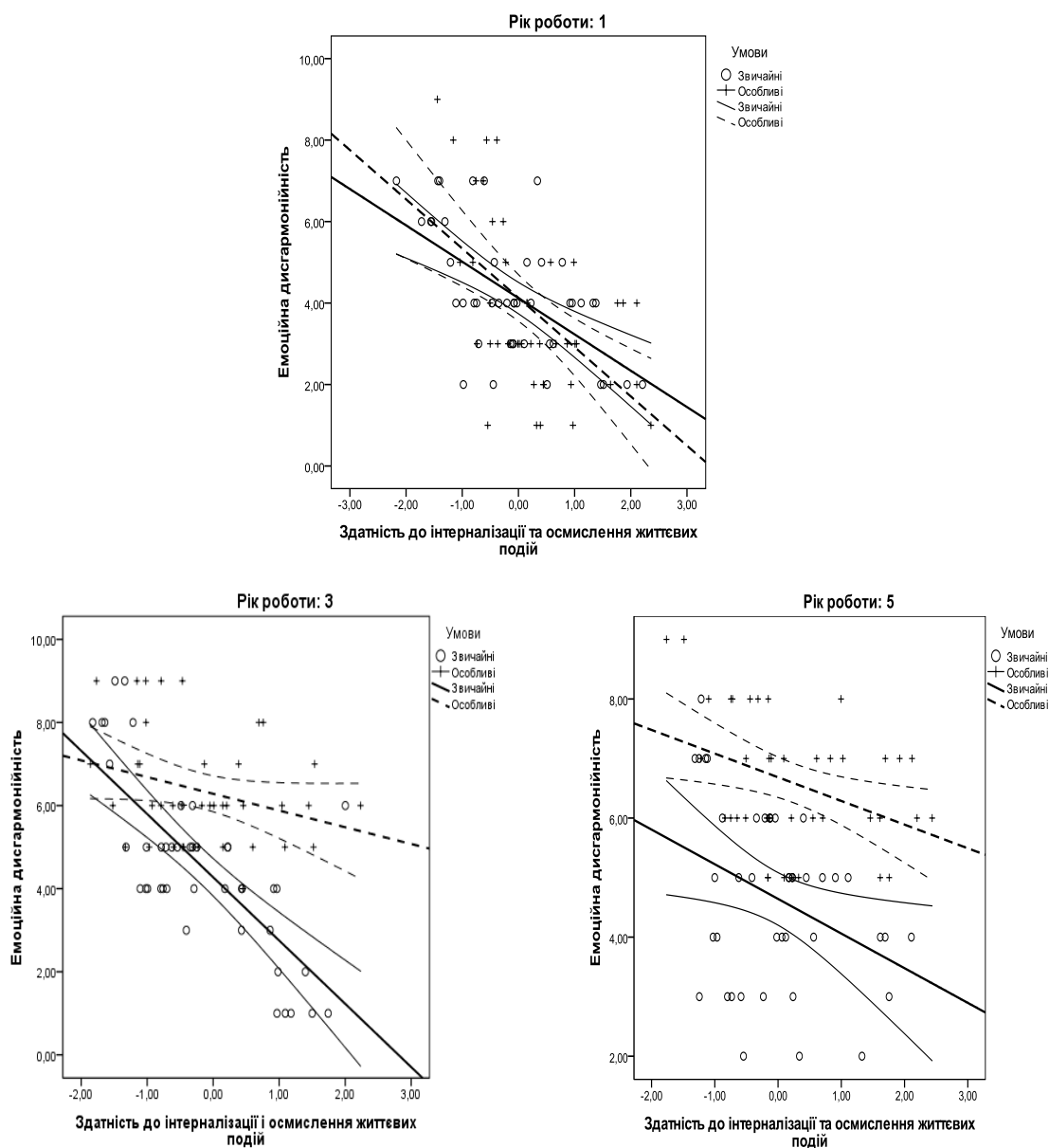


Рис. 3.14. Графіки регресивних рівнянь, описують залежність емоційної дисгармонійності від здатності до інтерналізації й усвідомлення життєвих подій з урахуванням стажу професійної діяльності

Регресійні рівняння, побудовані за показниками досліджуваних груп медичних сестер з досвідом роботи три роки значно відрізняються як за константами, так і за регресійними коефіцієнтами. Так, у звичайних умовах

професійної діяльності вміння медичних сестер опанувати емоційними дисгармоніями суттєво залежать від здатності до інтерналізації й осмислення життєвих подій.

Результати, отримані в групах досліджуваних медсестер з п'ятирічним досвідом роботи, демонструють значну розбіжність за константам регресійних рівнянь, описують залежність емоційної дисгармонійності від другої компоненти. З огляду на вище зазначене, підтверджується, що групи досліджуваних відповідно до стажу професійної діяльності відрізняються між собою за показником емоційної дисгармонії. Особливо це стосується медичних сестер з три- та п'ятирічним стажем, коли друга компонента розглядається як контрольна змінна. Аналізуючи відмінності параметрів регресійних рівнянь, що описують залежність емоційної дисгармонійності від здатності до інтерналізації й осмислення життєвих подій в інших професійних групах, слід звернути увагу на низку наявних тенденцій. Графічно вони подані на рис. 3.15.

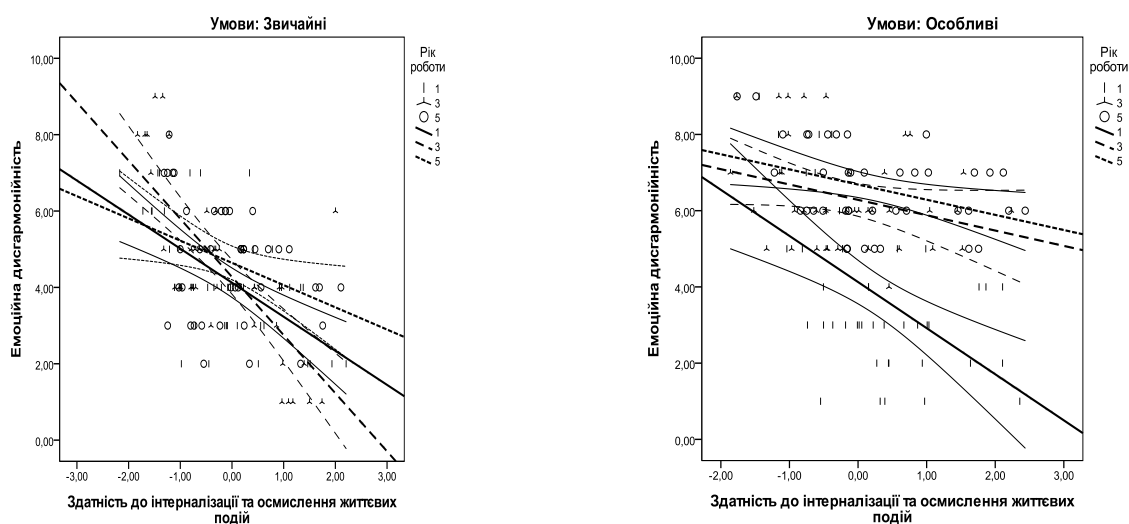


Рис. 3.15. Графіки регресивних рівнянь, що описують залежність емоційної дисгармонійності від здатності до інтерналізації й осмислення життєвих подій відповідно до стажу професійної діяльності

У групі медсестер, які працюють у звичайних умовах, є статистично важливі відмінності між коефіцієнтами регресії при порівнянні підвибірок третього й п'ятого року стажу, $\Delta B_1 = 0,941$; $p = 0,005$. Це свідчить про те, що

в них протективна роль другої компоненти зростає відповідно до збільшення стажу їх професійної діяльності.

У групі медсестер, які працюють особливих умовах інфекційної лікарні, спостерігаються значні відмінності між константами рівнянь, що описують взаємозв'язок між даними показниками для першого й третього року стажу професійної діяльності, $\Delta B_0 = 2,156$; $p = 0,000$.

Таким чином, доведено, що за умови другої компоненти як контрольної змінної, показники груп досліджуваних з урахуванням їх стажу професійної діяльності відрізняються між собою за емоційною дисгармонійністю.

В емпіричному дослідженні з метою з'ясування впливів кар'єрних орієнтацій на прояв емоційних дисгармоній було використано значення третьої компоненти «Значущість професійної самореалізації». З огляду на відсутність сумарного показника за методикою, дана змінна була відображенням психологічного конструкту, що лежить в основі суб'єктивної оцінки особистості важливості власної реалізації у професійній діяльності.

Відповідно до цього, було складено регресивне рівняння для цілої вибірки, що описує залежність емоційної дисгармонійності від значущості професійної самореалізації:

Емоційна дисгармонійність $R^2(0,472) = 5,000(0,000) - 0,089(0,472)$
*Значущість професійної самореалізації.

Як свідчать отримані результати, дана регресивна модель не є статистично важливою, і тому протективна роль третьої компоненти не є характерною для всієї генеральної сукупності, що підтверджує значення коефіцієнту регресії зі знаком мінус (-).

У процесі дослідження регресивні рівняння, побудовані для шести підвбірок, не в усіх випадках були статистично значущими. Порівняльний аналіз компонентів цих рівнянь за методом Потхоффа не виявляє важливих відмінностей за коефіцієнтами регресії як між професійними групами медичних сестер з урахуванням стажу, так і в групах відповідно до умов

професійної діяльності. Результати наведені у табл. 3.24 та графічно зображені на рис. 3.16–3.17.

За даними таблиці, у групі досліджуваних медсестер з досвідом професійної діяльності у звичайних умовах протягом трьох років стерігається тенденція до того, що в цих умовах значущість професійної реалізації хоч у слабшій мірі, але є протективним фактором щодо емоційної дисгармонійності, в іншій професійній групі така роль третьої компоненти повністю відсутня. Проте ці дані статистично неважливі ($p = 0,029$), якщо враховувати прийнятий нами досить жорсткий рівень α . щодо множинних рівнянь.

Таблиця 3.24.

Порівняльний аналіз регресивних рівнянь залежність емоційних дисгармоній від значущості професійної самореалізації

Стаж	Групи порівняння						Відмінності груп за B_0		Відмінності груп за B_1	
	Звичайні умови			Особливі умови			ΔB_0	p	ΔB_1	p
	B_0	B_1	R^2	B_0	B_1	R^2				
1 рік	3,856	-0,654	0,103	2,536	-1,315	0,201	-1,321	0,017	-0,661	0,187
3 роки	4,218	-1,410	0,339	6,394	-0,208	0,007	2,176	0,000	1,202	0,029
5 років	5,158	-0,656	0,099	6,769	-0,201	0,019	1,611	0,000	0,455	0,243

У свою чергу, відмінності за константами знайдені при порівнянні регресивних рівнянь, побудованих для підвбірок груп досліджувани медичних сестер, які мають один і три роки професійного стажу в особливих умовах виконання функціональних обов'язків та завдань інфекційної лікарні $\Delta B_0 = 3,858$; $p = 0,000$. А також для рівнянь, побудованих окремо для досліджуваних з одним роком стажу – $\Delta B_0 = 3,858$; $p = 0,000$ та досліджуваних зі стажем трьох років – $\Delta B_0 = 3,858$; $p = 0,000$.

Інтерпретація даних відмінностей має значення для порівняння підвбірок за емоційною дисгармонійністю з урахуванням контролюючого впливу другої компоненти. Таким чином, відчуття суб'єктивної значущості

самореалізації у професії захищає особистість медичних сестер від розвитку емоційних дисгармоній у звичайних та особливих умовах виконання ними своїх функціональних обов'язків. Цей вплив є слабким і тому властивий для всіх груп досліджуваних від одного до п'яти років стажу.

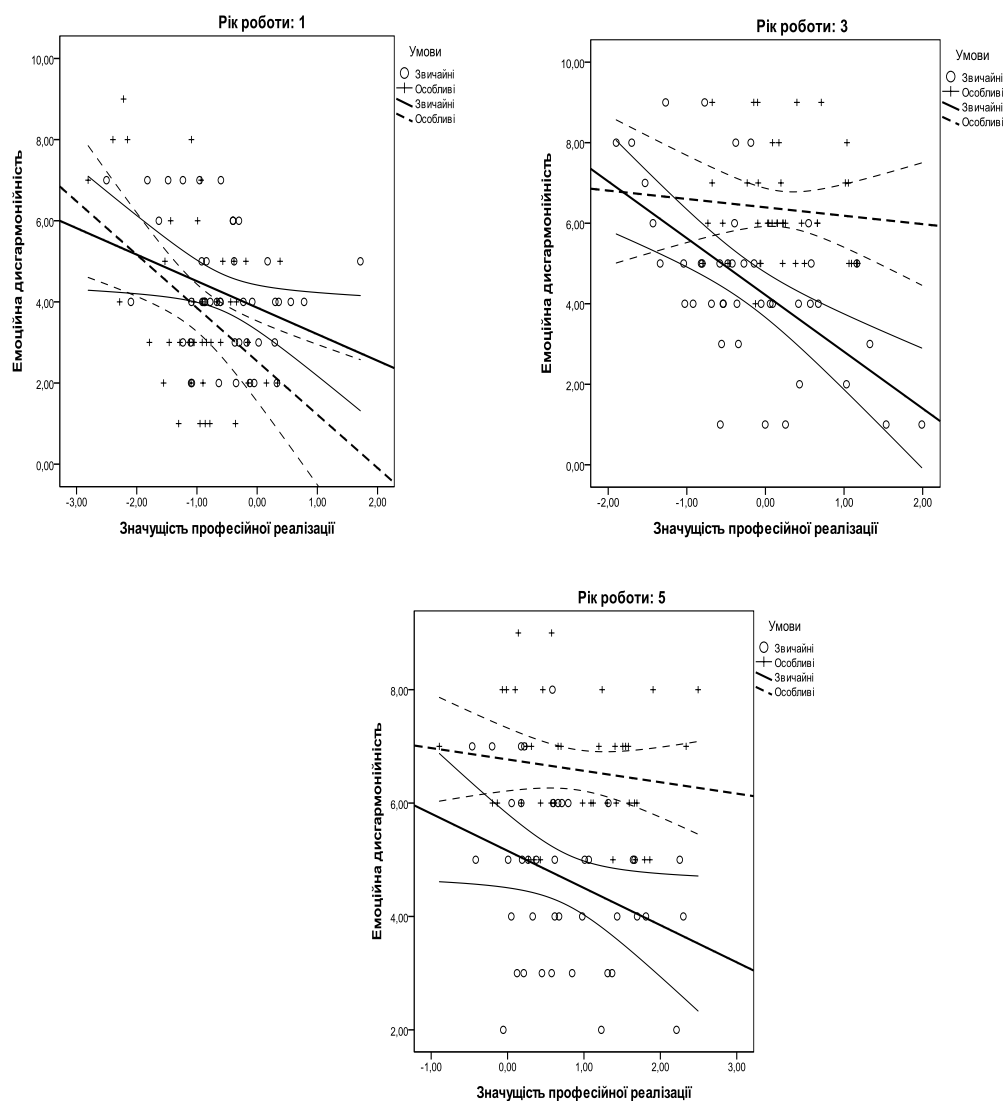


Рис. 3.16. Графіки регресійних рівнянь опису залежності емоційної дисгармонійності від значущості професійної самореалізації відповідно до стажу професійної діяльності

Описані вище тенденції простежуються і в результатах шкалювання за методикою вивчення кар'єрних орієнтацій «Якоря кар'єри». Більше того, для таких шкал, як «Стабільність роботи» й «Стабільність місця проживання» різниця між коефіцієнтами регресивних рівнянь у групах досліджуваних медсестер зі стажем роботи 3 роки, порівняння між професійними групами є статистично важливими – відповідно $\Delta B_1 = 0,953$,

$p = 0,008$ і $\Delta B_1 = 1,199$; $p = 0,003$. Тобто відчуття стабільності у професійній сфері є протективним фактором щодо емоційної дисгармонійності тільки в медсестер із дитячої лікарні – у іншій професійній групі така роль стабільності практично не виражена.

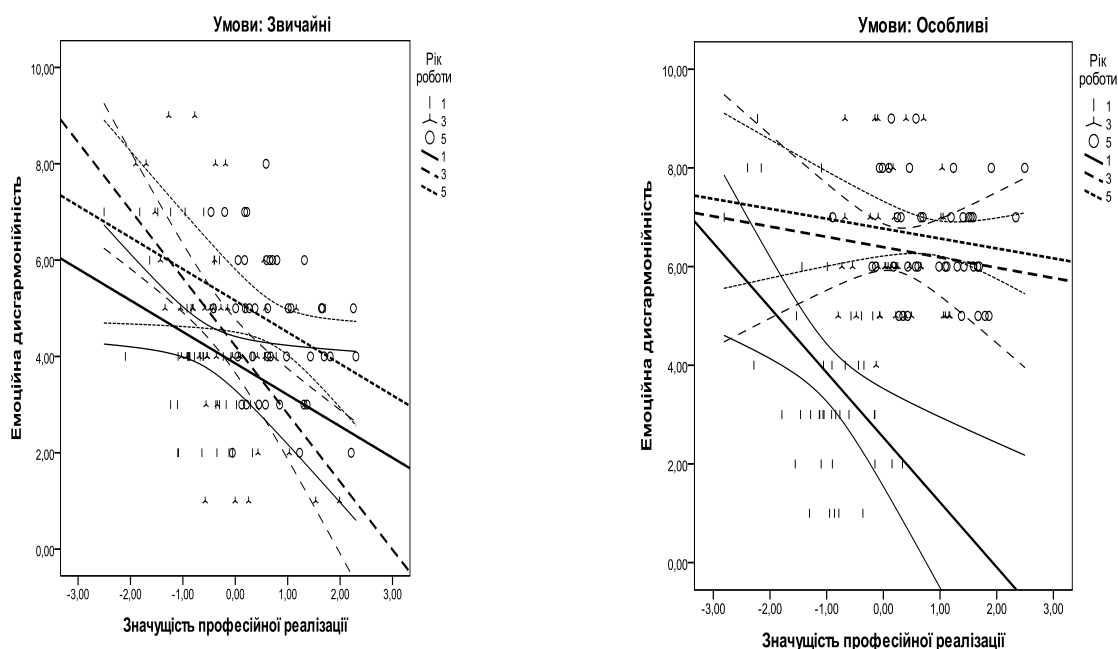


Рис. 3.17. Графіки регресійних рівнянь залежності емоційних дисгармоній від значущості професійної самореалізації відповідно до умов професійної діяльності

Першу головну компоненту «Здатність до адаптації» формують в основному показники «Тесту-опитувальника соціальної адаптації». Враховуючи, що даний опитувальник має свій сумарний показник – загальний показник адаптивності, виникає дилема: використати для подальшого аналізу цей показник чи значення першої компоненти? Оскільки кореляційний зв'язок між даними змінними сильний – $r = 0,701$; $p = 0,000$ – можна очікувати приблизно однакові «прояви» даних показників у регресійних рівняннях. Дійсно, як показник здатності до адаптації, так і загальний показник адаптації мали статистично неважливий вплив на емоційну дисгармонійність при аналізі усєї вибірки у цілому. Тому за основу було взято рівняння, у якому незалежною змінною є перша головна компонента:

$$\text{Емоційна дисгармонійність } R^2(0,203) = 5,000(0,000) - 0,157(0,203)$$

**Здатність до адаптації.*

За аналогією з попередніми прикладами побудовано регресійні рівняння для шести підвбірок та проаналізовано різницю між ними спочатку всередині груп відповідно до стажу, а потім всередині груп з урахуванням звичайних та особливих умов професійної діяльності. Порівняльний аналіз цих рівнянь у групах відповідно до стажу наведений у таблиці 3.25.

