

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
ОДЕСЬКИЙ ІНСТИТУТ**

Кафедра загальнонаукових, соціальних та поведінкових дисциплін

«До захисту допущено»

Завідувач кафедри _____
(підпис)

доктор філ. наук, доцент

Нерубаська Алла Олександрівна

(наукове звання, науковий ступінь, прізвище та
ініціали)

« ____ » _____ 202 ____ р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

**на тему: «Психологічні характеристики медичних сестер в умовах
професійного стресу»**

Виконала:

студент групи ІН18-8-24-М1ПС(2,03)
(шифр групи)

Освітньої програми: «Психологія»

Спеціальності: 053 Психологія
(код і найменування спеціальності)

Бойченко Тетяна Анатоліївна
(ПІБ студента)

(підпис студента)

Керівник: кандидат психологічних наук,
доцент, доцент кафедри

Прокоф'єва-Акопова Світлана
Александрівна

(підпис наукового керівника)

2026 р.

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ
ПЕРСОНАЛОМ»
Одеський інститут

Кафедра загальнонаукових, соціальних та поведінкових дисциплін

Рівень вищої освіти: другий (магістерський) рівень

Спеціальності: 053 Психологія

Освітньої програми: «Психологія»

«Затверджую»

Завідувач кафедри _____

(підпис)

док. філ. наук, доцент **Нерубаська А.О.**

(вчене звання, науковий ступінь, ПІБ)

«_____» _____ 2026р.

Завдання

на кваліфікаційну роботу студента

Бойченко Тетяни Анатоліївни

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема кваліфікаційної роботи Психологічні характеристики медичних сестер в умовах професійного стресу

Керівник кваліфікаційної роботи: канд. психол. наук, доцент Прокоф'єва-Акопова С.А.
(посада, науковий ступінь, вчене звання)

2. Строк подання студентом кваліфікаційної роботи на попередній захист: Травень 2026р.

3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи (рекомендовані науковим керівником та відповідним методичним забезпеченням /окремі аспекти роботи, обсяги роботи
Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, які поділені на підрозділи, висновків до кожного розділу та загальних висновків, списку використаних джерел (80 найменувань). Загальний обсяг роботи – 92 друковані сторінки, обсяг основної частини роботи складає 83 сторінки.

4. Необхідний графічний та аналітичний матеріал за темою дослідження: .
Кваліфікаційна робота містить 3 таблиці

5. Календарний план виконання кваліфікаційної роботи

№ з/п	Назва етапів виконання кваліфікаційної роботи	Строки виконання		Примітка
		Планові	Фактичні	
1	2	3	4	5
1.	Збір та опрацювання наукових джерел	Листопад 2025	Листопад 2025	
2.	Написання вступу	Грудень 2025	Грудень 2025	
3.	Розділ 1. Теоретико-методологічні підґрунтя дослідження особистості медичних сестер в умовах професійного стресу	Грудень 2025	Грудень 2025	
4.	Розділ 2. Методично- організаційні підвалини дослідження дослідження особистості медичних сестер в умовах професійного стресу	Січень 2026	Січень 2026	
5.	Розділ 3. Емпіричне дослідження дослідження особистості медичних сестер в умовах професійного стресу	Березень 2026	Березень 2026	

1	2	3	4	5
6.	Висновки	Квітень 2026	Квітень 2026	
7.	Оформлення списку використаних джерел	Квітень 2026	Квітень 2026	
8.	Подання роботи на перевірку керівнику	Квітень 2026	Квітень 2026	
9.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	Квітень 2026	Квітень 2026	

АНОТАЦІЯ

Бойченко Т.А. «Психологічні характеристики медичних сестер в умовах професійного стресу» – Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» – Одеський інститут ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом». Одеса, 2026.

Актуальність дослідження психологічних характеристик медичних сестер в умовах професійного стресу зумовлена комплексом соціальних, професійних і особистісних чинників, що суттєво впливають як на ефективність медичної діяльності, так і на психічне благополуччя самих фахівців.

Передусім, сучасна система охорони здоров'я функціонує в умовах підвищеного навантаження, нестабільності та постійних реформ, що супроводжується зростанням вимог до медичного персоналу. Медичні сестри, як представники соціономічних професій, щоденно взаємодіють із пацієнтами, перебувають у ситуаціях відповідальності за життя і здоров'я людей, що обумовлює високий рівень емоційного напруження.

Мета – теоретично та емпірично розглянути особливості особистості медичних сестер у стресогенних умовах професійної діяльності

У роботі були використані наступні **методи дослідження**: теоретичний, психодіагностичний.

Ключові слова: особистість медичної сестри, особливості діяльності, професійний стрес, професійна деформація, емоційна сфера.

ANNOTATION

Boychenko T.A. "Psychological characteristics of nurses in conditions of professional stress" – It's Manuscript.

Diploma's work in obtaining the educational qualification of " bachelor's " Odesa Institute PJSC «Institution of higher education «Interregional Academy of Personnel Management». Odesa, 2026.

The relevance of studying the psychological characteristics of nurses in conditions of professional stress is due to a complex of social, professional and personal factors that significantly affect both the effectiveness of medical activity and the mental well-being of the specialists themselves.

First of all, the modern health care system operates in conditions of increased workload, instability and constant reforms, which is accompanied by increasing requirements for medical personnel. Nurses, as representatives of socioeconomic professions, interact with patients daily, are in situations of responsibility for the life and health of people.