Таблиця 3.25

Порівняльний аналіз регресивних рівнянь залежності емоційних дисгармоній від здатності до адаптації відповідно до стажу професійної діяльності

Графічно показники з урахуванням стажу відображені на рисунку 3.18. Статистично значущі лише деякі показники були на рівні ($p < 0,05$).

Стаж	Групи порівняння						Відмінність груп за V_0		Відмінність груп за V_1	
	Звичайні умови			Особливі умови			ΔV_0	p	ΔV_1	p
	V_0	V_1	R^2	V_0	V_1	R^2				
1 рік	4,092	-0,241	0,019	3,827	0,020	0,000	-0,265	0,571	0,262	0,527
3 роки	4,422	-1,015	0,124	6,578	-0,640	0,178	2,155	0,000	0,375	0,422
5 років	4,983	-0,800	0,108	6,775	-0,280	0,136	1,792	0,000	0,520	0,185

Коефіцієнти регресії зі знаком мінус (-) у більшості рівнянь для підвбірок емпіричного дослідження, а також у рівнянні, побудованому в цілому для вибірки, вказують на протективну здатність до адаптації у співвідношенні до емоційних дисгармоній. Однак на всіх досліджених етапах в обох групах медсестер цей вплив дуже слабкий. У групі досліджуваних, які мають один рік професійного стажу, лінії регресії горизонтальні, що демонструє практично повну відсутність залежностей між досліджуваними змінними.

Відсутність статистично важливих відмінностей за коефіцієнтам регресії між професійними групами свідчить про відсутність впливу умов роботи на рівень залежності емоційної дисгармонійності від здатності до адаптації.

Наявність таких відмінностей за константами (поперековий зріз у групах із досвідом роботи три і п'ять років) доводить, що професійні групи можна відчутно диференціювати за наявністю емоційних дисгармоній, якщо за контролюючою змінною буде перша головна компонента.

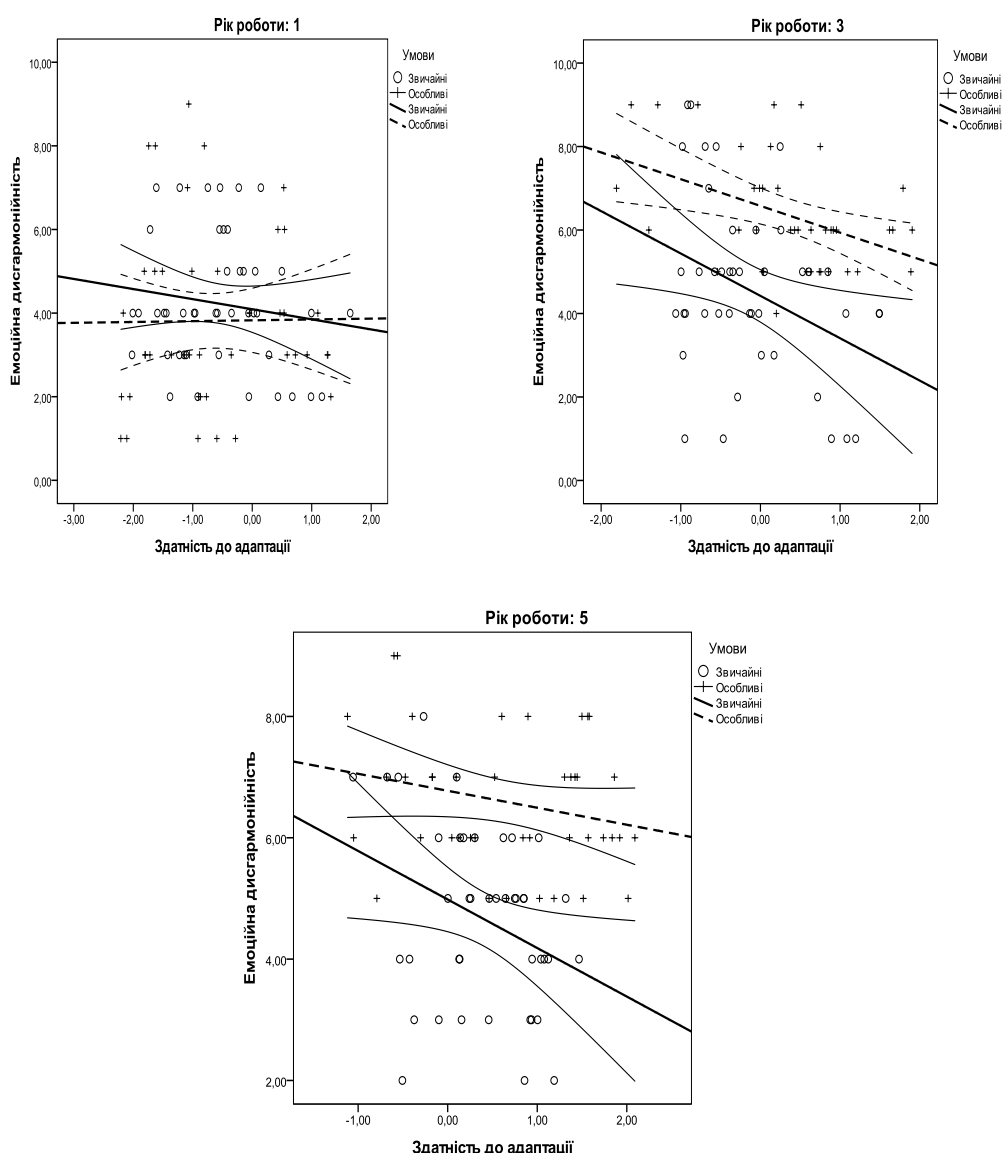


Рис. 3.18. Графіки регресивних рівнянь опису залежності емоційної дисгармонійності від здатності до адаптації відповідно до стажу професійної діяльності

На рис. 3.19 графічно репрезентовані регресійні рівняння залежності емоційної дисгармонії від здатності до адаптації у професійних групах. Якщо

у медсестер, які працюють в особливих умовах, ні коефіцієнти регресії, ані константи рівнянь суттєво не відрізняються, то у їх колег виявлені статистично важливі відмінності за константою. Описане вище стосується порівняння груп досліджуваних, які мають один і три роки стажу, де $\Delta B_1 = 2,750$; $p = 0,000$. Відповідно, з урахуванням введення здатності до адаптації як контролюючої змінної емоційна дисгармонійність здатна диференціювати у досліджуваній групі з досвідом роботи один і три роки.

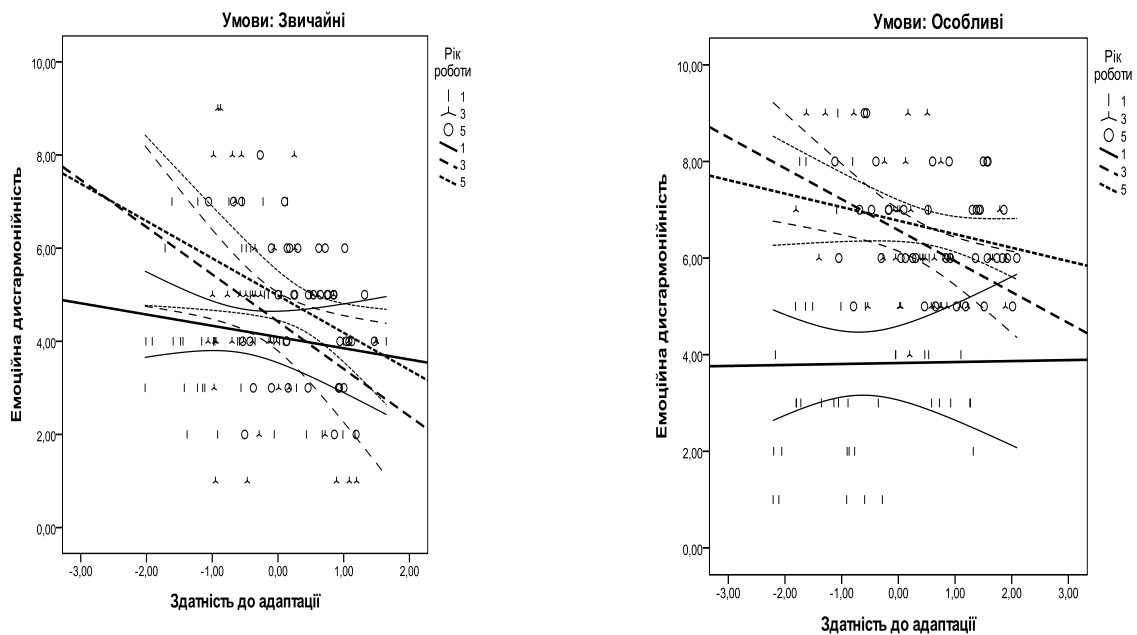


Рис. 3.19. Графіки регресивних рівнянь опису залежність емоційної дисгармонійності від здатності до адаптації відповідно до умов професійної діяльності

Значущі відмінності у константах рівнянь, описані для першої головної компоненти, характеризували й більшість порівнянь за методом Поттхоффа, незалежними змінними були окремі шкали «Тесту-опитувальника соціальної адаптивності». Також дві окремі шкали опитувальника, включені до регресивного рівняння, – «Широта охоплення сигналів соціуму» і «Готовність до досягнення мети», демонструють відмінності за коефіцієнтами регресії, при порівнянні моделей для підвбірок досліджуваних груп з роком та трьома роками стажу. Як зображено на рисунку, в обох випадках лінія регресії для групи першого року стажу більш «похила».

Таким чином, у медичних сестер, чия діяльність триває в умовах дитячої лікарні, зі збільшенням стажу посилюються емоційні дисгармонії через протективний вплив широти поля сприйняття особистістю нової чи неочікуваної соціальної ситуації, що, в цілому, забезпечує адекватне, вичерпне уявлення про адаптаційну ситуацію – $\Delta B_1 = -2,818$; $p = 0,001$. Для тих досліджуваних, чия діяльність триває в особливих умовах, зі збільшенням стажу роботи посилюється захисний механізм особистості щодо емоційних дисгармоній за допомогою ефективної, продуктивної поведінки в адаптаційній соціальній ситуації, активності у процесі реалізації значущих цілей з урахуванням поточних змін та умовах невизначеності розвитку подій – $\Delta B_1 = -1,697$; $p = 0,008$.

За результати емпіричного дослідження психологічних індивідуально-особистісних особливостей медичних сестер з'ясовано, що найбільший вплив на зниження проявів їх емоційних дисгармоній має здатність до інтерналізації й усвідомлення життєвих подій. При цьому в групах медичних сестер зі стажем професійної діяльності три і п'ять в умовах інфекційної лікарні ця здатність як протективного фактору суттєво зменшується порівняно з тими, хто працює в умовах дитячої лікарні.

Вплив інших особистісних факторів – здатності до адаптації й значущості професійної самореалізації – на емоційну дисгармонійність зменшується. Для досліджуваних груп сестер медичних, чия професійна діяльність реалізується в умовах дитячої лікарні, зі збільшенням стажу емоційні дисгармонії посилюються через протективний вплив діапазону охоплення сигналів соціуму в актуальній адаптаційній ситуації. У групі досліджуваних медсестер інфекційної лікарні у той же термін посилюється здатність протидії емоційним дисгармоніям за допомогою процесу професійної реалізації. Відчуття стабільності у професійній сфері є протективним фактором емоційних дисгармоній тільки у групі медичних сестер з дитячої лікарні – в іншій професійній групі така роль стабільності практично не виражена.

3.3. Емоційні дисгармонії як чинник формування емоційного вигорання особистості медичних сестер в умовах їх професійної діяльності

Розглядаючи емоційні дисгармонії як один з факторів формування емоційного вигорання особистості медичних сестер в умовах їх професійної діяльності, можна гіпотетично допустити, що психологічний конструкт емоційної дисгармонійності певною мірою опосередковує вплив особистісних чинників, умов та стажу професійної діяльності на емоційне вигорання, тому необхідно розглядати даний конструкт одним із чинників формування цього психологічного стану. У даному підрозділі за допомогою простої лінійної регресії й методу Поттхоффа оцінюється вплив емоційних дисгармоній на розвиток емоційного вигорання. Розглядаючи емоційне вигорання як форму професійної деформації особистості (за В. Бойко) або ж як повний регрес професійного розвитку (К. Муздибаєвим [135]), було визначено однією з передумов його розвитку емоційну дисгармонійність. Лінійне регресивне рівняння, побудоване для всієї вибірки, доводить, що цей вплив на сумарний показник модифікованого опитувальника Є.П. Ільїна «Емоційне вигорання» є статистично важливим:

$$\text{Сума з вигорання } R^2(0,000) = 30,594(0,000) - 3,773(0,000)$$

**Емоційна дисгармонійність.*

Наведене рівняння пояснює 15,224% дисперсії незалежної змінної і підтверджує той факт, що частка впливу інших неврахованих факторів на формування вигорання є значною. Проте окремі шкали опитувальника «Емоційного вигорання» віднаходять більш високий коефіцієнт детермінації при аналізі усієї вибірки. Результати шкалювання наведені у таблиці 3.26.

Як свідчать показники, репрезентовані в таблиці, найбільшого впливу з боку емоційних дисгармоній зазнають такі компоненти вигорання, як емоційна й особистісна відстороненість. Так, в досліджуваних групах медичних сестер регресивний розвиток особистості пов'язаний з умовами професійної діяльності, передумовою якого є наявність емоційних

дисгармоній, котрі у процесі виконання функціональних обов'язків і завдань реалізуються відповідно до тенденцій синдрому вигорання:

- прагнення виключення емоцій зі сфери професійної діяльності;
- звуження кола взаємодії як позитивного, так і негативного, що викликає емоційний відгук, «хвилювання» особистість;
- повна чи часткова втрата інтересу до суб'єкта професійної дії, ігнорування його або ставлення до нього як до об'єкта для маніпуляцій;
- зміни установок, принципів і системи цінностей особистості, що проявляються у формуванні деперсоналізаційного захисного емоційно-вольового антигуманістичного налаштування.

Таблиця 3.26.

Параметри лінійних регресивних моделей з незалежною змінною емоційних дисгармоній відповідно до шкали опитувальника «Емоційного вигорання»

Залежна змінна	Константа		Коефіцієнт регресії		R ²	Регресивна модель	
	B ₀	p	B ₁	p		F	p
Незадоволеність собою	6,040	0,000	0,708	0,000	0,086	23,595	0,000
Загнаність у клітку	7,597	0,000	0,682	0,000	0,075	20,373	0,000
Редукція професійних обов'язків	6,424	0,000	0,669	0,000	0,110	31,078	0,000
Емоційна відстороненість	5,496	0,000	0,869	0,000	0,155	46,359	0,000
Особистісна відстороненість	4,663	0,000	0,989	0,000	0,183	56,436	0,000

Описані симптоми не є вихідним дефектом емоційної сфери і не виступають ознакою ригідності, а слугують набутиим за роки виконання функціональних обов'язків та завдань емоційного захисту. Медичні сестри поступово вчиться працювати автоматично, хоча за інших умов їй властиві як позитивні, так і негативні емоції.

У процесі емпіричного дослідження групи медичних сестер в умовах їх професійної діяльності віднаходять своє підтвердження наукові погляди В. Бойка [27] стосовно того, що реагування без почуттів та емоцій найбільш яскравий симптом «вигорання», котрий свідчить про наявність професійної деформації особистості. Доречно акцентувати увагу на тому, що за умови «емоційного вигорання» у процесі спілкування особистість переживає переживає виявлену до неї байдужість і може бути глибоко травмованою. Особливо небезпечною є демонстративна форма емоційної відстороненості, коли в умовах виконання своїх функціональних обов'язків медичні сестри усім своїм виглядом демонструють цілковито байдуже ставлення як до кола професійної взаємодії, так і до пацієнта. За таких умов медичні сестри вважають свою професію нецікавою, без задоволення і без соціальної значущості.

Так, у процесі дослідження було побудовано шість лінійних рівнянь відповідно до шести підвибірок. Порівняльний аналіз показників відповідно до стажу професійної діяльності особистості медичної сестри наведений у таблиці 3.27 і графічно зображений на рис. 3.20. Побудовані рівняння були статистично значущими ($p < 0,05$).