The goal is to theoretically and empirically consider the personality characteristics of nurses in stressful conditions of professional activity

The following research **methods** were used in the work: theoretical, psychodiagnostic.

Keywords: nurse personality, characteristics of activity, professional stress, professional deformation, emotional sphere.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1	
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНЕ ПІДГРУНТЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В УМОВАХ ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ	12
1.1. Психологічна характеристика професійної діяльності в особливих умовах.....	12
1.2. Психологічний зміст професійної діяльності медичної сестри	23
1.3. Сутність та походження змін особистості в умовах професійного стресу.....	31
Висновки до першого розділу.....	50
РОЗДІЛ 2	
МЕТОДИЧНО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПІДВАЛИНИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В УМОВАХ ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ	52
2.1. Основні принципи організації та проведення емпіричного дослідження особистості медичних сестер в умовах професійного стресу	52
2.2. Загальна характеристика вибірки та етапи дослідження особистісних дисгармоній	54
Висновки до другого розділу	66
РОЗДІЛ 3	
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В УМОВАХ ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ	68
3.1. Особливості особистості медичних сестер з різним стажем, які працюють у звичайних та особливих умовах	68
3.2. Методичні рекомендації з профілактики професійного стресу у медичних сестер	78
Висновки до третього розділу.....	75
ВИСНОВКИ.....	83
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	85

ВСТУП

Актуальність дослідження психологічних характеристик медичних сестер в умовах професійного стресу зумовлена комплексом соціальних, професійних і особистісних чинників, що суттєво впливають як на ефективність медичної діяльності, так і на психічне благополуччя самих фахівців.

Передусім, сучасна система охорони здоров'я функціонує в умовах підвищеного навантаження, нестабільності та постійних реформ, що супроводжується зростанням вимог до медичного персоналу. Медичні сестри, як представники соціономічних професій, щоденно взаємодіють із пацієнтами, перебувають у ситуаціях відповідальності за життя і здоров'я людей, що обумовлює високий рівень емоційного напруження та стресогенності їх діяльності. Професійний стрес у цьому контексті розглядається як стан психічного напруження, що виникає під впливом інтенсивних та емоційно насичених професійних факторів .

Особливої актуальності проблема набуває у зв'язку з поширенням синдрому емоційного вигорання серед медичних сестер. Дослідження свідчать, що навіть фахівці з невеликим стажем роботи демонструють ознаки демотивації, виснаження та професійної дезадаптації, що негативно впливає на якість медичних послуг і міжособистісну взаємодію з пацієнтами . Це підкреслює необхідність глибшого аналізу психологічних характеристик особистості, які виступають як факторами ризику, так і ресурсами подолання стресу.

Крім того, професійна діяльність медичних сестер супроводжується впливом численних стресогенних чинників: високий темп роботи, дефіцит часу, емоційно складні контакти з пацієнтами та їх родичами, відповідальність за результати лікування, а також організаційні труднощі в системі охорони здоров'я. Усе це сприяє формуванню хронічного стресу, який може

призводити до тривожності, депресивних станів і зниження професійної ефективності .

Важливим аспектом актуальності є також необхідність вивчення індивідуально-психологічних характеристик медичних сестер, таких як рівень стресостійкості, емоційної регуляції, емпатії, мотивації та копінг-стратегій.

Саме ці характеристики визначають здатність особистості адаптуватися до професійних труднощів і зберігати психологічну рівновагу в умовах постійного навантаження. Дослідження соціально-психологічної адаптації медичних працівників показують, що ефективність професійної діяльності значною мірою залежить від рівня сформованості адаптаційних ресурсів і підтримки .

Не менш значущим є і суспільний вимір проблеми. Психологічний стан медичних сестер безпосередньо впливає на якість медичної допомоги, рівень задоволеності пацієнтів та загальну ефективність функціонування медичних закладів. У зв'язку з цим дослідження психологічних характеристик у контексті професійного стресу має не лише теоретичне, але й практичне значення, оскільки сприяє розробці програм психологічної підтримки, профілактики вигорання та підвищення професійної стійкості.

Таким чином, актуальність дослідження психологічних характеристик медичних сестер в умовах професійного стресу визначається зростанням рівня психоемоційного навантаження в медичній сфері, поширенням негативних психічних станів серед персоналу, необхідністю забезпечення високої якості медичних послуг та потребою у впровадженні ефективних психологічних інтервенцій для підтримки професійного здоров'я медичних працівників.

Мета дослідження: теоретично та емпірично розглянути особливості особистості медичних сестер у стресогенних умовах професійної діяльності.

Для досягнення поставленої мети в процесі дослідження ставилися такі основні завдання:

1. Проаналізувати наукову літературу з питань професійного стресу та особливостей діяльності медичних сестер.

2. Укласти комплекс психодіагностичних методик.
3. Провести емпіричне дослідження особливостей особистості медичних сестер з різним стажем роботи.
4. Укласти методичні рекомендації зі зменшення впливу на особистість професійного стресу.

Об'єкт дослідження- особистість медичної сестри.

Предмет дослідження - психологічні характеристики медичних

с

Методи дослідження. Для реалізації завдань дослідження було використано метод аналізу та узагальнення наукових першоджерел; психодіагностичний метод та метод математичної статистики (кореляційний аналіз). До батареї методик увійшли методика вивчення кар'єрних орієнтацій «Якоря кар'єри» Е. Шейна; (адаптація В.А. Чикер і В.Є. Винокурової), Фрайбурзький особистісний опитувальник (FPI, форма В), Тест вмисловиттєвих орієнтацій (СЖО), адаптована версія тесту Дж.Крамбо і Л.Махоліка «Мета у житті» (Purpose-in-Life Test, PIL); «Тест-опитувальник соціальної адаптованості» (О.П. Саннікової О.В. Кузнецової); Опитувальник рівня суб'єктивного контролю (Є.Ф. Бажин, Е.А. Голинкін, А.М. Еткінд); методика діагностики рівня емоційного вигорання В.В. Бойко

Теоретичне значення дослідження проблеми психологічних характеристик медичних сестер в умовах професійного стресу полягає у поглибленні та систематизації наукових уявлень про взаємозв'язок особистісних властивостей і специфіки професійної діяльності в стресогенному середовищі медичної сфери.

Передусім, таке дослідження сприяє розвитку теоретичних підходів до розуміння професійного стресу як складного багатовимірного феномена, що включає емоційні, когнітивні, мотиваційні та поведінкові компоненти. У цьому контексті уточнюється роль індивідуально-психологічних характеристик (стресостійкості, емоційної регуляції, емпатії, рівня тривожності, особливостей копінг-поведінки) як чинників, що

й

н

опосередковують вплив професійного середовища на психічний стан особистості. Це дозволяє конкретизувати положення сучасних психологічних теорій стресу, адаптації та професійного вигорання.

Важливим аспектом теоретичного значення є розширення наукових уявлень про специфіку професійної діяльності медичних сестер як особливого виду соціономічної праці. Дослідження дає змогу глибше осмислити психологічні механізми функціонування особистості в умовах постійної взаємодії з пацієнтами, високої відповідальності та емоційної напруженості. У цьому зв'язку уточнюються закономірності формування професійної ідентичності, емоційної включеності та професійної деформації в медичній діяльності.

Крім того, результати дослідження сприяють розвитку теорії психологічної адаптації, зокрема в частині визначення ресурсів і бар'єрів адаптаційного процесу в умовах хронічного стресу. Виявлення взаємозв'язків між особистісними характеристиками та ефективністю адаптації дозволяє уточнити структурно-функціональні моделі адаптаційного потенціалу особистості, а також окреслити механізми збереження психологічної рівноваги в умовах професійного навантаження.

Суттєвим є й внесок у розвиток концепції емоційного вигорання. Дослідження психологічних характеристик медичних сестер дає змогу деталізувати чинники виникнення та перебігу цього явища, розмежувати його стадії та виявити індивідуальні предиктори розвитку. Це поглиблює теоретичні положення щодо природи вигорання як специфічної форми професійної дезадаптації.

Також теоретичне значення полягає у міждисциплінарній інтеграції знань, оскільки проблема професійного стресу медичних сестер знаходиться на перетині психології праці, медичної психології, соціальної психології та психології особистості. Узагальнення результатів дослідження сприяє формуванню цілісного підходу до вивчення особистості в умовах професійної

діяльності та розширює понятійно-категоріальний апарат сучасної психологічної науки.

Таким чином, теоретичне значення дослідження полягає у поглибленні наукового розуміння психологічних особливостей медичних сестер у стресогенних умовах праці, уточненні існуючих і розробці нових теоретичних моделей професійного стресу, адаптації та вигорання, а також у розширенні міждисциплінарних зв'язків у дослідженні особистості в професійній діяльності.

Практичне значення дослідження психологічних характеристик медичних сестер в умовах професійного стресу полягає у можливості використання отриманих результатів для підвищення ефективності професійної діяльності медичного персоналу, збереження їхнього психічного здоров'я та оптимізації функціонування системи охорони здоров'я загалом.

Насамперед, результати такого дослідження можуть бути використані для розробки та впровадження програм психологічної підтримки медичних сестер. Йдеться про створення тренінгів зі стресостійкості, розвитку емоційної регуляції, формування ефективних копінг-стратегій та навичок саморегуляції.

Практична реалізація таких програм сприятиме зниженню рівня професійного стресу, профілактиці емоційного вигорання та підвищенню психологічної витривалості фахівців.

Важливим напрямом практичного застосування є використання результатів дослідження у системі професійного відбору та підготовки медичних кадрів. Виявлені психологічні характеристики (рівень тривожності, емпатійність, мотивація досягнення, стресостійкість) можуть бути покладені в основу психодіагностичних методик для оцінювання професійної придатності кандидатів до роботи в умовах підвищеного емоційного навантаження. Це дозволить зменшити ризики професійної дезадаптації та підвищити якість кадрового забезпечення медичних закладів.

Крім того, практичне значення дослідження проявляється у вдосконаленні системи післядипломної освіти та підвищення кваліфікації

медичних сестер. Включення результатів дослідження до навчальних програм дає змогу формувати у фахівців навички ефективної міжособистісної взаємодії, управління емоційними станами та подолання стресових ситуацій у професійній діяльності. Це, у свою чергу, позитивно впливає на якість надання медичних послуг і задоволеність пацієнтів.

Не менш важливим є використання отриманих даних для організації психологічного супроводу медичного персоналу в закладах охорони здоров'я. Зокрема, результати дослідження можуть бути основою для створення системи регулярного моніторингу психоемоційного стану медичних сестер, раннього виявлення ознак професійного вигорання та надання своєчасної психологічної допомоги.

Практичне значення також полягає у можливості вдосконалення управлінських рішень у медичних установах. Керівники закладів охорони здоров'я можуть використовувати результати дослідження для оптимізації умов праці, зниження рівня професійного стресу, покращення організаційного клімату та запобігання конфліктам у колективах. Це сприяє підвищенню продуктивності праці та зниженню плинності кадрів.