Таблиця 3.27

Порівняльний аналіз регресивних рівнянь опису залежність сумарного показника вигорання від емоційної дисгармонійності досліджуваних відповідно до стажу професійної діяльності

Стаж	Групи порівняння						Відмінність груп за B_0		Відмінність груп за B_1	
	Звичайні умови			Особливі умови			ΔB_0	p	ΔB_1	p
	B_0	B_1	R^2	B_0	B_1	R^2				
1	30,788	0,461	0,005	40,873	-0,052	0,000	10,085	0,051	-0,513	0,643
3	29,663	2,467	0,128	43,355	3,432	0,043	13,692	0,383	0,965	0,706
5	39,548	4,872	0,214	47,369	1,544	0,021	7,821	0,582	-3,328	0,153

Слід зазначити, що стосовно усіх досліджуваних стажевих періодів вагомих відмінностей між професійними групами не знайдено. Тобто умови роботи не справляють статистично значимих впливів на взаємозв'язок між емоційною дисгармонійністю й сумарним показником емоційного вигорання медичних сестер у процесі їх професійної діяльності, безпосередньо при виконанні функціональних обов'язків і завдань.

Графічно відтворені відмінності показників досліджуваних груп з урахуванням стажу професійної діяльності медичних сестер.

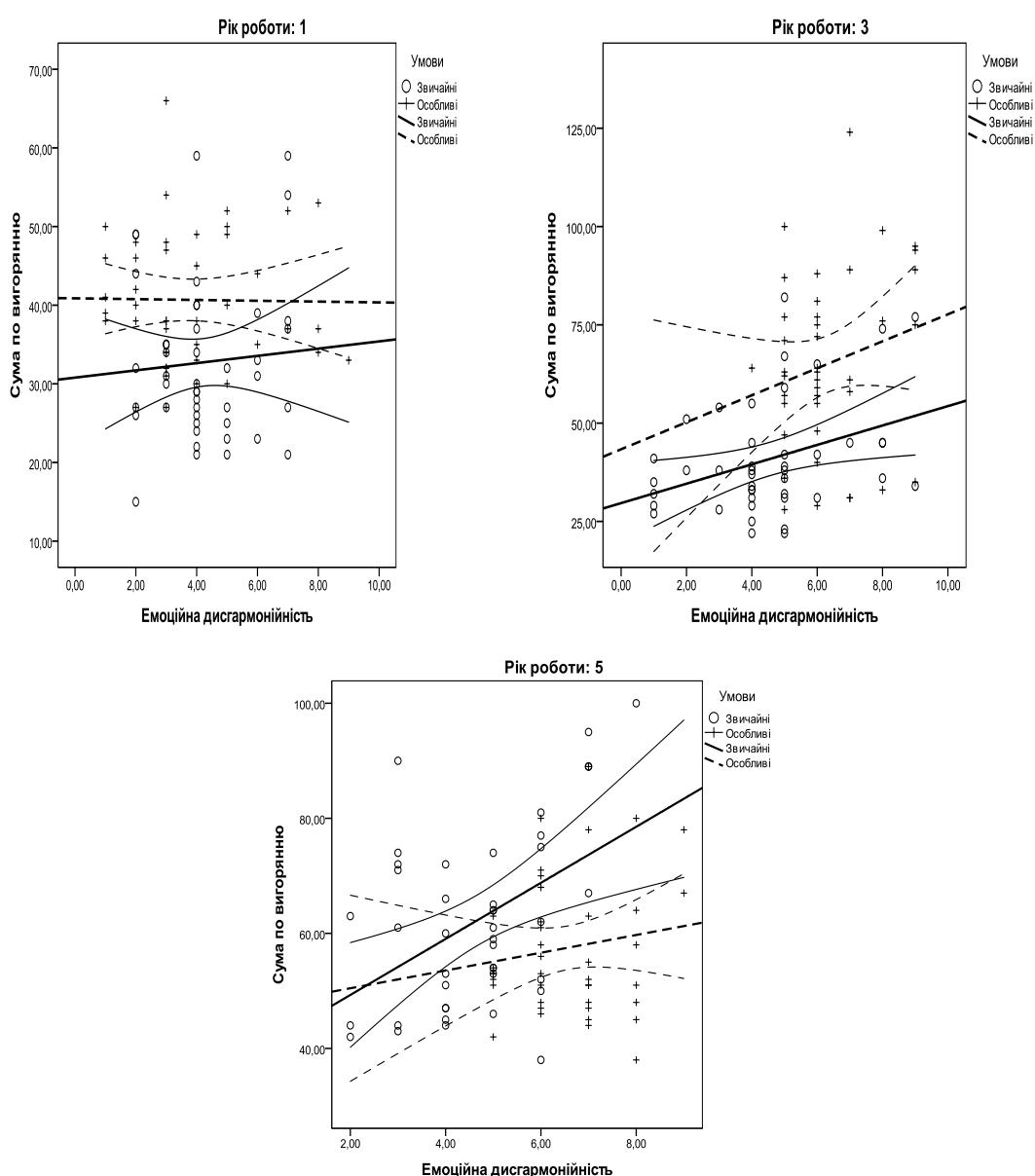
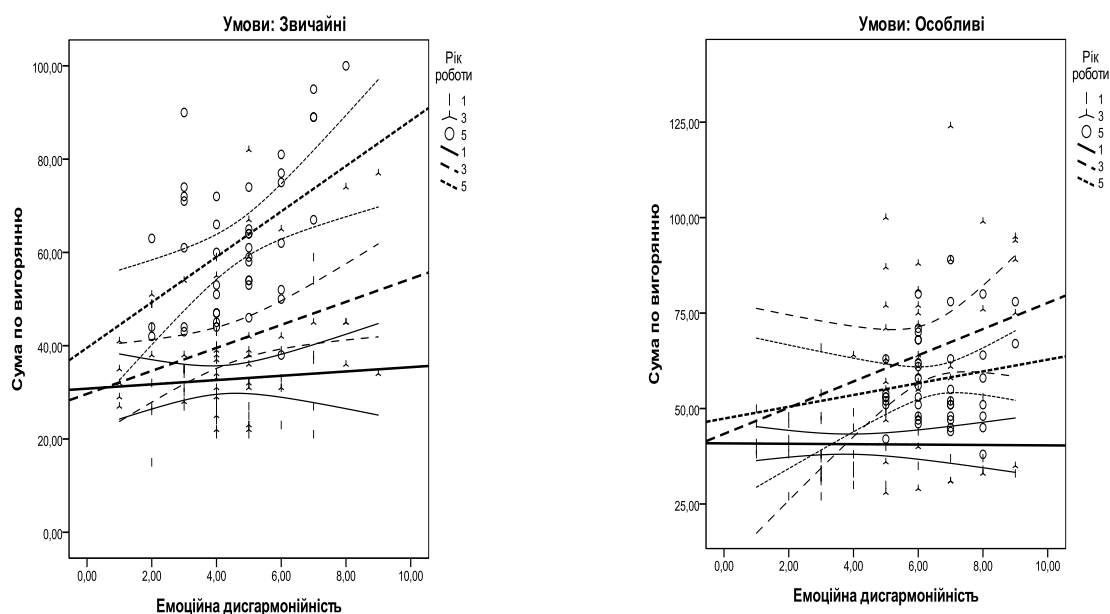


Рис. 3.20. Графіки регресивних рівнянь залежності сумарного показника вигорання від емоційних дисгармоній залежно від стажу роботи

Аналогічно при порівнянні параметрів регресивних рівнянь всередині професійних груп не вважаються статистично важливими ($p < 0,01$) відмінності між групами медсестер, які мають стаж професійної діяльності один, три роки і п'ять років відповідно. На рис. 3.21 простежується, що зі збільшенням стажу професійної діяльності медичних сестер дитячої лікарні спостерігається суттєве збільшення кута нахилу лінії регресивного рівняння.



Рим. 3.21. Графіки регресивних рівнянь залежності сумарного показника вигорання від емоційних дисгармоній відповідно до умов професійної діяльності

Результати, отримані за методом Поттхоффа, свідчать, що при порівнянні коефіцієнтів регресії між групами медсестер зі стажом професійної діяльності один і п'ять років у звичайних умовах дана відмінність є статистично значущою – $\Delta B_1 = 4,411$; $p = 0,010$. Через стандартизований коефіцієнт регресії β величина досліджуваного ефекту для «фіктивної» змінної склає 0,573 - стандартизований коефіцієнт β варіюється у межах від 0 до 1. Включення даного парне порівняння до аналізу дає збільшення вірогідності віднайдення важливої відмінності відповідно до порігу $\alpha < 0,01$.

Отримані результати підтверджують, що емоційні дисгармонії має статистично важливий вплив на розвиток синдрому емоційного вигорання.

Так, якщо в групі медичних сестер інфекційної лікарні практично не простежуються зміни відповідно до стажу професійної діяльності, то в групах медичних сестер за звичайних умов діяльності з урахуванням їхнього стажу відбувається поступове зростання впливу дисгармоній на вигорання. Звертає на себе увагу те, що саме в звичайних умовах більш тривалий професійний досвід посилює взаємозв'язок між дисгармоніями й вигоранням, тоді як в особливих умовах – такі тенденції не спостерігаються.

Описана вище картина характерна і для таких окремих шкал опитувальника вигорання, як-то: «Редукція професійних обов'язків» і «Емоційна відстороненість». І у першому, і в другому випадках ефект включення стажу при порівнянні показників у підвбірках медсестер, зайнятих у звичайних умовах діяльності зі стажем один чи п'ять років, був сильнішим ніж за участі інтегральної величини як незалежної змінної – $\Delta B_1 = 1,362$; $p = 0,004$; $\beta = 0,748$ і $\Delta B_1 = 1,475$; $p = 0,001$, $\beta = 0,826$.

Потенційний вплив стажу на досліджувану регресивну модель значно зростав у період з першого по третій рік стажу професійної діяльності у випадку, якщо залежними змінними були показники методики діагностики емоційного вигорання В. Бойка «Емоційна відстороненість» – $\Delta B_1 = 1,362$; $p = 0,004$, $\beta = 0,748$; «Особистісна відстороненість» – $\Delta B_1 = 0,796$; $p = 0,001$; $\beta = 0,738$. При порівнянні показників діяльності у звичайних умовах між підвбірками досліджуваних медсестер зі стажем роботи три і п'ять років значущі відмінності у коефіцієнтах регресії були отримані для такої окремої шкали, як «Незадоволеність собою» – $\Delta B_1 = 1,162$; $p = 0,010$; $\beta = 0,649$.

Таким чином, очевидною є гетерохронність у динаміці змін впливу емоційних дисгармоній на компоненти емоційного вигорання медичних сестер відповідно до стажу їх професійної діяльності. Не дивлячись на те, що при збільшенні стажу виконання функціональних обов'язків і завдань цей вплив стає сильнішим, для різних компонентів вигорання він має свою специфіку. У групах досліджуваних зі стажем роботи один і три роки найбільш сильно наростає вплив дисгармоній на емоційну й особистісну

відстороненість. Вказаний етап для досліджуваної вибірки, вочевидь, пов'язаний із пошуком балансу між сферами особистісних відносин і професійної діяльності. У групах медсестер зі стажем професійної діяльності три і п'ять років спостерігається наростання впливу дисгармоній на незадоволеність собою, при цьому суб'єктивної значущості набуває оцінка власних професійних досягнень.

За результатами емпіричного дослідження психологічних дисгармоній особистості медичних сестер зі стажем професійної діяльності в особливих умовах від одного до п'яти років доведено, що спостерігається поступове наростання редуції функціональних обов'язків і емоційної відстороненості, а також загального показника вигоряння. Дані тенденції проявляються тільки у медсестер дитячої лікарні, тобто, чим довше триває їх професійна діяльність (принаймні, протягом перших п'яти років), тим більшою є вірогідність виникнення симптомів професійного вигорання, що спостерігаються у них, обумовлених емоційними дисгармоніями. У групи досліджуваних медичних сестер інфекційної лікарні значущих відмінностей регресійних рівнянь щодо залежності сумарного показника вигорання від емоційної дисгармонійності не знайдено. Рівень, у якому емоційна дисгармонійність детермінує процес вигорання, не змінюється зі стажем.

У попередніх підрозділах операціоналізувався конструкт емоційних дисгармоній, аналізувалось формування даного феномену в залежності від різних факторів – особистісних, умов та стажу професійної діяльності, а також їх вплив на емоційне вигорання медсестер. З огляду на це, доцільним було дослідження та моделювання взаємодії вище зазначених параметрів за допомогою лінійних регресивних рівнянь.

Концептуальна схема дослідження передбачала як статичну, так і динамічну модель. Кожна модель подано у вигляді пугівної діаграми, у якій прямокутники відповідають безпосередньо вимірюваним змінним, а кола відповідають змінним, які безпосередньо в дослідженні не вимірювались. Односпрямовані стрілки відповідають регресійним зв'язкам, двоспрямовані –

коваріаціям чи кореляціям. Числові значення на путівній діаграмі – стандартизовані оцінки: стандартизовані регресивні коефіцієнти над односпрямованими стрілками, коефіцієнти парної кореляції над двоспрямованими стрілками, коефіцієнти детермінації над залежними змінними.

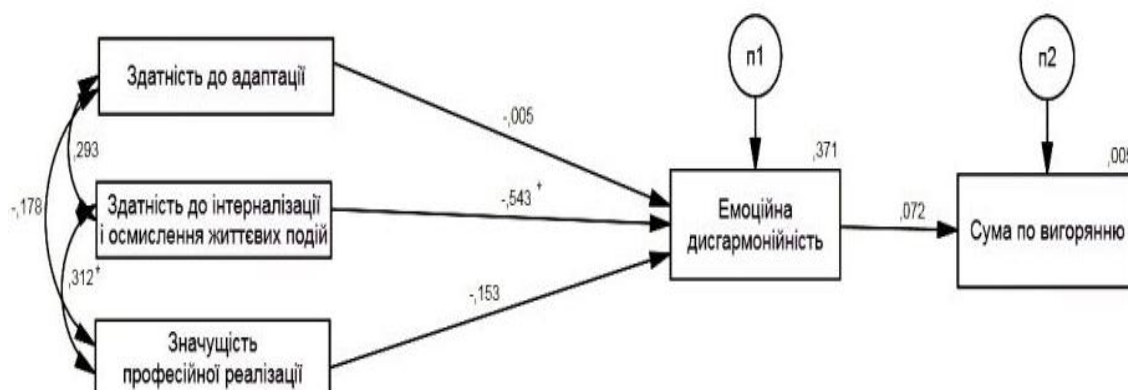
Для кожної залежної змінної, окрім спільної частини, котра визначається ваговим внеском, що детермінує її відомі незалежні змінні, є ще й специфічність, яка в моделі не була обчислена, але виражається остаточною змінною. Вона визначає вплив факторів, які не враховуються у моделі, та похибку. Її включення забезпечує повноту моделі. За твердженням [129], остаточні компоненти виносяться за межі аналізованої моделі й не включаються до інтерпретації. [129]. На рисунках вони позначені буквою «п» від українського слова «похибка» із відповідною цифрою.

Статична модель ілюструє структурні взаємозв'язки між зазначеними факторами. Динамічну взаємодію досліджуваних психологічних параметрів подано в координатах показників «стаж» та «умови діяльності». Окрім того, для кожної підвибірки, отриманої шляхом перетину цих показників, будується субмодель, яка розкриває зв'язки між особистісними параметрами, емоційною дисгармонійністю та емоційним вигоранням. Завдяки порівнянню субмоделей у динаміці розкриваються структурні взаємодії між параметрами.

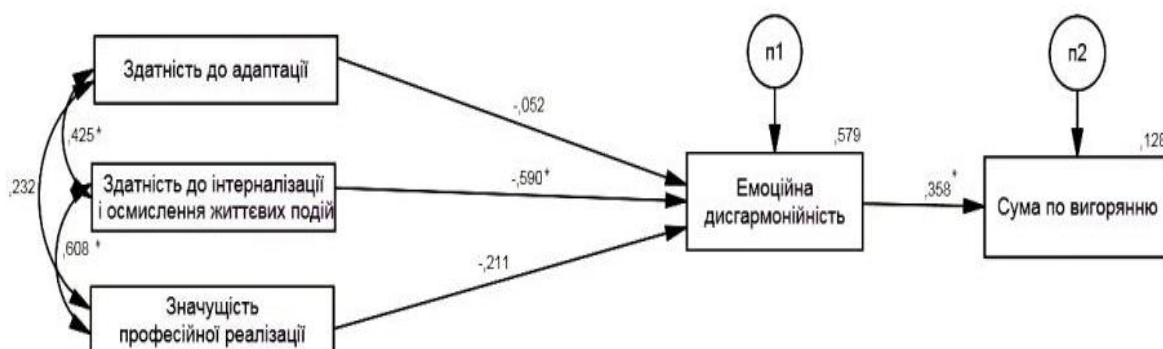
Так, на рис. 3.22 репрезентовано путівну діаграму, що ілюструє взаємодію між показниками емоційної дисгармонії, емоційного вигорання й індивідуально-особистісних особливостей групи медсестер із різним стажем професійної діяльності у звичайних умовах. Особистісні особливості включають в себе три головні компоненти, виокремлені у процесі компонентного аналізу 35 особистісних показників.

У результаті збільшення стажу зростає й коефіцієнт детермінації для залежної змінної «Сума вигорання», з $R^2 = 0,005$ до $R^2 = 0,214$. При цьому здатність незалежних змінних описує дисперсію показника емоційного

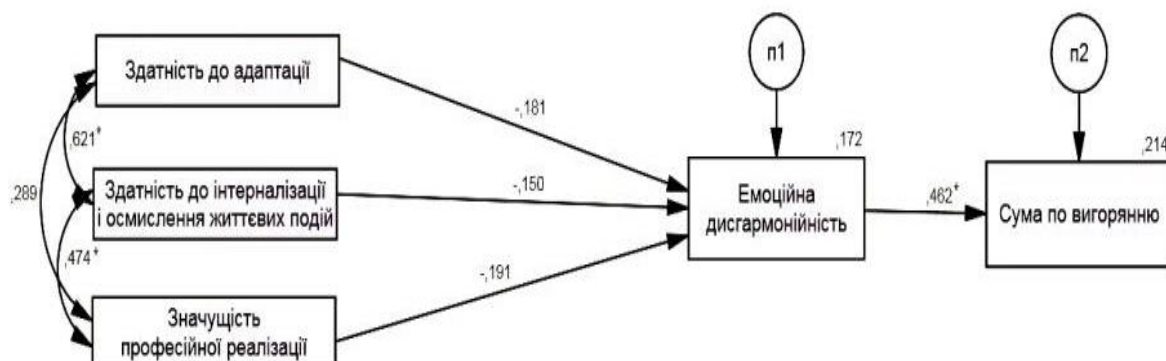
вигорання, який є мінімальним у групі досліджуваних зі стажем професійної діяльності п'ять років.