Таким чином, практичне значення дослідження психологічних характеристик медичних сестер в умовах професійного стресу полягає у створенні науково обґрунтованих підходів до психологічної підтримки, професійного розвитку та збереження психічного здоров'я медичного персоналу, що в кінцевому результаті забезпечує підвищення якості медичної допомоги та ефективності функціонування системи охорони здоров'я.

Структура дипломної роботи визначена метою та завданнями магістерського дослідження. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, які поділені на підрозділи, висновків, списку використаних джерел (80 найменувань). Загальний обсяг роботи – 93 друковані сторінки, обсяг основної частини роботи складає 83 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНЕ ПІДГРУНТЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В УМОВАХ ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ

1.1. Психологічна характеристика професійної діяльності в особливих умовах

Професійна діяльність посідає центральне місце в структурі життєдіяльності людини, оскільки саме вона визначає провідну форму її активності та займає значну частину життєвого часу. Для більшості людей професійна сфера є основним засобом задоволення широкого спектра потреб, реалізації власного потенціалу, розвитку здібностей, самоствердження та досягнення певного соціального статусу. Вступ до професії закономірно супроводжується формуванням специфічного способу життя, характер якого насамперед обумовлюється умовами здійснення професійної діяльності.

У сучасному суспільстві професійна діяльність представників багатьох галузей відбувається в ускладнених обставинах, що позначаються як «особливі», «напружені», «кризові», «стресогенні», «надзвичайні» або «екстремальні». У психологічній науці накопичено значний обсяг досліджень, присвячених функціонуванню людини в подібних умовах, зокрема у сферах авіації, військової служби, правоохоронної діяльності, пожежної безпеки [34].

У цих працях аналізуються впливи екстремальних чинників, особливості психічних станів, що виникають у складних ситуаціях, а також індивідуально-психологічні характеристики, які забезпечують ефективність діяльності.

Встановлено, що результативність професійної діяльності в таких умовах залежить не лише від рівня підготовки та професійної мотивації, але й від здатності особистості протистояти емоційно напруженим впливам [34, 41].

Особливі умови професійної діяльності розглядаються як окремий клас, що займає проміжне положення між звичайними та екстремальними умовами.

Вони характеризуються специфічною дією стресогенних факторів, переважанням негативних функціональних станів і трансформацією механізмів психологічної регуляції діяльності. Відмінність між різними типами складних умов полягає не стільки у природі чинників, скільки у частоті їх виникнення, тривалості впливу та інтенсивності. До особливих умов належать ті ситуації, в яких вплив екстремальних факторів має епізодичний або потенційно ймовірний характер, при цьому їх сила є відносно помірною, а негативні психічні стани — не надмірно вираженими [34, 41].

Такі умови передбачають можливість раптового виникнення небезпечних ситуацій як для самого суб'єкта діяльності, так і для оточення. Чинники, що їх зумовлюють, можуть мати різну природу — фізичну, хімічну чи соціальну, однак спільною їх ознакою є непередбачуваність і позаплановість. Вагому роль у регуляції поведінки в подібних умовах відіграє емоційна сфера особистості. Емоції, що виникають у процесі відображення людиною реальності, істотно впливають на перебіг психічних процесів, визначаючи ефективність діяльності. Характер емоційних переживань здатний зумовлювати загальні способи взаємодії особистості з навколишнім середовищем, а також специфіку її активності у професійній сфері.

У сучасних умовах розвитку психологічної науки особливої значущості набуває проблема підготовленості особистості до здійснення різних видів діяльності, зокрема професійної, а також до ефективного й творчого виконання життєвих і соціально значущих завдань. Нерідко діяльність людини відбувається в умовах, що істотно відрізняються від звичних, що зумовлює необхідність переосмислення підходів до визначення готовності фахівця до праці, особливо в ситуаціях підвищеної складності. Такі обставини, які висувають до працівника підвищені вимоги, прийнято визначати як особливі умови діяльності [15, 18, 39].

У наукових дослідженнях до таких умов відносять широкий спектр чинників: виконання професійних завдань у небезпечному для життя середовищі, ускладнення функціональних обов'язків, підвищення темпу роботи, монотонну діяльність у режимі очікування сигналу до термінових дій, необхідність поєднання різнорідних за цілями операцій, обробку значних обсягів інформації, обмеженість часу для прийняття рішень, а також вплив несприятливих умов робочого середовища. Сукупність цих факторів створює підвищене навантаження на особистість і вимагає від неї високого рівня професійної та психологічної готовності [34, 41, 42, 54, 60].

Особливі умови діяльності істотно ускладнюють професійне функціонування, підвищують імовірність помилок, знижують працездатність і можуть негативно впливати на фізичний і психічний стан працівника. Вони, як правило, пов'язані з впливом екстремальних чинників або ризиком виникнення екстремальних ситуацій. Залежно від частоти, тривалості та регулярності дії таких чинників виокремлюють власне особливі умови, що характеризуються епізодичним впливом стресогенних факторів, та екстремальні умови як їх крайній прояв, коли вплив має постійний характер.

Суттєвою ознакою подібних умов є те, що вони часто мають об'єктивний характер і практично не піддаються зміні, що обмежує можливості безпосереднього впливу людини на них. Поняття «екстремальні чинники» охоплює такі впливи зовнішнього середовища, які викликають у організмі граничні реакції та перевіряють відповідність психофізіологічних можливостей людини вимогам діяльності.

Професійна діяльність у подібних умовах супроводжується значним нервово-психічним напруженням, яке виникає під впливом різноманітних стресогенних факторів. До них належать фізико-хімічні особливості середовища, механічні навантаження (наприклад, вібрації чи перевантаження), акустичні впливи, фактори безпеки, висока ймовірність непередбачуваних або аварійних ситуацій, специфіка професійних завдань, підвищений рівень відповідальності, страх помилок та невдач. Сукупна дія

цих чинників формує складні умови діяльності, що потребують від особистості значних адаптаційних ресурсів [5, 12].

Таким чином, особливі умови діяльності розглядаються як специфічна сфера професійної активності, що виходить за межі звичайних умов і може спричиняти формування негативних функціональних станів та порушення психологічної регуляції діяльності. Водночас важливо розрізняти діяльність у звичайних та особливих умовах: якщо перша є типовою для широкого кола професій, то друга передбачає виконання завдань у ситуаціях підвищеної складності, часто фахівцями, які пройшли спеціальну підготовку.

Значний масив наукових праць присвячений проблемі забезпечення ефективної життєдіяльності людини в умовах змінного та стресогенного середовища. Більшість із них ґрунтується на положеннях теорії адаптації, відповідно до якої адаптація розглядається як процес досягнення оптимальної взаємодії між людиною та середовищем. Вона може виступати як динамічний процес пристосування до зовнішніх умов і водночас як інтегральна властивість саморегульованої системи, що визначає її стійкість до впливу середовища.

Рівень розвитку адаптаційних можливостей безпосередньо впливає на здатність людини ефективно функціонувати та зберігати продуктивність діяльності в умовах дії психогенних чинників: чим ширші ці можливості, тим вищою є ймовірність успішної адаптації та результативної професійної діяльності.

А.С. Аїзер пропонує розглядати людину в контексті взаємодії двох протилежних тенденцій: з одного боку — здатності пристосовуватися до ускладнених умов реальності, з іншого — прагнення до самозміни та розвитку власних можливостей як самостійної цінності [цит. за 14]. Людське існування, за цією логікою, постійно балансує між необхідністю змінюватися задля адаптації до зовнішніх вимог і бажанням трансформуватися з метою вдосконалення власних цінностей і здібностей. У цьому підході відображено ключовий принцип системного історико-еволюційного розуміння особистості, представлений у працях Б. Г. Ананьєва, Л. С. Виготського, О. Р. Лурії, О. М.

Леонтьєва, С. Л. Рубінштейна. Згідно з ним, розвиток будь-якої системи можливий лише за наявності внутрішніх суперечностей, які виникають між адаптивними формами активності, спрямованими на збереження стабільності, та індивідуальною варіативністю, що забезпечує розвиток [цит. за 21].

У працях Н.А. Грішиної підкреслюється, що для фахівців, які працюють у складних умовах, смисл життя часто пов'язаний із професійним саморозвитком і можливістю надавати допомогу іншим. Для них життєві орієнтири виходять за межі особистих інтересів і проявляються, зокрема, у прагненні реалізувати себе через сім'ю, дітей та соціально значущу діяльність. Таке осмислення професії сприяє зниженню негативного впливу стресових ситуацій і виступає ресурсом психологічної стійкості [цит. за 21].

Разом із тим, вплив особливих умов діяльності на систему життєвих цінностей не є однозначним. Високий рівень напруження нерідко призводить до погіршення психічного та фізичного стану, розвитку депресивних проявів. У деяких випадках фахівці сприймають питання сенсу життя як абстрактне або недосяжне, що свідчить про відчуження від особистісно значущих орієнтирів і втрату їх інтеграції у власний життєвий світ.

Н.А. Грішина також виокремлює кілька груп працівників залежно від характеру їх реагування на вплив особливих умов професійної діяльності.

До першої групи належать особи, для яких такі умови стають надмірним випробуванням, що призводить до професійної та особистісної дезадаптації і, як наслідок, відмови від професії.

Друга група характеризується станом так званої пасивної адаптації: у цих фахівців спостерігається нестійка рівновага між вимогами діяльності та рівнем їх реалізації, вони звикають до труднощів, але не відчують задоволення від професійної діяльності.

Третю групу становлять особи, для яких складні умови стають стимулом до саморозвитку: вони використовують професійні виклики як ресурс для особистісного і професійного зростання, а сама діяльність набуває для них смисложиттєвого значення.

Одним із найсуттєвіших негативних чинників професійної діяльності в особливих умовах є психічна напруженість. Вона виникає як наслідок впливу складних умов праці, міжособистісних конфліктів, а також очікування несприятливого розвитку подій. Такий стан супроводжується переживанням тривоги, внутрішнього дискомфорту та фрустрації.

Особливі умови діяльності формуються під впливом різноманітних факторів, зумовлених специфікою середовища, характером виконуваної роботи та особливостями інформаційних потоків. Кожен із цих чинників має власний вплив на поведінку та діяльність людини. Водночас можна виділити й загальні закономірності, притаманні функціонуванню в подібних умовах. Однією з них є виникнення психічної напруженості як типової реакції на складні умови діяльності, що пов'язана з передбаченням негативного розвитку ситуації та супроводжується емоційним напруженням, тривожністю і відчуттям невизначеності [цит. за 7].