Стаж 1 рік



Стаж 3 роки



Стаж 5 років

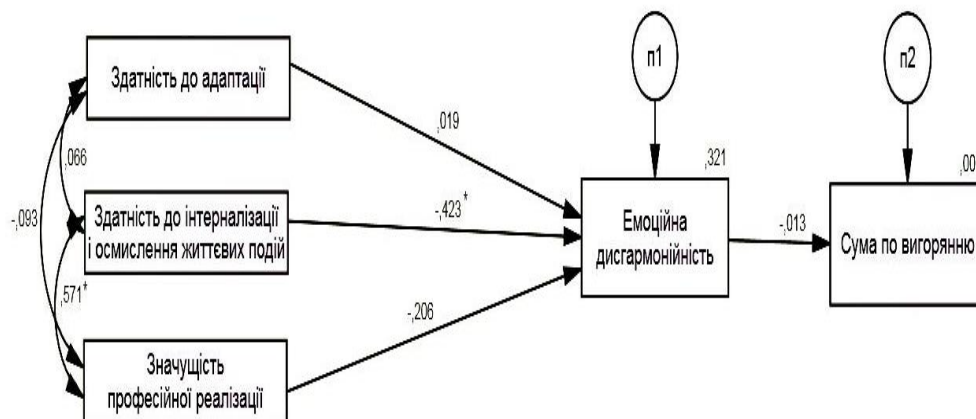
Рис. 3.22. Путівна діаграма взаємин між показниками емоційної дисгармонійності, емоційного вигоряння й особистісних особливостей у медсестер з різним стажем роботи в звичайних умовах

Примітка 1: Нулі перед комами опущені.

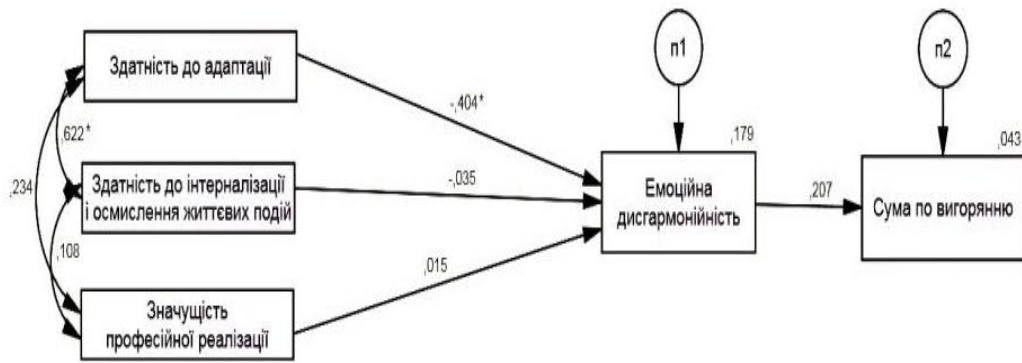
Примітка 2: Знаком * позначені статистично значимі коефіцієнти ($p < 0,05$).

Відповідно, на вказаному етапі професійної діяльності з'являються фактори не включені в модель, проте вони мають вплив на емоційну дисгармонійність, а через неї і на вигоряння. Особистісний фактор, відображений компонентою «Здатність до інтерналізації й осмислення життєвих подій», має більший вплив на дисгармонійність порівняно з іншими в групах досліджуваних з одним і трьома роками стажу і втрачає статистичну значущість свого впливу (у множинній регресійній моделі) у групі медичних сестер зі стажем п'ять років. При цьому кореляції між незалежними змінними практично не змінюються. В цілому модель ілюструє, що на всіх етапах вплив усіх особистісних факторів на емоційні дисгармонії є зворотним, таким, що захищає особистість від даного деструктивного процесу. А вплив емоційної дисгармонійності на вигоряння є прямим, таким, що сприяє формуванню даного синдрому.

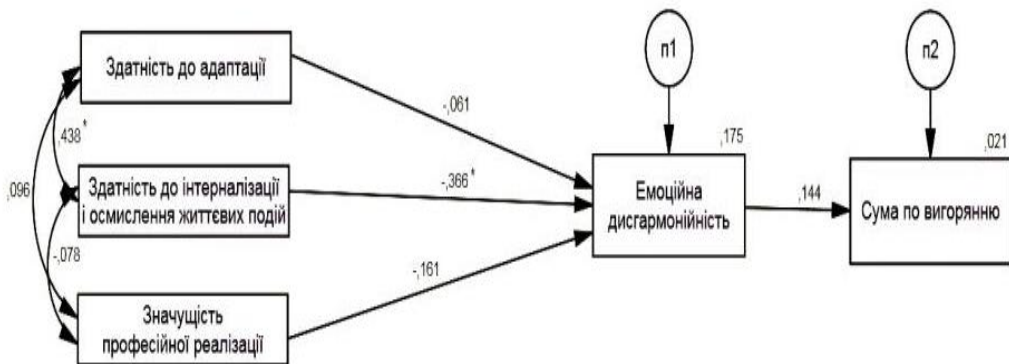
Аналогічну путівну діаграму було змодельовано для групи досліджуваних медсестер, які працюють в особливих умовах, і подано для наочності на Рис. 3.23.



Стаж 1 рік



Стаж 3 роки



Стаж 5 років

Рис. 3.23. Путьна діаграма взаємодії між показниками емоційної дисгармонійності, емоційного вигорання й особистісних особливостей у медсестер із різним стажем роботи в особливих умовах

Примітка 1: Нулі перед комами опущені.

Примітка 2: Знаком * позначені статистично важливі коефіцієнти ($p < 0,05$).

У моделях відтворено визначну роль спроможності до інтерналізації й осмислення життєвих подій у захисті особистості від розвитку емоційної дисгармонійності.

Проте доречно зазначити, що у групі досліджуваних медичних сестер зі стажем три роки професійної діяльності основним протективним впливом виявляється особистісний фактор, представлений головною компонентою «Здатність до адаптації». Встановлено, що даний етап є критичним для подальшої взаємодії особистості з професійним середовищем в особливих

умовах діяльності – особистість змушена активно протидіяти регресивному впливу у процесі професійної самореалізації. Окрім того, детермінація показника вигорання з боку емоційних дисгармоній у досліджуваних з різним стажем діяльності є досить слабкою. Таким чином, є необхідність у розширенні спектру психологічних методик для дослідження описаних феноменів у середнього медичного персоналу інфекційної лікарні.

Також необхідно згадати про те, що кореляції між незалежними змінними досить мінливі у процесі стажевих змін. Так, у групі першого і п'ятого років стажу статистично важливими є кореляції між здатністю до інтерналізації й усвідомлення життєвих подій та значимістю професійної реалізації. Тоді як у групі третього року стажу значимою є кореляція між здатністю до інтерналізації й осмислення життєвих подій і здатністю до адаптації. Це ще раз підкреслює ключову роль третього року стажу у професійному становленні медсестер, що працюють в особливих умовах.

На рис. 3.24 графічно подана півна діаграма, яка концептуалізує гіпотезу дослідження: особистісні параметри, стаж та особливості умов професійної діяльності впливають на розвиток особистісних емоційних дисгармоній, які у процесі зростання стажу стають передумовами розвитку синдрому емоційного вигорання. Іншими словами, ця діаграма ілюструє структурну взаємодію основних параметрів (статична модель).

На рисунку чітко простежується, що стаж і умови професійної діяльності завдають як прогресивного, так і регресивного впливу на особистість. Характеристиками прогресивного розвитку особистості в професії є такі особистісні особливості як інтернальність, осмисленість життя, широта й вираженість кар'єрних орієнтацій, комунікативність, соціальна адаптивність. Досліджуваною характеристикою регресивного розвитку є емоційна дисгармонійність, тому регресивні рівняння, в яких показники стажу й умов роботи брали участь як незалежні змінні, були піддані категоріальній трансформації, що дозволило виконувати порівняння усіх обчислених у моделі стандартизованих коефіцієнтів регресії.

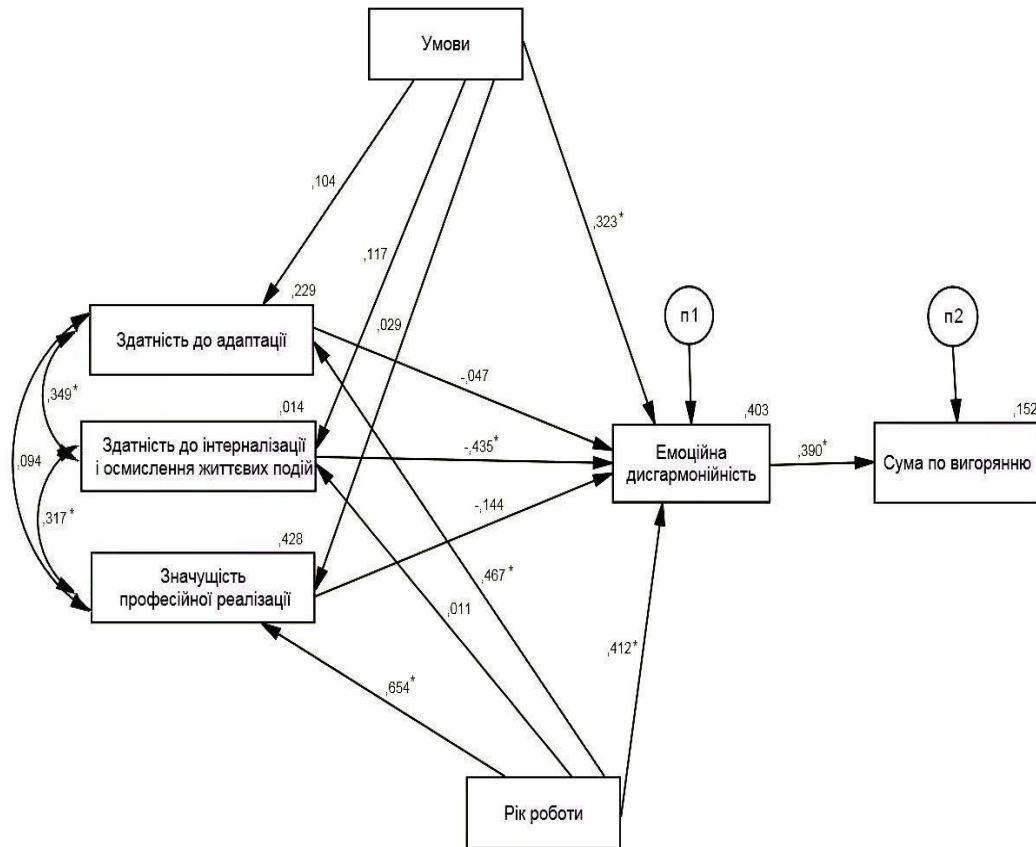


Рис. 3.24 Путівна діаграма взаємодії між показниками емоційної дисгармонійності, емоційного вигорання, особистісними особливостями, умовами професійної діяльності й стажем роботи. Стандартизовані коефіцієнти

Примітки 1: Нулі перед комами опущені.

Примітки 2: Знаком * позначені статистично значущі коефіцієнти ($p < 0,05$).

Таким чином, стаж професійної діяльності має значний вплив з одного боку на такі особистісні особливості, як спроможність до адаптації й значущість професійної реалізації, з іншого – на емоційні дисгармонії, тоді як умови діяльності – тільки на показник дисгармоній. Відзначається статистична важливість позитивних кореляційних взаємозв'язків здатності до інтерналізації й усвідомлення життєвих подій з двома іншими параметрами особистісних якостей. Тим самим, акцентується увага на тому, що наростання характеристик прогресивного професійного розвитку – здатність до адаптації й значимість професійної реалізації – з урахуванням стажу професійної діяльності супроводжується розвитком здатності до інтерналізації й осмислення життєвих подій. Останній параметр є найбільш активним серед індивідуально-особистісних факторів, які мають

протективний вплив на виникнення емоційних дисгармоній, і протидіє формуванню даної риси у медичних сестер. Модель підтверджує, що вплив усіх особистісних факторів на емоційну дисгармонійність можна розглядати як такий, що захищає особистість від даного деструктивного процесу, тоді як вплив емоційних дисгармоній на вигоряння сприяє формуванню даного синдрому.

У цілому наведена модель пояснила більш 40% дисперсії інтегрального показника емоційних дисгармоній. Це означає, що частка варіацій незалежних змінних є меншою порівняно із рештою неврахованих у моделі факторів, які впливають на зміни результативного показника., проте вона є достатньо високою. У свою чергу, хоча вигорання й віднаходило залежність від емоційної дисгармонійності, дана залежність була помірною і підтверджувала, що емоційні дисгармонії серед низки інших факторів є передумовами розвитку синдрому вигорання.

Як було зазначено в попередніх підрозділах, для оцінки конструкту емоційної дисгармонійності було використано Фрайбурзький особистісний опитувальник. Інтегральний показник розраховувався з урахуванням показників восьми шкал опитувальника за формулою визначення суми добутків значень кожного показника та їх вагових коефіцієнтів:

$$\begin{aligned} & (\text{Дратівливість}) * 0,829 + (\text{Емоційна лабільність}) * 0,796 + \\ & + (\text{Спонтанна агресивність}) * 0,791 + (\text{Невротичність}) * \\ & * 0,790 + (\text{Депресивність}) * 0,707 + (\text{Екстраверсія-інтроверсія}) * 0,699 + \\ & + (\text{Реактивна агресія}) * 0,671 + (\text{Сором`язливість}) * 0,616. \end{aligned}$$

Загальний обсяг даної методики становить 114 тверджень, що ускладнює її використання як інструменту експрес-діагностики для оцінки емоційних дисгармоній особистості медичних сестер у процесі їх професійної діяльності. З огляду на вище зазначене, доцільним було створення опитувальника, який на підставі невеликої кількості тверджень, дозволяв би із достатньою точністю оцінити виявлений психологічний конструкт.

Опитувальник представляє собою одновимірну шкалу, результати опитуваних за якою високо корелюють з інтегральним показником емоційних дисгармоній особистості. Окрім того, пункти-твердження, що входять до складу шкали, повинні відображають досліджуваний конструкт емоційних дисгармоній як на змістовному, так і психометричному рівнях. Це означає, що кожен з пунктів описує той чи інший прояв емоційних дисгармоній і при цьому має статистично значущий взаємозв'язок з інтегральним показником. Необхідною умовою застосування даного опитувальника також є його внутрішня узгодженість, що розраховується за допомогою коефіцієнту α Кронбаха.

На першому етапі із загальної кількості пунктів, які входили до складу застосовуваних методик – кількість аналізованих пунктів склало 329, – було обрано ті, стосувалися обраного конструкту. Таких тверджень налічувалося 107: три з «Тесту смисложиттєвих орієнтацій», два з опитувальника «Рівня суб'єктивного контролю», сімнадцять із «Тесту-опитувальника соціальної адаптивності», вісімдесят п'ять із Фрайбурзького особистісного опитувальника.

Відповіді на кожне з тверджень за необхідністю дихотомізувались. Тобто, якщо опитувальник мав тільки оцінки тверджень за двома варіантами: «Згоден» та «Не згоден», то шкала відповідей не змінювалася. Якщо ж передбачалася велика варіативність відповідей, то вони зводилися до двох вище названих варіантів. На другому етапі з цих пунктів було виокремлено тільки 20 статистично значущих, де $p < 0,05$, взаємопов'язаних з інтегральним показником емоційних дисгармоній. Перелік цих тверджень разом з отриманими результатами наведено у таблиці 3.27.

Рівень вираження зв'язку оцінювався за допомогою η -коефіцієнта кореляції, який, як зазначають Й. Фаренберг і Р. Хампель [229], «описує взаємозв'язок між інтервальною і дихотомічною величиною. Твердження в таблиці відібрані за величиною η -коефіцієнту кореляції».

Таблиця 3.27.