У процесі діяльності в особливих умовах зазвичай виокремлюють три основні різновиди психічної напруженості: емоційну (афективну), неемоційну (операційну, ділову) та комбіновану [44].

Емоційна напруженість формується під впливом чинників, що викликають сильні переживання, зокрема невизначеність, тривогу, страх та інші негативні емоції. Вона може виникати як до початку діяльності, так і безпосередньо під час її виконання. Її поява пов'язана з розбіжністю між об'єктивною значущістю ситуації та її суб'єктивним сприйняттям, що супроводжується небажаними змінами у психічному та фізіологічному функціонуванні. Такий тип напруженості меншою мірою орієнтований на ефективне виконання завдань, оскільки значну роль у ньому відіграють захисні реакції організму.

Операційна напруженість виникає у випадках, коли діяльність вимагає значного інтелектуального та моторного напруження, але не пов'язана з реальною загрозою або серйозними наслідками, що могли б викликати попереднє емоційне переживання. Вона формується поступово в процесі

виконання складних завдань і є результатом підвищених вимог до ресурсів людини. Водночас такий поділ видів напруженості є відносним, оскільки будь-яка діяльність тією чи іншою мірою включає емоційний компонент, і за певних умов операційна напруженість може трансформуватися в емоційну.

Найбільш типовою для діяльності в особливих умовах є змішана психічна напруженість, яка поєднує в собі як емоційні, так і операційні складові. Її специфіка визначається співвідношенням цих компонентів, що може змінюватися залежно від ситуації та індивідуальних особливостей людини.

У межах нашого магістерського дослідження особливий інтерес становить взаємозв'язок між психічною напруженістю як характерною ознакою діяльності в складних умовах і емоційною стійкістю як ключовою особистісною характеристикою. Здатність людини зберігати ефективність діяльності без надмірного психічного напруження або, навпаки, схильність до його виникнення значною мірою зумовлюється рівнем її емоційної стійкості: високий рівень цієї якості сприяє кращій адаптації, тоді як низький — підвищує вразливість до стресу.

Традиційно аналіз діяльності в особливих умовах здійснюється через дослідження взаємозв'язку трьох ключових компонентів: характеристик зовнішніх чинників (екстремальних умов), індивідуально-психологічних особливостей і станів особистості (внутрішніх умов), а також результативності діяльності. У цій системі важливим є питання співвідношення об'єктивних і суб'єктивних факторів. Вирішальну роль у підсумку відіграють внутрішні умови, оскільки зовнішні впливи реалізуються через призму індивідуальних особливостей людини. Це означає, що в однакових ситуаціях різні люди можуть демонструвати відмінні поведінкові реакції та результати діяльності, що обумовлено специфікою їхнього особистісного потенціалу та психологічних ресурсів.

У межах нашого магістерського дослідження доцільно зосередити увагу на внутрішніх чинниках цього феномена, серед яких провідне місце посідають індивідуально-психологічні особливості особистості.

Попри існування різних підходів до їх класифікації, більшість науковців виокремлюють низку ключових характеристик, зокрема:

- рівень інтелектуального розвитку (когнітивна гнучкість, широта знань, здатність до практичного мислення, узгодженість пізнавальних процесів);
- ступінь особистісної стабільності (надійність, стресостійкість, упевненість у власних силах, відповідальність, комунікативні вміння);
- відсутність виражених проявів тривожності, внутрішньої напруженості та психопатологічних симптомів;
- психодинамічні особливості (рівень нейротизму, екстраверсія–інтроверсія, типи вегетативної саморегуляції тощо) [12].

Під впливом зовнішніх умов і з урахуванням зазначених індивідуальних характеристик у людини формуються різноманітні психічні стани. Вони є багатовимірними та змінними, а їх узагальнену характеристику в конкретних умовах діяльності позначають як функціональний стан. Цей стан відображає рівень ефективності виконання діяльності, ступінь залучення фізіологічних і психічних систем, а також співвідношення між результативністю і «внутрішньою ціною» діяльності. Іншими словами, функціональний стан демонструє, наскільки людина готова до виконання певних завдань, чи достатні її ресурси та наскільки стабільним є їх використання.

Серед основних різновидів функціональних станів виділяють: стан оперативного спокою, який свідчить про загальну готовність до діяльності без урахування її специфіки; стан адекватної мобілізації, що характеризує включеність у діяльність із відповідністю психофізіологічних реакцій вимогам ситуації; а також стан динамічної неузгодженості, який виникає тоді, коли реакції організму не відповідають навантаженню або перевищують актуальні можливості людини.

Найпоширенішим проявом такої неузгодженості в умовах підвищеної складності є стрес. Перехід від стану адекватної мобілізації до дезорганізації діяльності визначає рівень стресостійкості особистості. Діяльність у складних умовах зазвичай супроводжується розвитком стресових реакцій, які можна розглядати як сукупність психічних і фізіологічних змін у відповідь на дію інтенсивних або значущих чинників. Такі чинники позначають як стресори або психогенні впливи, які часто мають емоційно насичений характер.

Згідно з концепцією Г. Сельє, стрес є універсальною, неспецифічною реакцією організму на будь-який вплив, що перевищує індивідуально допустимий поріг. Цей поріг є варіативним і залежить як від зовнішніх умов, так і від внутрішніх ресурсів особистості, що пояснює відмінності у реакціях різних людей на однакові подразники.