Пункти опитувальників, пов'язані з показником емоційних дисгармоній
особистості медичних сестер

Твердження	Тест	Шкала	Напрямок зв'язку	η
1	2	3	4	5
Часом я відчуваю, що мені бракує повітря, ніби після виконання важкої роботи	FPI	Невротичність	+	0,124
Намагаюся поводитися так, щоб ті, хто мене оточують, побоювалися викликати моє невдоволення	FPI	Реактивна агресивність	-	0,124
Якщо сьогодні я посплю менше звичайного, то завтра буду відчувати себе втомленим	FPI	Невротичність	+	0,128
Мені здається, що у своєму житті я багато чого робив неправильно	FPI	Депресивність	+	0,131
Нерідко сумніваюся, чи дійсно є цікавим моїм співрозмовникам те, про що я розповідаю	FPI	Депресивність	-	0,132
На жаль, належу до людей, що бурхливо реагують навіть на життєві дріб'язки	FPI	Роздратованість	+	0,134
Я швидко втрачаю самовладання і так само швидко беру себе в руки	FPI	Роздратованість	+	0,136
Іноді здається, що я взагалі ні на що не здатний	FPI	Депресивність	-	0,138
Мені подобається так поставити запитання чи так відповісти, щоб співрозмовник розгубився	FPI	Спонтанна агресія	-	0,144
Іноді бувають такі періоди, коли яскраве світло, яскраві фарби, сильний шум викликають у мене болісно неприємні відчуття, хоча я бачу, що на інших це так не діє	FPI	Невротичність	+	0,157
Зараз у мене легко на душі; немає нічого, що сильно мене засмутило б	ТОСА	ПЗЗ	-	0,161

Я спокійний за своє майбутнє	ТОСА	ПЗЗ	-	0,161
Я часто неспокійно рухаю рукою чи ногою	FPI	Невротичність	+	0,164
При зустрічі зі старим знайомим від радості я готовий кинутися йому на шию	FPI	Товариськість	-	0,168
Іноді раптом відчуваю, що весь покриваюся потом	FPI	Невротичність	+	0,168
Іноді думаю, що краще б не народитися на світ, як тільки уявлю собі, скільки неприємностей, можливо, доведеться пережити в житті	FPI	Депресивність	+	0,168
Я майже завжди рухливий і активний	FPI	Товариськість	-	0,170
Якщо я сидів, а потім різко встав, то в мене темніє в очах і паморочиться в голові	FPI	Невротичність	+	0,190
Вечорами я волію розважатися у веселій компанії (гості, дискотека, кафе тощо)	FPI	Товариськість	-	0,244
Найбільш щасливим я почуваюся на самоті	FPI	Товариськість	+	0,314

На третьому етапі розраховувалася внутрішня узгодженість кожної сформованої шкали. Пункти, що негативно впливають на значення α Кронбаха, зі складу шкали видалялися, поки шкала не досягала своєї максимальної узгодженості. Усього було виключено 6 пунктів. При розрахунку внутрішньої узгодженості шкали, яка складалася із 20 тверджень, було встановлено, що значення α Кронбаха для неї дорівнює 0,612. Окрім того, виявлено, що пункт «На жаль, належу до людей, що бурхливо реагують навіть на життєві дріб'язки» негативно впливав на внутрішню узгодженість. При видаленні цього пункту значення α Кронбаха для набору з 19 тверджень мало показник 0,635.

Видалення твердження «Іноді здається, що я взагалі ні на що не здатний» сприяло підвищенню α Кронбаха до 0,652 – для моделі із 18 пунктів. При виключенні наступного твердження «Я швидко втрачаю самовладання і так само швидко беру себе в руки» було досягнуто

підвищення α Кронбаха до 0,670 – для моделі із 17 пунктів. Наступним твердженням, котре погіршувало внутрішню узгодженість, було твердження «Намагаюся поводитися так, щоб ті, хто мене оточують, побоювалися викликати моє невдоволення». Для моделі із 16 пунктів показник α Кронбаха – 0,684.

Надалі видалення ще двох тверджень: «Іноді думаю, що краще б не народитися на світ, як тільки уявлю собі, скільки неприємностей, можливо, доведеться пережити в житті» та «Буває, що я раптом починаю кусати губи чи гризти нігті» – дозволило підвищити значення α Кронбаха до 0,701 – модель уже включала 14 пунктів. Подальше видалення будь-якого пункту призводило до того, що модель, яка складалась з 13 пунктів, характеризувалася гіршою внутрішньою узгодженістю, ніж модель із 14 тверджень. Тобто із подальшим зменшенням кількості тверджень у наборі зменшувалось і значення α Кронбаха. Тобто із початкової моделі, що складалась із 20 тверджень, було виокремлено найбільш оптимальний набір пунктів.

Кінцева модель характеризувалася значенням α Кронбаха, що дорівнювало 0,701. Даний опитувальник отримав назву «Шкала емоційних дисгармоній», до його складу увійшло 14 тверджень. Ці твердження зі значенням клча, прямого чи зворотного.

Аналіз змісту даних пунктів вказують на їх високу валідність: усі вони розкривають різні сторони проявів емоційних дисгармоній. Шкала, використана у процесі емпіричного дослідження, також підтвердила свою конструктну валідність, оскільки окремо всі її пункти статистично взаємопов'язані із конструктом в цілому. Сумарна оцінка за шкалою виявляє досить стійку кореляцію з інтегральним показником, де коефіцієнт кореляції Пірсона дорівнював 0,566 ($p = 0,000$).

Сирі бали шкали емоційних дисгармоній приймали значення від 0 до 14. У підрозділі 3.2 розглядалася операціоналізація конструкту емоційних дисгармоній, досліджувалися особливості його структури і зазначалося, що і

шкали Фрайбурзького особистісного опитувальника, і інтегральний показник емоційних дисгармоній вимірюються у стандартних балах - станайнах. Тому сумарний показник за експрес-методикою також виражений у цих одиницях. Таблиця 3.28 ілюструє переклад сирих балів у стандартні.

Таблиця 3.28.

Значення стенайнов для Шкали емоційної дисгармонійності

Сирі значення інтегрального показника		Стандартні бали
Мінімум	Максимум	
0	0	1
1	1	2
2	2	3
3	4	4
5	6	5
7	8	6
9	10	7
11	12	8
13	14	9

Окрім того, на рис. 3.25 проілюстровано за допомогою гістограм розподіл значень сумарного показника за даною шкалою до та після стандартизації.

Відобразивши вихідні тестові оцінки у форматі стенайнової шкали, було зроблено більш зручним застосування «Шкали емоційної дисгармонійності» на практиці.

Отже, аналіз описових статистик сформованої шкали має наступні результати: середнє значення за всією вибіркою медичних сестер – 5,298; стандартне відхилення - 1,713; стандартна помилка середнього - 0,108. Описові статистики для даної шкали з урахуванням стажу професійної діяльності в групах досліджуваних наведені у таблиці 3.29.

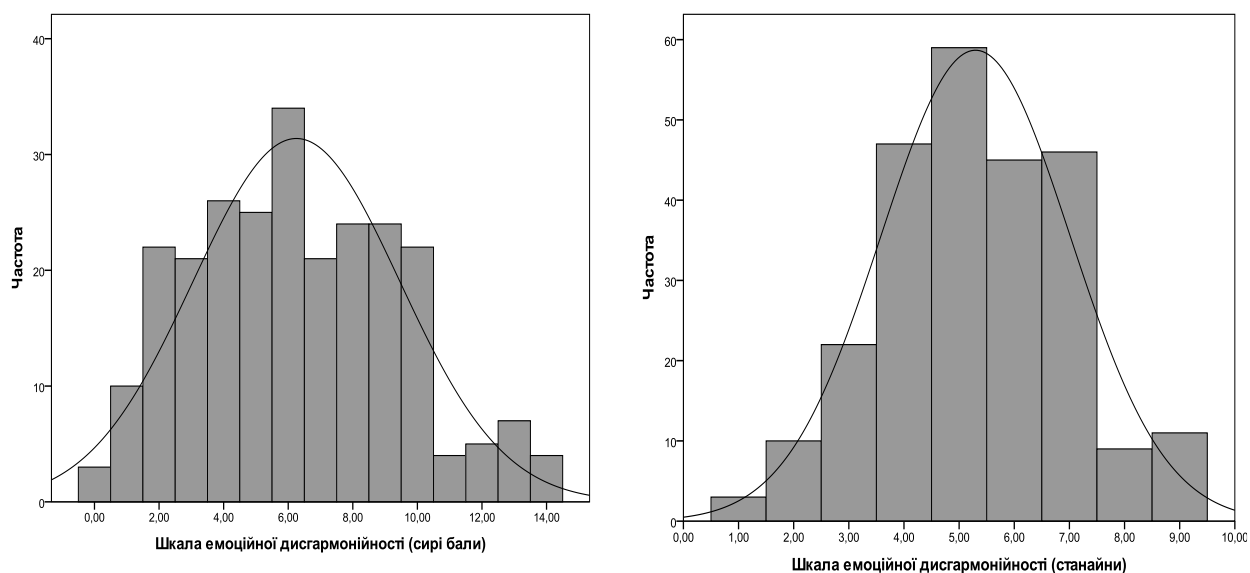


Рис. 3.25 Гістограми розподілу сумарних показників «Шкали емоційних дисгармоній» у сирих балах (ліворуч) та у стнайних (праворуч)

Достатньо великий обсяг вибірки дозволяє вважати ці норми репрезентативними для груп медичних сестер, які працюють у звичайних та особливих умовах. Застосування стандартизованої шкали емоційних дисгармоній дає можливість у подальшому досліджувати емоційні дисгамонії за допомогою експрес-методики та з часом при зміні соціальної ситуації й умов праці зробити порівняльний аналіз і віднайти їх відмінності, що надасть можливість покращити умови праці та запобігти розвитку емоційних дисгармоній.

Таблиця 3.29.

Описові статистики «Шкали емоційних дисгармоній» в групах медичних сестер з урахуванням стажу та умов професійної діяльності

Умови діяльності	Стаж	Середнє значення	Стандартне відхилення	Стандартна помилка середнього
Звичайні	1	4,267	1,776	0,265
	3	4,605	1,158	0,177
	5	5,341	1,237	0,193
	Всього	4,721	1,484	0,131
Особливі	1	4,488	1,681	0,256
	3	6,250	1,080	0,171
	5	7,075	1,207	0,191

	Всього	5,902	1,734	0,156
Всього	1	4,375	1,724	0,184
	3	5,398	1,388	0,152
	5	6,198	1,495	0,166
	Всього	5,298	1,713	0,108

Так, вплив стажу та умов професійної діяльності на рівень «Шкали емоційної дисгармонійності» вивчався за допомогою одновимірного двофакторного дисперсійного аналізу. У даному випадку незалежними змінними були два показники: стаж та умови виконання функціональних обов'язків та завдань - тому аналіз був двофакторним.

Рис. 3.26 графічно ілюструє відмінності за «Шкалою емоційних дисгармоній» у групах досліджуваних медичних сестер відповідно до стажу та умов їх професійної діяльності. Патерн співвідношення середніх значень схожий на представлений на рис. 3.6 та описує залежність інтегрального показника емоційних дисгармоній від стажу і умов професійної діяльності. Однак сумарний показник, який вираховується за експрес-методикою, має більш виражену диференціюючу здатність, ніж інтегральний показник: відмінності в середніх значеннях за їх сумарним показником між групами досліджуваних медсестер, які мали стаж професійної діяльності один і три роки, три і п'ять років, як і в групах один і п'ять років, були статистично значущими. Відмінності в середніх значеннях між усіма групами медичних сестер відповідно до умов професійної діяльності у процесі аналізу всередині підвибірок також є статистично значущими.

На даному рисунку лінії є непаралельними, що дає змогу припустити наявність достатньо вираженого ефекту міжфакторної взаємодії. Її величина, а також величини одиничних проявів наведені у таблиці 3.30, яка відображає результати двофакторного дисперсійного аналізу. Модель описувала 35,207 відсотків дисперсії залежної змінної.

При порівнянні показників з таблицею 3.11, звертає на себе увагу те, що поодинокі впливи були сильніші, а спільний ефект слабкішим.

Найбільший вплив має стаж медичних сестер, фактор умов перебігу їх професійної діяльності відрізнявся також високим рівнем впливу.

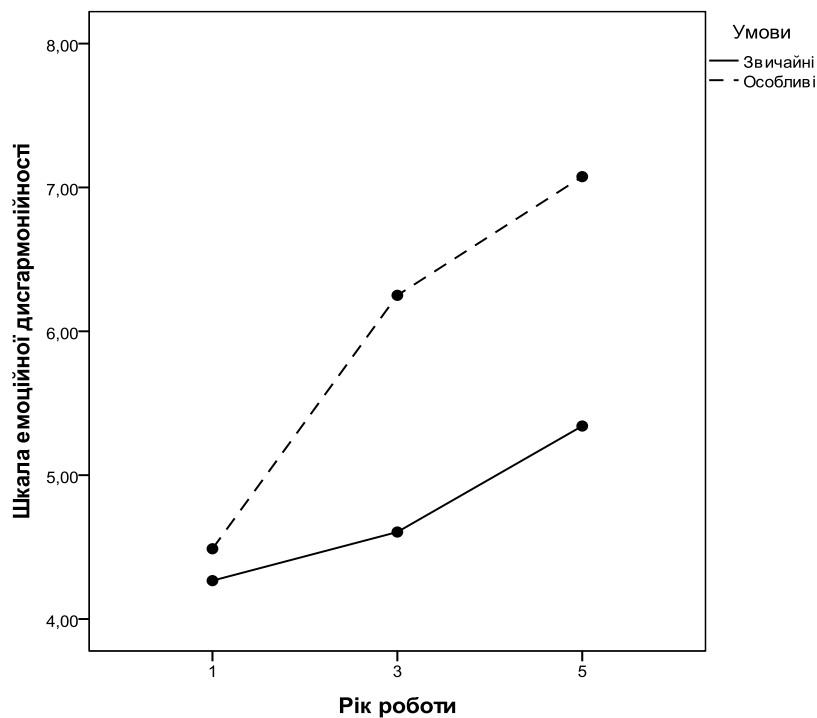


Рис. 3.26. Залежність показників «Шкали емоційних дисгармоній» від стажу та умов професійної діяльності медичних сестер

Спільний вплив двох незалежних факторів моделі - стажу й умов діяльності був середнім. Виявлені ефекти були статистично значущими, про що свідчить рівень значущості (p) критерію Фішера (F), який не перевищує 0,05 із урахуванням рівнів свободи (df).

Таким чином, зі структури використаних опитувальників було виокремлено 14 пунктів-тверджень, які відтворюють досліджуваний конструкт емоційних дисгармоній як на змістовому, так і на психометричному рівнях.

Ці твердження покладено в основу нового опитувальника, який отримав назву «Шкала емоційних дисгармоній» і дав змогу виявити рівні внутрішньої узгодженості. За коефіцієнтом α Кронбаха показник має значення 0,701, що свідчить про високий рівень внутрішньої узгодженості та високу очевидну і конструктну валідності шкали.

Таблиця 3.30

Вплив стажу та умов професійної діяльності медичних сестер на «Шкалу емоційних дисгармоній». Модель двухфакторного дисперсійного аналізу

Джерело	Сумма квадратів	Df	Середній квадрат	F	P	η^2
Скоригована модель	259,361	5	51,872	26,734	0,000	0,352
Вільний член	7166,330	1	7166,330	3693,383	0,000	0,938
Умови діяльності	90,581	1	90,581	46,683	0,000	0,160
Стаж	142,961	2	71,480	36,840	0,000	0,230
Взаємодія умов діяльності та стажу	30,883	2	15,442	7,958	0,000	0,061
Помилка	477,318	246	1,940			
Підсумок	7809,000	252				
Скоригований підсумок	736,679	251				

Залучення стандартизованого опитувальника до низки тестів дало змогу сформувати комплексні діагностичні профілі, котрі можна використовувати у практичній діяльності психологів для комплексного та системного діагностування особистості. Більш того, в умовах активної комп'ютеризації психодіагностики, створена шкала має особливу цінність, оскільки є експрес-методикою, процедура тестування з якої без особливих ускладнень може бути організованою і здійсненою за допомогою елементарних обчислень.

Висновки до розділу 3

Операціоналізацію конструкту емоційних дисгармоній проведено шляхом зменшення розмірності даних, отриманих за Фрайбурзьким особистісним опитувальником. Інтегральний показник включає в себе наступні шкали: «Невротичність», «Спонтанна агресивність», «Депресивність», «Дратівливість», «Реактивна агресія», «Сором'язливість», «Екстраверсія/інтроверсія», «Емоційна лабільність».

У медичних сестер як стаж, так і умови їх професійної діяльності є статистично значущими і впливають на інтегральний показник проявів емоційних дисгармоній. У процесі емпіричного дослідження виявлені суттєві відмінності у динаміці формування емоційних дисгармоній залежно від стажу та умов професійної діяльності – звичайних та особливих. Так, особливі умови професійної діяльності медичних сестер сприяють більш вираженому наростанню даної властивості у процесі збільшення стажу.

Доведено, що одним із проявів професійних деформацій медичних сестер є розвиток їх емоційних дисгармоній. Професійна діяльність в особливих умовах протягом перших п'яти років стажу характеризується подібною динамікою формування як професійних адаптацій, так і професійних деформацій, тоді як у діяльності за звичайних умов – розвиток адаптаційних процесів випереджають деформаційні.

Встановлено, що на зниження емоційних дисгармоній медичних сестер у процесі їх професійної діяльності впливає їх здатність до інтерналізації й осмислення життєвих подій. У групі медичних сестер, які працюють в умовах інфекційної лікарні три і п'ять років, протективний фактор суттєво знижується, на відміну від медичних сестер, які працюють у звичайних умовах дитячої лікарні.

Результати експерименту засвідчують, що чим довше триває професійна діяльність медсестер, які працюють у звичайних умовах (принаймні, протягом перших п'яти років), тим вірогідніше, що симптоми професійного вигорання, які у них спостерігаються, обумовлені наявністю емоційних дисгармоній. У медсестер, які виконують свої функціональні обов'язки і завдання в особливих умовах професійної діяльності, емоційні дисгармонії детермінують процес вигорання особистості, проте стаж на нього не впливає.

Побудована на основі структурних рівнянь модель взаємодії між факторами, відповідальними за формування вигорання у медичних сестер, дозволила виявити роль індивідуально-особистісних чинників як провідних в

цьому процесі. Фактори стажу професійної діяльності медичних сестер мали меншу відносну вагу, а також особливості ставлення до своєї діяльності та до власного Я.

Зі структури застосованих опитувальників було виокремлено 14 пунктів-стверджень, які відтворювали досліджуваний конструкт емоційних дисгармоній як на змістовому, так і на психометричному рівні. Дані твердження покладено в основу нового опитувальника, який отримав назву «Шкала емоційних дисгармоній» і виявив високий рівень внутрішньої узгодженості, α Кронбаха склала 0,701.

Опитувальник представляє собою одновимірну шкалу, результати якої мають високу кореляцію з інтегральним показником емоційних дисгармоній.

Окрім того, результати емпіричного досліджування психологічних дисгармоній особистості медичних сестер в умовах їх професійної діяльності висвітлені у наступних публікаціях:

1. Лось О.М. Прояви емоційної дисгармонійності залежно від стажу і умов професійної діяльності: [Збірник наукових статей Київського міжнародного університету і Інституту соціальної та політичної психології НАПН України] / О.М. Лось. //– К.: КиМУ, 2011. – Вип. 2. – С. 167–169. Серія: «Психологічні науки: проблеми і здобутки».

2. Лось О.М. Аналіз актуального рівня сформованості особистісних складових у групах із різним стажем та умовами професійної діяльності / О.М. Лось // Актуальні проблеми психології: [Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка]. – Київ, 2012. – Том. 11. – Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Вип. 6. – С. 346–353.

3. Лось О.М. – Цит: 412–1202 «Порівняльний аналіз особистісних складових у групах з простими та особливими умовами професійної діяльності» / О.М. Лось. // Сборник научных трудов SWorld. Материалы международной научно-практической конференции «Современные проблемы

и пути их решения в науке, транспорте, производстве и образовании 2012». –
Одесса: КУПРИЕНКО, 2012. – Выпуск 4. – Том 21. – С. 31–36.

ВИСНОВКИ

Узагальнення і науково-теоретичне розв'язання проблеми утворення психологічних дисгармоній особистості у процесі професійної діяльності медичних сестер дають можливість дійти висновків.

1. Розглянуто сучасні підходи до вивчення проблеми психологічних дисгармоній у фахівців системи «людина–людина» за спеціальністю сестринська справа, яка є невідомою частиною системи охорони здоров'я, що включає діяльність по зміцненню здоров'я населення, профілактику захворювань, надання психосоціальної допомоги і догляду особам, які мають фізичні та психічні захворювання, а також непрацездатним людям всіх груп. Підхід до сестринської справи, точніше визначення його рамок, функції і форми організації сестринського персоналу різняться в різних регіонах, і залежать від особливості національної культури, рівня системи охорони здоров'я, демографічної ситуації та інших чинників. Медична сестра здійснює професійну діяльність під керівництвом лікаря, проводить прості діагностично-лікувальні маніпуляції, застосовує лікарські засоби для зовнішнього, ентерального і парентерального введення в організм пацієнта. Бере активну участь в поширенні медичних знань серед населення. Дотримується принципів етико-деонтологічних норм медичного працівника, повинна удосконалювати свій професійний рівень.

2. Визначено, що особливі умови – це певний клас умов, які знаходяться за межами звичайних і утворюють поле професійної діяльності, в якому у особистості можуть утворюватися негативні функціональні стани, що призводять до порушення психологічної регуляції діяльності та викликати емоційні дисгармонії особистості. Розкрито зміст та охарактеризовано психологічні особливості професійної діяльності медичних сестер в особливих умовах. Встановлено, що зміст їх професійної діяльності містить у собі такі структурні складові, як: рефлексія, осмислення і вербалізація, презентація засвоєваних зразків професійної

взаємодії; встановлення контакту з пацієнтом, прийом – передача інформації, прийом – передача емоційних станів, що безпосередньо впливає на кінцевий результат професійної діяльності. Встановлено, що особливі умови професійної діяльності вирізняються специфічністю діючих екстремальних чинників, домінуванням у медсестер негативних функціональних станів, зміною психологічної регуляції їхньої діяльності. Найважливішим компонентом особливих умов є включення емоційної сфери особистості, що виникає під впливом відображення дійсності, суттєво впливає на перебіг психічних процесів і внаслідок цього – на ефективність виконання функціональних обов'язків і завдань. Особливі умови є невідомою частиною професійного процесу, котрі висувають суто специфічні вимоги до особистості медичних сестер і можуть бути причиною помилок і зривів у виконанні професійних обов'язків та несприятливо впливати на їх працездатність і загальний стан здоров'я.

3. Побудовано модель психологічного конструкту емоційних дисгармоній методом головних компонент, яка включає в себе: емоційну дисгармонійність, комунікативність. Аналіз внутрішньої узгодженості підтверджує, що утворена модель істотною мірою транслює досліджуваний психологічний конструкт. Усі вагові коефіцієнти першої компоненти «Емоційна дисгармонійність» засвідчують односпрямованість даних рис особистості при відображенні властивостей зазначеного конструкту. Її склад утворений наступними шкалами: «Невротичність», «Дратівливість», «Емоційна лабільність», «Спонтанна агресивність», «Екстраверсія-інтроверсія», «Депресивність», «Реактивна агресія», «Сором'язливість».

4. Встановлено, що конструкт емоційних дисгармоній операціоналізовано комплексними показниками структури та внутрішньої узгодженості, перевірка внутрішньої узгодженості інтегрального показника емоційних дисгармоній у кожній з досліджуваних груп за показниками стажу й умов роботи засвідчила те, що конструкт емоційних дисгармоній зберігає свою цілісність поза залежністю впливу стажу й умов професійної діяльності.

Доведено, що одним з проявів професійних деформацій у медичних сестер є формування емоційних дисгармоній. Професійна діяльність в особливих умовах протягом перших п'яти років характеризується динамікою формування як професійних адаптацій, так і професійних деформацій. При діяльності в звичайних умовах розвиток адаптаційних процесів випереджає деформаційні. Визначено, що у медичних сестер як стаж, так і умови їх діяльності статистично значущі і впливають на інтегральний показник емоційних дисгармоній. Виявлено істотні відмінності у динаміці формування емоційних дисгармоній відповідно до стажу в звичайних та особливих умовах професійної діяльності: особливі умови сприяють більш вираженому наростанню даної властивості у процесі набуття стажу. Встановлено, що найбільш значний вплив серед особистісних особливостей медичних сестер на зниження у них емоційних дисгармоній здійснює здатність до інтерналізації й осмислення життєвих подій. При цьому, в період від трьох до п'яти років стажу роль даної здатності як протективного фактора істотно слабшає в групі медсестер, які працюють в особливих умовах порівняно з їх колегами, що працюють у звичайних умовах.

5. Доведено, що чим довше триває професійна діяльність медсестер, які працюють у звичайних умовах (принаймні, протягом перших п'яти років), тим вірогідніше, що симптоми професійного вигорання обумовлюються емоційною дисгармонійністю. У медсестер, зайнятих в особливих умовах діяльності, рівень емоційних дисгармоній детермінує процес вигорання, який не змінюється зі збільшенням стажу. Побудована на основі структурних рівнянь модель взаємодії між факторами, відповідальними за формування вигорання у медичних сестер, дозволила визначити роль особистісних факторів як провідних у цьому процесі. Менша відносна вага факторів стажу, особливості ставлення до діяльності і власного Я.

6. Розв'язання проблеми профілактики професійного вигорання у медичних сестер полягає у розробці уніфікованої стандартизованої шкали вимірювання емоційних дисгармоній, яка на підставі невеликої кількості

тверджень дозволяє із достатньою точністю оцінити виявлений психологічний конструкт. Розроблено опитувальник «Шкала емоційної дисгармонійності», зміст якого утворюють 14 пунктів-тверджень, що характеризується високим рівнем внутрішньої узгодженості. Використання стандартизованого опитувальника у системі професійної діяльності практичних психологів сприятиме формуванню комплексних діагностичних профілів щодо профілактики емоційних дисгармоній у медичних сестер, що працюють в особливих умовах. Розроблена шкала є експрес-методикою, процедура тестування за якою може бути здійснена комп'ютеризовано.

Проведене дослідження не вичерпує собою всі аспекти проблеми дослідження психологічних дисгармоній особистості у процесі професійної діяльності медичних сестер. Теоретичний аналіз наукової літератури та проведені емпіричне дослідження визначили коло питань, які потребують подальшого дослідження та уточнення, зокрема: розробка теоретико-методичного матеріалу з метою формування особистісно-професійної стійкості, готовності до діяльності в особливих умовах, виявлення механізмів і закономірностей цього процесу в контексті професійної спрямованості особистості; подальше вивчення впливу індивідуально-психологічних особливостей особистості на емоційні дисгармонії, на процес емоційного вигорання та їх профілактику.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова Г.С. Синдром «эмоционального выгорания» у медработников / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдчиц // Психология в медицине. – М.: Кафедра-М, 1998. – С. 231–244.
2. Алексеева Л.Н. Личностно-профессиональное становление и развитие человека : монография / Л.Н. Алексеева. – Архангельск: Поморский университет, 2004. – 120 с. – ISBN 5-88086-429-4.
3. Аминов Н.А. Психодиагностика специальных способностей социальных работников / Н.А. Аминов, Н.А. Морозова, А.Л. Смятских // Социальная работа / Под ред. И.А. Зимней. – Вып. 2. – М., 1992. – С. 23–31.
4. Андреева Г.М. Социальная психология: [5-е изд., испр. и доп.] / Г.М. Андреева. – М.: Аспект Пресс, 2004. – С. 122–125.
5. Анциферова Л.И. Психологические закономерности развития личности взрослого человека и проблема непрерывного образования / Л.И. Анциферова // Психологический журнал. – Т.1. – 1980. – № 2. – С. 59–60.
6. Архипова М.В. Проблема мотивации: прошлое и настоящее [Текст] / М.В. Архипова // Актуальные вопросы современной психологии: материалы междунар. заоч. науч. конф. (г. Челябинск, март 2011г.). – Челябинск: Два комсомольца, 2011. – С. 7–10.
7. Асеев В.Г. Проблема мотивации и личности / В.Г. Асеев // Теоретические проблемы психологии личности. – М., 1974. – С. 15–21.
8. Асмолов А.Г. Практическая психология как фактор конструирования образовательного пространства личности / А.Г. Асмолов // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии. – М.: Смысл, 1997. – С. 239–248.
9. Астапов В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги / В.М. Астапов // Психологический журнал. . – Т. 13– 1992. –№ 5. – С. 11–17.

10. Бажин Е.Ф. Метод исследования уровня субъективного контроля / Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд // Психологический журнал. – Т. 5. – 1984. – № 3. – С. 152–162.

11. Балл Г.О. Налаштування на діалог як складник духовності професіонала/ Г.О. Балл // Професійна освіта: педагогіка і психологія. – III. – Ченстохов-Київ, 2001. – С. 24–30.

12. Балл Г.О. Понятие адаптации и его значение для психологии личности./ Г.О. Балл // Вопросы психологии. – 1989. – № 1. – С. 92–100.

13. Балл Г.О. Проблема гуманізації освіти та деякі напрямки її розв'язання // Психол. засади гуманізації загальної середньої освіти / Г.О. Балл // Ред. С.О. Мусатов– Рівне, 1995. – С. 10–16.

14. Балл Г.О. Психолого-педагогічні засади гуманізації освіти / Г.О. Балл // Освіта і управління. – 1997. – Т.1. – № 2. – С. 21–36.

15. Барно О.М. Особливості формування світогляду молоді на сучасному етапі розвитку суспільства / О.М. Барно // Наукові студії із соціальної та політичної психології: [Збірник статей]. – Вип. 16 (19). – Київ, 2007.– С. 3–12.

16. Батаршов А.В. Базовые психологические свойства и профессиональное становление личности: / А.В. Батаршов // Практическое руководство по психологической диагностике. – СПб.: Речь, 2005. – 208 с.

17. Белоусова Р.В. Психологический портрет лиц с экстернальным и интернальным локусом контроля / Р.В. Белоусова, И. М. Ухач // Актуальные проблемы современной психологии: [Материалы международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов. 26 апреля 2012г.]. – М.: СМИЛ, 2012. – С. 6–10.

18. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. – Л.: Наука, 1988 – 270 с.

19. Берн Эрик. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры, или Вы

сказали «здравствуйте». Что дальше? Психология человеческой судьбы / Эрик Берн. – Екатеринбург: ЛИТУР, 2001. – 576 с.

20. Бех І.Д. Психометодична проєкція особистісно-орієнтованої моделі виховання / І.Д. Бех. // Педагогіка та психологія. Науковий вісник Чернівецького університету: [Зб. наук. праць]. – Вип. 152/ – Чернівці, 2002. – С. 13–24.

21. Битянова Н.Р. Психология личностного роста: Практическое пособие по проведению тренинга личностного роста психологов, педагогов, социальных работников / Н.Р. Битянова. – М.: МПА, 1995. – 64 с.

22. Богомолова Н.Н. Ситуационно-ролевая игра как активный метод социально- психологической подготовки/ Н.Н. Богомолова // Теоретические и методологические проблемы социальной психологии / Под ред. Г.М. Андреевой, Н.Н. Богомоловой. – М.: МГУ, 1977. – С. 183–204.

23. Бодалев А.А. Восприятие и понимание человека человеком / А.А. Бодалев. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1982. – 200 с.

24. Бодалев А.А. Общая психодиагностика / А.А. Бодалев, В.В. Столин. – М.: Изд. МГУ, 1987. – 304 с.

25. Бодров В.А. Информационный стресс / В.А. Бодров. – М.: ПЕР СЭ, 2000. – 352 с.

26. Божович Л.И. Этапы формирования личности в онтогенезе / Психология личности. Хрестоматия. / Л.И. Божович. – Самара: Издательский дом «Бахрах – М», 2000. – 672 с.

27. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В.В. Бойко. – СПб.: Сударыня, 1999. – 32 с.

28. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других / В.В. Бойко. – М.: Информ. издат. дом Филин, 1996. – С. 210.

29. Борисова Е.М. О роли профессиональной деятельности в развитии личности / Е.М. Борисова. // Психология формирования и развития личности. – М.: Наука, 1980. – С. 159–177.

30. Борисова М.В. Психологические детерминанты синдрома выгорания у педагогов / М.В. Борисова. // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: коллективная монография. – Курск, 2008. – С. 130–138.
31. Борисова У.М. Индивидуальность и профессия / У.М. Борисова, Г.П. Логинова. – М.: Знание, 1991. – 80 с.
32. Боришевський М.Й. Провідні теоретико-методологічні принципи та їх розвиток в українській психологічній науці / М.Й. Боришевський // Проблеми загальної та педагогічної психології: [Зб. наук. праць]. – Т. ІV. – Ч. 5. – К., 2002. – С. 31–36.
33. Боришевський М.Й. Теоретико-методологічні основи дослідження психологічних закономірностей виховання громадянської свідомості та самосвідомості особистості / М.Й. Боришевський // Актуальні проблеми психології: [Науков записки Інституту психології ім. Г.С. Костюка / За ред С.Д. Максименка]. – Вип. 19. – К., 1999. – С. 36–44.
34. Братусь Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 301 с.
35. Бреслав Г.М. Психология эмоций / Г.М. Бреслав. – М.: Смысл; Издательский центр «Академия», 2004. – 554с.
36. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психологической диагностике./ Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. – К.: Наук. думка, 1989. – 200 с.
37. Бухановский А.О. и др. Общая психопатология: Пособие для врачей [3-е изд., перераб. и доп.] / А.О. Бухановский, М.Е. Литвак. — Ростов н/Д : Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 2003. – 416 с: ил.
38. Василюк Ф.Е. Психология переживаний (анализ преодоления критических ситуаций) / Ф.Е. Василюк. – М.: МГУ, 1984. – 200 с.
39. Вилюнас В. К. Психология эмоциональных явлений / В.К. Вилюнас. – М.: Изд. МГУ, 1976. – 375 с.
40. Власенко Л.В. Соціально-психологічна компетентність як провідний чинник становлення професіонала у ВНЗ / Л.В. Власенко. //

Проблеми загальної та педагогічної психології: [Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України] / За ред. Максименка С.Д. – Вип. 2 – Т. VI. – К., 2004. – С. 48–52.

41. Водопьянова Н.Е. Психическое «выгорание» / Н.Е. Водопьянова. // Стоматолог. – 2002. – № 7. – С. 6–9.

42. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика: [2-е изд.] / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова:– СПб.: Питер, 2008. – 336 с.

43. Водопьянова Н.В. Профессиональное выгорание и ресурсы его преодоления / Н.В. Водопьянова. // Психология здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2003. – 286 с.

44. Водопьянова Н.Е. Синдром «психического выгорания» в коммуникативных профессиях / Н.Е. Водопьянова. // Психология здоровья. – СПб.: СПбГУ, 2000. – 504 с.

45. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика: [2-е изд.] / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова.– СПб.: Питер, 2008. – 336 с.

46. Волошко Н.І. Вплив психофізіологічних властивостей фахівця на професійну діяльність / Н.І. Волошко // Актуальні проблеми професійної орієнтації та професійного навчання незайнятого населення в умовах фінансово-економічної кризи: [Зб. наук. праць за матеріалами IV Всеукр. наук.-практ. конф., 30 жовт. 2009 р.]. – К.: ІПК ДСЗУ, 2009. – С. 79–88.

47. Выготский Л.С. Проблемы развития психики / Л.С. Выготский. // Собр. соч.: В 6 т. – Т. 3. – М.: Педагогика, 1983. – 368 с.

48. Галкин С.А. Воспитание. Личность. Общество / С.А. Галкин. – Дубна: Феникс, 2006. – 112 с.

49. Гланц С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. – М.: Практика, 1998. – 459 с.

50. Глэддинг С. Диагностическое и статистическое руководство: Четвертое изд. (DSM-IV) / С. Глэддинг. // Психологическое консультирование. – СПб.: Питер, 2002. – С. 708–729.
51. Гримак Л.П. Резервы человеческой психики: Введение в психологию активности / Л.П. Гримак. – М., 1989. – 319 с.
52. Гришина Н.В. Помогающие отношения: профессиональные и экзистенциальные проблемы. Психологические проблемы самореализации личности / Н.В. Гришина. – СПб., 1997. – 210 с.
53. Гулина М.А. Внутренняя гармония и психическое здоровье / М.А. Гулина // Практическая психология. – СПб., 1993. – 183 с.
54. Гусев А.Н. Дисперсионный анализ в экспериментальной психологии / А.Н. Гусева. – М.: Учебно-методический коллектор «Психология», 2000. – 136 с.
55. Гусейнов Р.А. Влияние социально-психологических факторов на качество работы сестринского персонала / Р.А. Гусейнов, А.М. Литвина, Е.А. Гаранина.: [Материалы III Всероссийского съезда средних медицинских работников]. – Часть 1. – Екатеринбург, 2009. – С. 24–26.
56. Девятко И.Ф. Методы социологического исследования / И.Ф. Девятко. – М. : Университет, 2002. – 295 с.
57. Деркач А.А. Акмеологическая культура личности: содержание, закономерности, механизмы развития / А.А. Деркач, Е.В. Селезнева. – М.: МПСИ; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2006. – 493 с.
58. Джидарьян И.А. О месте потребностей, эмоций и чувств в мотивации личности / И.А. Джидарьян. // Теоретические проблемы психологии личности. – М., 1974. – С. 146–169.
59. Дикая Л.Г. Психические состояния и эффективность деятельности / Л.Г. Дикая. // Психологический журнал. – Т. 3. – 1984. – № 6. – С. 154–157.