Залежно від природи стресора та особливостей його впливу розрізняють фізіологічний і психологічний стрес. Перший виникає як безпосередня відповідь організму на фізичні або хімічні подразники. Другий має складніший характер, оскільки опосередковується психічними процесами, що визначають інтерпретацію ситуації та реакцію на неї. У науковій літературі психологічний стрес часто описується через поняття психічної напруженості. Його фізіологічні прояви можуть бути подібними до фізіологічного стресу, однак психологічні та поведінкові зміни є значно різноманітнішими. Найбільш типовими серед них є трансформації емоційних реакцій, зміни мотиваційної сфери та особливості перебігу пізнавальних процесів [33, 38, 45].

Психологічний стрес зазвичай поділяють на три основні різновиди: інформаційний, емоційний та комунікативний.

Інформаційний стрес виникає або внаслідок надмірного потоку даних, коли людина не встигає їх обробляти й ухвалювати рішення в потрібному темпі, або, навпаки, через дефіцит інформації, що призводить до станів нудьги, апатії та втрати інтересу до діяльності.

Емоційний стрес пов'язаний із переживанням загрози, небезпеки, образи, тривоги та інших значущих емоційних станів.

Комунікативний стрес зумовлюється труднощами у взаємодії з іншими людьми, конфліктами та проблемами міжособистісного спілкування в колективі.

Водночас такий поділ є відносним, оскільки різновиди стресу відрізняються насамперед типом стресора, умовами його виникнення та інтенсивністю реакції організму. Загалом стресори класифікують на фізіологічні та психологічні. До фізіологічних належать фактори, пов'язані з фізичним перевантаженням, больовими впливами, температурними екстремумами тощо. Психологічні стресори мають сигнальний характер і проявляються через сприйняття загрози, небезпеки, дефіциту часу, інформаційного перевантаження або специфіки соціальної взаємодії.

З фізіологічної точки зору стрес проявляється у вигляді загального адаптаційного синдрому, який виконує пристосувальну функцію і спрямований на забезпечення адаптації організму до нових умов. У межах цієї концепції Г. Сельє запропонував розрізняти два рівні адаптаційних ресурсів — поверхневий і глибинний. Поверхневі ресурси активізуються швидко у відповідь на стрес і відносно легко відновлюються, наприклад у процесі відпочинку. За умови їх своєчасного відновлення організм не переходить у стан передпатологічних змін.

Водночас, відповідно до поглядів ученого, відновлення поверхневих ресурсів відбувається за рахунок глибинних резервів, які мобілізуються через перебудову гомеостатичних механізмів. Активізація цих глибинних ресурсів спостерігається у випадках тривалого впливу стресу або вичерпання первинних адаптаційних можливостей. Їх виснаження може призводити до серйозних негативних наслідків, зокрема до загального виснаження організму та розвитку емоційного вигорання.

Узагальнюючи викладене, варто підкреслити кілька положень, важливих для нашого дослідження. По-перше, вплив екстремальних чинників і відповідні особливі умови діяльності дедалі частіше супроводжують повсякденне життя людини, особливо у професійній сфері. По-друге,

професійна діяльність нерідко здійснюється в умовах, що відрізняються від звичних і характеризуються періодичною появою стресогенних ситуацій.

Традиційний підхід до вивчення діяльності в подібних умовах передбачає аналіз взаємодії трьох ключових складових: характеристик зовнішніх чинників, функціональних станів людини та результативності її діяльності. Така схема узгоджується з положенням про те, що зовнішні впливи реалізуються через внутрішні умови особистості, що знаходить відображення у психологічному розумінні умов праці як системи взаємодії об'єктивних і суб'єктивних факторів.

Під впливом екстремальних факторів, що формують особливі умови професійної діяльності, у людини виникають специфічні функціональні стани, серед яких провідне місце займає стрес. Відповідно до концепції Г. Сельє, з фізіологічної точки зору стрес постає як загальний адаптаційний синдром, тобто універсальна, неспецифічна реакція організму на різноманітні впливи, що перевищують звичні межі. Водночас ці межі є індивідуальними для кожної людини та визначаються її особистісними і психофізіологічними особливостями.

Стрес, який виникає внаслідок дії екстремальних чинників, розглядається не лише як природна, а й як необхідна умова життєдіяльності. Він виступає закономірною відповіддю організму на зміну умов існування, що супроводжується активізацією його адаптаційних ресурсів. Завдяки цьому стрес виконує мобілізаційну функцію, сприяючи пристосуванню до нових або ускладнених обставин.

Разом із тим принципово важливо, щоб цей стан не набував крайніх форм, які можуть мати деструктивний вплив на організм. Одним із найбільш негативних наслідків тривалого або надмірного стресу є емоційне вигорання. Саме цей феномен має бути в центрі уваги психології праці, особливо в контексті діяльності в особливих умовах. Проте на практиці йому часто не приділяється достатньої уваги, що значною мірою пов'язано з його прихованим, латентним характером. У результаті значна кількість працівників

постійно перебуває під впливом цього явища, яке залишається недостатньо усвідомленим і врахованим у професійній діяльності.

1.2. Психологічний зміст професійної діяльності медичної сестри

Із розвитком сучасної медичної науки зростає значущість професії медичної сестри та розширюється спектр її функціональних обов'язків. Для якісного догляду за пацієнтами медичні сестри повинні володіти не лише базовими, а й складними медичними та технічними знаннями і практичними навичками. Водночас їх професійна діяльність характеризується високим ступенем багатогранності та різноплановості, що висуває підвищені вимоги до рівня підготовки фахівця.