60. Дикая Л.Г. Регулирующая роль образа эмоционального состояния в экстремальных условиях деятельности / Л.Г. Дикая, В.В. Семикин. – Психологический журнал. – Т. 1. – 1991. – № 1. – С. 55–66.
61. Діалогічність як форма існування і розвитку особистості: [Монографія] / За заг. ред. Г.О. Балла, М.В. Папучі. – Ніжин: Міланік, 2007. – 343 с.
62. Додонов Б.И. В мире эмоций / Б.И. Додонов. – К.: Политиздат Украины, 1987. – 140 с.
63. Донцов А.И. Психология коллектива. Методические проблемы исследования / А.И. Донцов. – М.: Изд-во МГУ, 1984. – 207с.
64. Духновский С.В. Переживание дисгармонии межличностных отношений: Монография / С.В. Духновский. – Курган: Изд-во Курганского гос. ун-та, 2005. – 175 с.
65. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности / О.П. Елисеев. – СПб.: Питер, 2006. – 512 с.
66. Ермолаева Е.П. Профессиональная идентичность и маргинализм: концепція и реальность / Е.П. Ермолаева. // Психологический журнал. – Т. 24. – 2003. – № 3. – С. 56–65.
67. Євдокімова О.О. Актуальні проблеми практичної психології / О.О. Євдокімова [Збірник наукових праць. Частина I.] – Херсон, ПП. В.С. Вишемирський, 2008. – 482 с.
68. Жуков Ю.М. Эффективность делового общения / Ю.М. Жуков. – М.: Знание, 1998. – 64 с.
69. Зазыкин В.Г. Деятельность специалистов в особых условиях / В.Г. Зазыкин. – М.: НИИВО ГКНО, 1994. – 367 с.
70. Зайчикова Т.В. Діагностика та профілактика синдрому професійного вигорання у вчителів: Методичні рекомендації / Т.В. Зайчикова. – Київ–Рівне, 2003. – 24 с.
71. Зайчикова Т.В. Передумови розвитку синдрому професійного вигорання у працівників закладів середньої освіти / Т.В. Зайчикова. //

Соціальна психологія. Психологія управління. Організаційна психологія. / За ред. С.Д. Максименка, Л.М. Карамушки. – Ч. 1. – Том 1. – К.: Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України, 2001.– С. 136–141.

72. Занковский А.Н. Психическая напряженность как свойство личности // Психическая напряженность в трудовой деятельности / А.Н. Занковский. – М.: Наука. – С. 225–237.

73. Зеер Э.Ф. Психология профессиональных деструкций / Э.Ф. Зеер, Э.Э. Сыманюк. – М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2005. – С. 240.

74. Зейгарник Б.В. Очерки по психологии аномального развития личности / Б.В. Зейгарник, Б.С. Братусь. – М.: Изд. МГУ, 1980. – 169 с.

75. Знаков В.В. Психология понимания: проблемы и перспективы / В.В. Знаков. – М.: Институт психологии РАН, 2005. – 467 с.

76. Зубченко В.Г. Адаптаційні особливості педагогів як фактор ефективності педагогічної діяльності / В.Г. Зубченко. – К.: Товариство «Знання», 1996. – 18 с.

77. Иванова Е.М. Основы психологического изучения профессиональной деятельности / Е.М. Иванова. – М.: МГУ, 1987. – 208 с.

78. Иванова Н.Л. Социальная идентичность и профессиональный опыт личности: [Монография] / Н.Л. Иванова, Е.В. Конева. – Ярославль: ЯГПУ им. К.Д. Ушинского, 2003 – 132 с.

79. Ильин Е.П. Эмоции и чувства / Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2001. – 752 с.

80. Каламож Р.В. «Кар'єрні орієнтації майбутніх юристів як прояв професійної Я-концепції» / Р.В. Каламож // Наукові записки. Серія «Психологія і педагогіка». – Вип. 13. – Острог: Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2009. – 520 с.

81. Карамушка Л.М. Особливості вияву синдрому «професійного вигорання» у вчителів / Л.М. Карамушка, Т.В. Зайчикова, О.І. Бондарчук. // Освіта і управління. – Т. 6. – Часть 3. – 2003. – С. 57–66.

82. Карамушка Л.М. Психологічні основ управління в системі середньої освіти / Л.М. Карамушка. – К.: ІЗМН, 1997. – 180 с.

83. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б.Д. Карвасарский. – СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 1024 с.

84. Карманное руководство к МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями МКБ-10: ИДК-10. / Под ред. Дж. Э. Купера: [Пер. с англ.]. – К.: Сфера, 2000. – 464 с.

85. Кашапов М.М. Психология творческого мышления профессионала / М.М. Кашапов. – М.: ПЕРСЭ, 2006. – 687 с.

86. Ким Дж.О. Факторный анализ: статистические методы и практические вопросы / Ким Дж.О. // Факторный, дискриминантный и кластерный анализ: [пер. с англ.] / Под. ред. И.С. Енюкова. – М.: «Финансы и статистика», 1989. – 215 с.

87. Кириленко Т.С. Психологія: емоційна сфера особистості / Т.С. Кириленко. – К.: Либідь, 2007. – 256 с.

88. Киричук О.В. Проблеми психології, педагогічної взаємодії/ О.В. Киричук // Психологія: Респ. наук.-методич. зб. – К.: Освіта, 1992. – Вип. 37. – С. 3–12.

89. Кияшко Л.О. Дослідження впливу транчасової погодженості емоційно-когнітивного компонента професійного автостереотипу і професійної спрямованості майбутніх фахівців / Л.О. Кияшко, І.М. Некрасова. // Пробл. загал. та педагог. психології: [Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України] / За ред. С.Д. Максименка. – Т. VI.– Вип. 2. – К., 2004– С. 136–143.

90. Кожевникова М.Ф. Хемометрический поход к обработке данных в результате использования ядерно-физических методов анализа вещества / М.Ф. Кожевникова, В.В. Левенец, В.А. Диордица, И.Л. Ролик, А.А. Щур. // Складні системи і процеси. – 2008. – № 1. – С. 48–54.

91. Корольчук М.С. Психологічне забезпечення психічного та фізичного здоров'я / М.С. Корольчук, В.М. Крайнюк, А.Ф. Косенко, Т.І. Кочергіна. – К.: Фірма «ІНКОС», 2002. – 272 с.

92. Косарев В.В. Профессиональные заболевания медицинских работников: [Монография] / В.В. Косарева. // Самара: «Перспектива», 1998. – 200 с.

93. Косарев В.В. Профессиональные заболевания медицинских работников: [Монография] / В.В. Косарев. – Самара: «Перспектива», 1998. – 200 с.

94. Космолинский Ф.П. Эмоциональный стресс при работе в экстремальных условиях / Ф.П. Космолинский. – М.: Медицина, 1976. – 186 с.

95. Костюк Г.С. Загальна характеристика онтогенезу людської психіки. Вікова психологія. / Г.С. Костюк. // За ред. Г.С. Костюка. – К.: Радянська школа, 1976. – С. 28–52.

96. Кривонос О.Б. Формування професійно-творчих умінь студентів медичних коледжів у навчальній діяльності: автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.09; Харківський національний педагогічний ун-т ім. Г.С. Сковороди / О.Б. Кривонос. – Х., 2008. – 20 с.

97. Крылов А.А. Опыт применения Фрайбургского личностного опросника в диагностике психических состояний / А.А. Крылов, Л.В. Куликов // Теоретические и прикладные вопросы психологии. – 1995. – Вып. 1. – Ч. 2. – С. 5–12.

98. Крыштановский А.О. Огарничения метода регрессионного анализа / А.О. Крыштановский. // Социология. – 2000. – № 12. – С. 96–112.

99. Кулакова Т.Б. К вопросу подготовки педагога к работе по новым образовательным стандартам в современной начальной школе / Т.Б. Кулакова // Подготовка компетентного специалиста: наука и практика: [Материалы международной научно-практической конференции, 20 – 21 октября 2011г.]. – Тирасполь, 2011. – 384 с.

100. Куликов Л.В. Психология настроения / Л.В. Куликов. – СПб.: Изд-во С.Петербургского университета, 1997. – 234 с.

101. Купер К.Л. Источники стресса на работе и их связь со стрессорами вне ее / К.Л. Купер, М. Дэвидсон // Психосоциальные факторы на работе и охрана здоровья. – Женева: Изд-во ВОЗ, 1989. – С. 97–108.

102. Куравский Л.С. Применение факторного анализа результатов вейвлет-преобразований для исследования динамики психологических характеристик / Л.С. Куравский, П.А. Мармалюк, В.И. Абрамочкина, Е.А. Петрова. // Экспериментальная психология, 2009. – № 1. – С. 97–111.

103. Леви Л. Психосоматические заболевания как следствие профессионального стресса / Л. Леви. // Психосоциальные факторы на работе и охрана здоровья. – Женева: Изд-во ВОЗ, 1989. – С. 78–90.

104. Легун О.М. Психологічні основи використання соціально-психологічного тренінгу в системі післядипломної педагогічної освіти / О.М. Легун // Пробл. загал. та педагог. психології: [Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України] / За ред. С.Д. Максименка. – Т. V. – ч. 5. – К., 2002. – С. 142–148.

105. Леонова А.Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса / А.Б. Леонова. // Вестник Московского ун-та. – Серия 14: Психология. – 2000. – № 3. – С. 4–19.

106. Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения./ А.Н. Леонтьев. //: В 2-х т. – М.: Педагогика, 1983. –Т. 1. – 392 с.

107. Леонтьев Д.А. Тест смысло-жизненных ориентации (СЖО) / Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 2000. – 18 с.

108. Леонтьев Д.А. Факторная структура теста смысло-жизненные ориентации / Д.А. Леонтьев, М.О. Калашников, О.Э. Калашникова. // Психологический журнал. – Т. 14. – 1993. – № 1. – С. 150–155.

109. Личностный опросник FPI // Практикум по экспериментальной и прикладной психологии / Под ред. А.А. Крылова. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1990. – С. 51–61.

110. Ломов Б.Ф. К проблеме деятельности в психологии / Б.Ф. Ломов. // Психологический журнал. – 1981. – № 5. – С. 3–22.
111. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Б.Ф. Ломов. – М.: Директмедиа Паблишинг, 2008. – 1174 с.
112. Ломов Б.Ф. О системном подходе в психологии / Б.Ф. Ломов // Вопросы психологии. – 1975. – № 2. – С. 31–45.
113. Ломов Б.Ф. Психологические проблемы деятельности в особых условиях / Под ред. Б.Ф. Ломова, Ю.М. Забродина. – М.: Наука, 1985. – 232 с.
114. Лубанская В.А. Психология затрудненного общения: Теория. Методы. Диагностика. Коррекция. / В.А. Лубанская, Ю.А. Менджерицкая, Е.Д. Бреус. – М. Издательский центр «Академия», 2001. – 288 с.
115. Лусканова Н.Г. Пути психологической коррекции аномалий личности / Н.Г. Лусканова. // Здоровье, развитие, личность. – М.: Медицина, 1990. – с. 280–290.
116. Лушин П.В. Психология личностного изменения / П.В. Лушин. - Кировоград: Имекс ЛТД, 2002. – 360 с.
117. Мадди С. Теории личности: сравнительный анализ / С. Мадди. - СПб.: Речь, 2002. – 539 с.
118. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизации и прогнозирование в экстремальных условиях / А.Г. Маклаков // Психологический журнал. – Т. 22. – 2001. – № 1. – С. 16–24.
119. Максименко С.Д. Формування психолого-фізіологічної стійкості, профілактика стресів, розумових, емоційних та інших перевантажень обдарованих дітей і молоді, виховання у них патріотизму й громадянської позиції у процесі навчання та виховання / С.Д. Максименко, В.Ф. Москаленко, В.І. Берзінь, Р.Т. Бевз, О.В. Бичко. – К.: Купріянова, 2004. – 192с.
120. Максименко С.Д. Генеза здійснення особистості / С.Д. Максименко – К.: ТОВ «КММ», 2006. – 240 с.

121.Максименко С.Д. Психологія в соціальній та педагогічній практиці: Методологія, методи, програми, процедура / С.Д. Максименко. – К.: Наукова думка, 1998. – 226 с.

122.Максименко С.Д. Моделювання психологічних новоутворень: генетичний аспект / С.Д. Максименко. – К.: Форум, 2002. – 335 с.

123.Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2008. – 928 с. (Новейший справочник психолога).

124.Маркова А.К. Психология профессионализма / А.К. Маркова. — М.: Международ. гуманит. фонд «Знание», 1996. – 308 с.

125.Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. / В.Д. Менделевич // Практическое руководство. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 592 с.

126.Методические указания «Изучение методов интеллектуального анализ данных: компонентный анализ, кластерный анализ» к лабораторному практикуму по дисциплине «Интеллектуальные технологии и представление знаний» / Сост.: Б.Г. Ильясов, Е.А. Макарова, Э.Р. Габдуллина – Уфа, 2007. – 30 с.

127.Милтс А.А. Гармония и дисгармония личности / А.А. Милтс. // Философско-этический очерк. – М.: Политиздат, 1990. – 222 с.

128.Минюрова С.А. Психологические основания стратегий личностно-профессионального саморазвития. / С.А. Минюрова. // Журнал практического психолога. – 2008. – № 2. – С. 97–107.

129.Миронец С.М. Психологічні особливості професійної діяльності фахівців аварійно-рятувальних підрозділів МНС України / С.М. Миронець. // Вісник Київського міжнародного університету. – Серія: Педагогічні і психологічні науки. – Вип. 1. – К., 2002. – С. 228–239.

130.Митина О.В. Моделирование латентных изменений с помощью структурных уравнений /О.В. Митина. // Экспериментальная психология. – 2008. – № 1. – С. 131–148.

131. Митина О.В. Факторный анализ для психологов / О.В. Митина, И.Б. Михайловская. – М.: Учебно-методический коллектор «Психология», 2001. – 169 с.

132. Михальчук Ю.О. Гармонізація етнічної самосвідомості старшокласників: психологічні аспекти. Проблеми загальної та педагогічної психології: [Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України] / Ю.О. Михальчук. / За ред. С.Д. Максименка – Т. V. – Ч. 5. – К., 2003. – С. 214–219.

133. Мудрик А.В. Общение как объект педагогического исследования: Проблемы общения и воспитания / А.В. Мудрик. – Ч. 1. – Тарту, 1974. – С. 36–60.

134. Муздыбаев К. Удовлетворенность жизнью, ощущение счастья, переживание смысла собственного бытия / К. Муздыбаев. // Рабочий класс СССР на рубеже 80–х годов. – М., 1981. – С. 181–198.

135. Муздыбаев К. Влияние форм организации труда на ответственность личности на производстве / К. Муздыбаев. // Психологический журнал. – 1983. – № 3. – С. 61–69.

136. Налчаджян А.А. Социально-психическая адаптация личности: формы, механизмы и стратегии / А.А. Налчаджян. – Ереван: Изд-во АН АрмССР, 1988. – 262 с.

137. Никифоров Г.С. Психология здоровья / Г.С. Никифоров. – СПб.: Питер, 2003. – 607 с

138. Общая психодиагностика / Под ред. А.А. Бодалева и В.В. Столина. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. – 340 с.

139. Орбан-Лембрик Л.Е. Соціальна психологія: Кн. I: Соціальна психологія особистості і спілкування. – К.: Либідь, 2004. – 576 с.

140. Орел В.Е. Профессиональное развитие личности / В.Е. Орел. // Психология:– СПб.: Питер, 2005. – С. 415–430.

141. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы / В.Е. Орел. // Психологический

журнал. – Т. 22. – 2001. – № 1. – С. 90–101.

142. Павленко В.В. Поняття професійного стресу та стресової ситуації в психології й педагогіці / В.В. Павленко. // Пробл. загал. та педагог. психології: [Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України] / За ред. С.Д. Максименка. – Т. V. – Ч. 4. – К., 2003. – С. 243–250.

143. Павлюк Т.М. Емпатійні чинники професійної адаптації медичних сестер: дис...канд. психол.наук: 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія. / Тетяна Миколаївна Павлюк. – Луцьк, 2006. – 190 с.

144. Паньковець В.Л. Проблема професійного стресу менеджерів освітніх організацій./ В.Л. Паньковець. // Актуальні проблеми психології. Том 1.: Соціальна психологія. Психологія управління. Організаційна психологія: Зб. наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред.. С.Д. Максименка, Л.М. Карамушкм. – Ч. 9. – К.: Міленіум, 2003. – С. 126–129.

145. Первин Л. Психология личности: теория и исследования / Л. Первин, О. Джон. [Пер. с англ. М.С. Жамкочьян] / Под ред В.С. Магуна. - М.: Аспект-Пресс, 2001. – 607 с.

146. Пов'якель Н.І. Концептуальне обґрунтування моделі саморегуляції професійного мислення практичного психолога: [Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія] / Н.І. Пов'якель. – В. 6. – ч. 1. – Івано-Франківськ, 2001. – С. 66–79.

147. Пов'якель Н.І. Професійна рефлексія психолога-практика./ Н.І. Пов'якель. // Практична психологія та соціальна робота. – 1998. – № 6–7. – С. 3–6.

148. Поваренков Ю.П. Психологическое содержание профессионального становления человека / Ю. П. Поваренков. // – М.: Изд-во УРАО, 2002. – 160 с.

149. Поліщук В.А. Теорія і методика професійної підготовки соціальних педагогів в умовах неперервної освіти: [Монографія] / В.А. Поліщук. – Тернопіль: ТНПУ, 2006. – 424 с.

150. Полушкина И.В. Влияние личностных особенностей на восприятие качества жизни безработными / И.В. Полушкина. // Актуальные проблемы современной психологии: [Сборник статей международной научно-практической конференции аспирантов и докторантов, состоявшейся 21 марта 2008г.] / Под ред. Е.А. Корсунского. – Воронеж: «АНО МОК ВЭПИ», 2008. – С. 157–160.

151. Поляков Ю.Ф. Психологическая коррекция: ее роль и место в профилактике заболеваний./ Ю.Ф. Поляков, А.С. Спиваковская. // Современ. формы и методы организации психогигиенической и психопрофилактической работы: [Сб науч тр. Ленингр. науч.-исслед. психоневр. ин-та им. В.М. Бехтерева]. – Л., 1985. – С. 119–125.

152. Полякова А.С. Емоційне забезпечення навчального процесу як показник творчої майстерності педагога / А.С. Полякова // Пробл. загал. та педагог. психології: [Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України] / За ред. С.Д. Максименка. – Т. V. – Ч. 5. – К., 2002. – С. 199–203.

153. Полякова А.С. Роль эмоционального комфорта в успешном взаимодействии учителя с классом / А.С. Полякова. // Эмоциональная регуляция учебной и трудовой деятельности. – М.-Одесса, 1986. – С. 147–148.

154. Полякова О.Б. Психогигиена и профилактика профессиональных деформаций личности / О.Б. Полякова. –М.: НОУ ВПО Московский психолого-социальный институт, 2008. – 304 с.

155. Помиткіна Л.В. Комплексна програма соціально-психологічної корекції особистісних дизгармоній старшокласників / Л.В. Помиткіна. // Пробл. загал. та педагог. психології: [Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка АПН України] / За ред. С.Д. Максименка. – Т. V. – Ч. 4. – К., 2003. – С. 265–269.

156. Попков В.В. Психические факторы адаптации личности к служебно-боевой деятельности: дисс.... канд. психол. наук.: 19.00.01 – общая

психология, история психологи / Владимир Васильевич Попков. – Новосибирск, 1999. – 199 с.

157.Почебут Л.Г. Организационная социальная психология / Л.Г. Почебут, В.А. Чикер. – СПб.: Изд-во «Речь», 2000. – 298 с.

158.Практикум по психологии профессиональной деятельности и менеджмента: [Учеб. пособие, 2-е изд.] / Под ред. Г.С. Никифорова, М.А. Дмитриевой, В.М. Снеткова. – СПб.: Изд-во С–Пб ун-та, 2011. – 240 с.

159.Пряжников Н.С. Психологический смысл труда / Н.С. Пряжников. – М.: Институт практ. психологии. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. – 352 с.

160.Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д.Я. Райгородский. – Самара: Издательский дом «БАХРАХ», 1998. – С. 161 – 169.

161.Рассел Д. Измерение одиночества. Лабиринты одиночества / Д. Рассел. – М., 1989. – С. 192–228.

162.Рибалка В.В. Особистісний підхід у професіональному навчанні старшокласників / В.В. Рибалка. – Київ: Деміур, ІПППО АПН України, 1998. – 160 с.

163.Рибалка В.В. Теорії особистості у вітчизняній психології та педагогії / В.В. Рибалка. – Одеса: Вадим Вікторович Букаєв, 2009. – 575 с.

164.Роверк И. Харди. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными людьми / Роверк И. Харди. [Перев. с венгерского М. Алекса] / Под ред. проф. М.В. Коркиной. – 321 с.

165.Роджерс К. Взгляд на психотерапию: становление человека / К. Роджерс. – М.: Прогресс-Универс, 1994. – 480 с.

166.Розов В.И. Развитие адаптивности у студентов: системогенетический подход // Актуальные проблемы психологической службы: теория и практика: [Сб. мат. междунар. конференции] / В.И. Розов. / – Одесса, 1992. – С. 190–192.

167. Савенкова Т.И. Повышение эффективности процесса подготовки конкурентоспособного специалиста / Т.И. Савенкова. // Вестник университета Российской академии образования. – 2006. – № 3. – С. 110–114.

168. Савчин М.В. Психологічний аналіз проблеми моральної свідомості та самосвідомості особистості./ М.В. Савчин. // – Педагогіка і психологія професійної освіти. – 2005. – № 4. – С. 115–131.

169. Савчук Н.А. Комунікативна компетентність вчителя в процесі спілкування./ Н.А. Савчук. // Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики.– К.–Запоріжжя–Одеса, 2002. – № 15–16. – С. 123–127.

170. Савчук Н.А. Особливості психологічної корекції особистісних дисгармоній у педагогічних працівників / Н.А. Савчук. // Проблеми загальної та педагогічної психології: [Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України] /За ред. С.Д. Максименка. – Т. 6.– Вип. 7.– К., 2004.– С. 273–280.

171. Самоукина Н.В. Психология профессиональной деятельности./ Н.В. Самоукина. – СПб.: Питер, 2003. – 223 с.

172. Сандлер У.А. Что такое одиночество? Лабиринты одиночества У.А. Сандлер, Т.Б. Джонсон. – М., 1989. – С. 21–51.

173. Санникова О.П. Психологические контуры личности: форма и содержание / О.П. Санникова // Актуальні проблеми соціології, психології та педагогіки: [Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Тенденції розвитку психології в Україні: історія та сучасність»]. – К.: Либідь, 2006. – С. 105–115.

174. Санникова О.П. Результаты апробации оригинального тест-опросника социальной адаптивности / О.П. Санникова, О.В. Кузнецова. // Вестник Харьковского ун-та № 550. – Харьков, 2002. – С. 211–214.

175. Сапогова Е.Е. Психология развития человека / Е.Е. Сапогова. // – М.: Аспект Пресс, 2005. – 460 с.

176. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – М.: Прогресс, 1982. – 52 с.

177. Серый А.В. Применение теста смысло-жизненных ориентаций к диагностики-ке актуальных смысловых состояний (новая концептуализация) / А.В. Серый, А.В. Юпитов. // Сибирская психология сегодня: [Сборник научных трудов]. – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2002. – С. 41–54.

178. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій : гендерні аспекти: [Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів після диплом. Освіти] / За наук. ред. С.Д. Максименка, Л.М. Карамушки, Т.В. Зайчикової. – К.: Міленіум, 2004. – 264 с.

179. Смирнов Б.А. Психология деятельности в экстремальных ситуациях / Б.А. Смирнов, Е.В. Долгополова. – Х.: Изд-во Гуманитарный Центр, 2007. – 292 с.

180. Смирнов С.Д. Педагогика и психология высшего образования: от деятельности к личности / С.Д. Смирнов. – М.: Академия, 2005 – 400 с.

181. Собчик Л.Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики / Л.Н. Собчик. – СПб.: Речь, 2003. – 624 с.

182. Супрун Л.Н. Психологический анализ готовности будущих медсестер к профессиональной деятельности: дис. канд. психол. наук – 10.00.01 / Лариса Николаевна Супрун. – К., 1994. – 138 с.

183. Сыманюк Э.Э. Психологические барьеры профессионального развития личности: Практико-ориентированная монография / Э.Э. Сыманюк. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2005. – 252 с.

184. Творогова Н.Д. Социально-психологический тренинг в учебно-воспитательном процессе медвуза./ Н.Д. Творогова. // Психолого-педагогические исследования организации и оптимизации обучения в медицинском вузе.– М., 1980. – 172 с.

185. Теплов Б.М. Психология индивидуальных различий / Б.М. Теплов. // Избр. Труды: В 2-х т. – Т. 1. – М., 1995. – С. 14–312.

186. Титаренко Т.М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності / Т.М. Титаренко. – К.: Либідь, 2003. – 376 с.

187. Титаренко Т.М. Життєві завдання особистості в інтерперсональному контексті / Т.М. Титаренко. // Психолого-педагогічні засади розвитку особистості в освітньому просторі: [Матер. методол. семінару АПН України 19 березня 2008 р.]. – К.: АПН України, 2008. – 728 с.

188. Титаренко Т.М. Запобігання емоційному вигоранню в сім'ї як фактор гармонізації сімейних взаємин / Т.М. Титаренко, О.Я. Кляпець. – К.: Міленіум, 2007. – 142 с.

189. Тищук Л.І. Особливості синдрому професійного вигорання педагога дошкільного навчального закладу / Л.І. Тищук. [Зб. наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України] / За ред. С.Д. Максименка. – Т. 7. – Вип. 11. – К.: Логос, 2007. – С. 312–316.

190. Толочек В. Стили профессиональной деятельности как часть проблемы стиля в психологии / В. Толочек. // Стиль человека: психологический анализ. – М.: Смысл, 1998. – С. 163–173.

191. Урбанович А.А. Психология управления / А.А. Урбанович. – М.: Харвест, 2003. – 640 с.

192. Филимоненко Ю.И. Показатели успешности психической саморегуляции / Ю.И. Филимоненко. // Вестник ЛГУ. Экономика. Философия. Право. – № 23. – Л., 1982. – С. 23–36.

193. Філіппов С.О. Профілактика синдрому “вигорання” як умова оптимізації правоохоронної діяльності співробітників органів охорони державного кордону / С.О. Філіппов. // Пробл. загал. та педагог. психології: [Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка АПН України] / За ред. С.Д. Максименка– Т. V. – Ч. 4. – К., 2003. – С. 335–338.

194. Фільц О. Термінологічний словник / О. Фільц // Груповий психоаналіз: [пер.з нім.] / За ред. О. Фільца, Р. Гаубля, Ф. Лямонтт. – Львів: Класика, 2004. – 192 с.

195. Фонарев А.Р. Профессиональная деятельность как смысл жизни и акме профессионала / А.Р. Фонарев. // Мир психологии. – 2001. – № 1. – С. 104–109.

196.Фонарев А.Р. Формы становления личности в процессе ее профессионализации / А.Р. Фонарев. // Вопросы психологи. – 1997. – С. 88–94.

197.Форманюк Т.В. Синдром «эмоционального выгорания» учителя / Т.В. Форманюк. // Вопросы психологи. – 1994. – № 6. – С. 54–67с.

198.Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности / Э. Фромм // – М.: Республика, 1994. – 447 с.

199.Фурман А.В. Психологія особистісної адаптованості в гуманістичному вимірі суспільних взаємин / А.В. Фурман. // Наукове проектування інноваційних та альтернативних систем вищої освіти. – Тернопіль, 2000. – С. 167–170.

200.Фурман А. Категорії вітакультурної методології як ефективний засіб аналізу і розв'язання складних проблем /А. Фурман. // Інформаційний бюлетень інституту експериментальних систем освіти (науково-дослідного), 2004. – № 4. – С. 4–7.

201.Хетагурова А.К. Профессиональное выгорание / А.К. Хетагурова. // Сестринское дело. – 2004. – № 4–5. – С. 21–22.

202.Хьелл Л., Д. Зиглер Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб.: Питер, 2010. – 607 с.

203.Чабан О.С. Здоровье врача-невролога, психиатра. Кто о нем позаботится? / О.С. Чабан. // Здоровье. – 2007. – № 15–16. – С. 46.

204.Чепелева Н.В. Роль процесів розуміння та інтерпретації у створенні семіотичного простору психотерапії / Н.В. Чепелева. // Актуальні проблеми психології. Консультативна психологія і психотерапія / За ред. С.Д. Максименка, З.Г. Кісарчук. – Т. 3. – Випуск I. – К., 2002. – С. 30–45.

205.Черноглазова Л.С. К вопросу подготовки педагога к работе по новым образовательным стандартам в современной начальной школе. Подготовка компетентного специалиста: наука и практика: [Материалы международной научно-практической конференции, 20 – 21 октября 2011г.] / Л.С. Черноглазова. – Тирасполь, 2011. – 384 с.

206. Чудновский В.Э. К проблеме соотношения «внешнего» и «внутреннего» в психологии / В.Э. Чудновский. // Психологический журнал. – 1993. – № 5. – С. 3–12.
207. Шадриков В.Д. Психология деятельности и способности человека / В.Д. Шадриков. – М.: Издательская корпорация «Логос», 1996. – С. 14–87.
208. Шевченко Н.Ф. Функціонування професійної свідомості психолога у просторі консультативної взаємодії / Н.Ф. Шевченко. // Актуальні проблеми психології: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості / За ред. С.Д. Максименка, М.В. Папучі. – Київ, 2009. – Том 11. – Вип.2. – С. 279–28.
209. Шевченко Н.Ф. Становлення професійної свідомості практичних психологів у процесі фахової підготовки: монографія / Н.Ф. Шевченко. – К.: Міленіум, 2005. – 298 с.
210. Шишковец Т.А. Справочник социального педагога / Т.А. Шишковец. / – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2005. – 318 с.
211. Шмелев А.Г. Психосемантический анализ стилей межличностного восприятия в семье / А.Г. Шмелев, А.С. Кондратьева. // Семья и формирование личности. – М., 1981. – С. 80–86.
212. Штинова Г. Социальная педагогика / Г. Штинова, М.А. Галагузова, Ю.Н. Галагузова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2008. – 447 с.
213. Эсбенсен К. Анализ многомерных данных / К. Эсбенсен. – Черногловка: Изд-во ИПХФ РАН, 2005. – 158 с.
214. Ядов В.А. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности / В.А. Ядов. – Л.: Наука, 1979. – 264 с.
215. Ясперс Карл. Собрание сочинений по психопатологии «Ностальгия и преступления», «Бред ревности», «Методы проверки интеллекта и понятие деменции», «К анализу ложных восприятий» / Карл Ясперс. – М.: Издательский центр «Академия»; СПб.: «Белый Кролик», 1996. – 352 с.

216. Яценко Т. Глибинна психокорекція та упередження психічного вигорання. Частина 2. / Т. Яценко, Б. Іваненко, І. Євтушенко – К.: Главник, 2008. – С. 192.

217. Baltruschat N., Geissner E., Klein M. Deutsche Version des Children of Alcoholics Screening Test (CAST) – Befunde bei Patientinnen mit Magersucht und Bulimie // Suchttherapie, 2007. – № 8(2). – L. 74–81.

218. Bland J.M., Altman D.G. Multiple Significance Tests: the Bonferroni Method. British Medical Journal. – 1995. – 310(6973). – P. 170–170.

219. Jefferson A. Singer, Michael S. Neale, Gary E. Schwatz. The Nuts and Bolts of Assessing Occupational Stress: a Collaborative Effort with Labor // Stress Management in Work Setting. – Washington, D.C.: National Institute for Occupational Safety and Helth, 1987. – P. 3–29.

220. Pedra J. H. F., McIntyre L.M., Scharf M.E., Pittendrigh B.R. Genome-wide transcription profile of field- and laboratory-selected dichlorodiphenyltrichloroethane (DDT)-resistant Drosophila. – Proceedings of the National Academy of Sciences, 2004. – № 101(18). – P. 7034–7039.

221. Perneger T.V. What's wrong with Bonferroni adjustments. – British Medical Journal, 1998. – № 316(7139). – P. 1236–1238.

222. Potthoff R.F. Statistical aspects of the problem of biases in psychological tests (Institute of Statistics Mimeo Series No. 479.) – Chapel Hill: University of North Carolina, Department of Statistics, 1966. – 113 p.

223. Cohen J.A. Power Primer // Psychological Bulletin. – 1992. – № 112. – P. 155–159.

224. Crumbaugh J.S., Maholick L.T. Manual of Instructions for the Purpose in Life Test / J.S. Crumbaugh, L.T. Maholick. – Munster (Indiana), 1981. – 64 p.

225. Crumbaugh J.S., Maholick L.T. An experimental study of existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis / J.S. Crumbaugh, L.T. Maholick. // Journal of Clinical Psychology. – 1964. – № 20. – P. 200–207.

226. Eysenck H.J. Genetic and environmental contributions to individual differences: The three major dimensions of personality // *J. Person.* – 1990. – V. 58. – N 1. – P. 245–261.

227. Howell D.C. Statistical methods for psychology / D.C. Howell. – Belmont, CA: Thomson, Wadsworth, 2007. – 594 p.

228. Fahrenberg J., Selg, H., Hampel R. Die bevölkerungs repräsentative Normierung des Freiburger Persönlichkeitsinventars FPI-A. / J. Fahrenberg, H. Selg, R. Hampel. // *Diagnostica Band*, 1983. – № 29. – P. 336–345.

229. Fahrenberg J., Hampel R., Selg, H. Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. Revidierte Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A1 (5.Aufl.) / J. Fahrenberg, H. Selg, R. Hampel. – Göttingen: Hogrefe, 1989. – L. 12–27

230. Rotter J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement / J.B. Rotter // *Psychological Monographs* 80 (Whole Number 609), 1966. – P. 1–28.

231. Schein E.N. Career anchors resisted/implications or career development in the 21st century / E.N. Schein. // *Academy of Management Executive.* – 1996. – Vol. 10. – № 4. – P. 80–89.

232. Sery A., Yupitov A. Modification of Purpose-in-Life Test / A. Sery, A. Yupitov. // 28 Congreso Interamericano de Psicología. – Santiago, Chile, 2001. – P. 127.

233. Siegel S. Nonparametric Statistics For The Behavioral Sciences / S. Siegel. – NY: McGraw-Hill, 1956. – 312 p.

234. Szondi L. Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik. Band 1-3: Band 1. / L. Szondi. // Mit Abbildungen. – Bern: Huber, 1952. – 543 s.

235. Taylor P.A. An Introduction to Statistical Methods / P.A. Taylor. – Peacock, Itasca, 1972. – P. 104.

236. Quinnett P. The Key to Successful Therapy: In: «Psychology. The Annual Edition Series»: [Twentieth Edition] / P. Quinnett. – Dushkin Publishing Group –Inc., 1990. – P. 190–193.

237. West S.G., Finch J.F., Curran P.J. Structural equation models with nonnormal variables: Problems and remedies. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* / S.G. West, J.F. Finch, P.J. Curran. – 1995. – P. 56–75.