Специфіка роботи медичних сестер зумовлює необхідність її глибокого аналізу з метою вдосконалення системи професійної підготовки майбутніх спеціалістів. Основою діяльності медсестри є різноманітні види взаємодії, які охоплюють її контакти з пацієнтами, ставлення до власного професійного «Я», взаємини з колегами, а також із суспільством загалом. Оскільки ключовим компонентом цієї професії є безпосередня взаємодія з іншими людьми, важливим є її розгляд у межах психолого-деонтологічного підходу.

У рамках даного дослідження доцільно спиратися на категорію «діяльність», оскільки, як підкреслював С. Л. Рубінштейн, глибоке розуміння психологічних особливостей людини можливе лише через аналіз її реальної життєдіяльності, вчинків і переживань у контексті конкретних умов існування. У зв'язку з цим особливого значення набуває аналіз структури професійної діяльності та механізмів її саморегуляції [цит. за 11].

Професійну діяльність медичної сестри доцільно розглядати в контексті соціально-психологічного підходу як цілісну систему, що має внутрішньо організовану структуру та реалізується через комунікативну взаємодію з

пацієнтами і членами медичного колективу. Такий підхід дозволяє врахувати як зовнішні умови праці, так і внутрішні психологічні механізми її здійснення.

Проблема структурування діяльності є складною через її багаторівневий та ієрархічний характер, а також через тісний зв'язок між окремими її компонентами, що формуються в процесі соціалізації. У науковій літературі існують різні підходи до розуміння структури діяльності. Зокрема, О. М. Леонт'єв розглядав діяльність як систему дій, які реалізуються через операції як способи виконання цих дій. Л. П. Буєва виокремлювала дві основні форми діяльності — практичну та духовну. У свою чергу, М. С. Каган виділяв такі її типи, як перетворювальна, пізнавальна, ціннісно-орієнтаційна та комунікативна діяльність [цит. за 52].

У межах діяльнісного підходу професійну діяльність медичної сестри можна представити як послідовність взаємопов'язаних етапів: первинне обстеження пацієнта, визначення медсестринського діагнозу (виявлення потреб і проблем), планування медсестринської допомоги, реалізація запланованих втручань, а також оцінка результатів із можливим подальшим коригуванням. Подібну структуру пропонує і І. Харді, хоча він поєднує етап обстеження та постановки діагнозу в єдиний блок.

Предметом діяльності медичної сестри виступає безпосередня взаємодія з пацієнтом, що має характер індивідуалізованого перетворювального процесу і реалізується через тісний міжособистісний контакт. З позиції М. С. Кагана, така діяльність належить до перетворювального типу та потребує постійної комунікативної включеності й особистісної взаємодії з іншими учасниками лікувального процесу.

Таким чином, психологічний аналіз змісту сестринської діяльності не обмежується лише рівнем технологічної підготовки медичної сестри, а обов'язково включає її здатність до творчого підходу у догляді за пацієнтом. Важливим є вміння розглядати хворого не як об'єкт виконання маніпуляцій, а як цілісну особистість із власними потребами, переживаннями та індивідуальними особливостями.

У цьому контексті К. К. Платонов підкреслював, що проблема взаємодії «медичний працівник – пацієнт» значною мірою належить до сфери соціальної психології, оскільки ключову роль у ній відіграє процес спілкування. Саме комунікація визначає як зміст професійної діяльності, так і її результативність. Він також відносив медичних працівників до професій, у яких взаємодія з отримувачами послуг є основним змістом роботи і безпосередньо впливає на її ефективність [цит. за 34].

Особливі умови професійної діяльності медичних працівників супроводжуються різними емоційними станами та переживаннями, які можуть як підвищувати стійкість до впливу стресових факторів, так і, навпаки, знижувати її, формуючи підвищену чутливість до професійних навантажень. Проблематика взаємодії у системі «медсестра – пацієнт» активно досліджується також у межах медичної психології. У деонтологічному аспекті особливе значення надається таким морально-етичним категоріям, як гуманізм, сумлінність, відповідальність, чесність та збереження професійної таємниці. У той же час медична психологія акцентує увагу на особистісних характеристиках медичного працівника і пацієнта, а також на питаннях профілактики ятрогенних впливів.

Зростання емоційного навантаження у професійній діяльності медичних сестер зумовлене підвищенням рівня персональної відповідальності, розвитком медичних технологій, посиленням контролю за якістю медичних послуг та ускладненням професійної диференціації. Усе це підвищує вимоги до психологічної стійкості фахівця та його здатності ефективно регулювати власні емоційні стани [20].

Варто також зазначити, що взаємини між медичним працівником і пацієнтом визначаються не лише професійними та особистісними характеристиками учасників взаємодії, але й конкретними умовами професійної діяльності, в яких ця взаємодія відбувається. Специфіка медичної праці формується під впливом як зовнішніх умов роботи, так і індивідуально-психологічних особливостей фахівця, які проявляються через механізми

самоконтролю, емоційного досвіду та саморегуляції. Така саморегуляція включає інтеграцію результатів самопізнання та емоційно-ціннісного ставлення до власної особистості у процес регуляції поведінки.

Як уже зазначалося, професійна діяльність у складних умовах може викликати інтенсивні емоційні переживання. При цьому чим вищим є рівень емоціогенності ситуації, тим більш подібними можуть бути реакції різних людей на неї. Водночас сила емоційної реакції значною мірою визначається індивідуальними особливостями особистості, зокрема її стійкими емоційними схильностями та диспозиціями до переживання певних емоційних станів [8].

Характер взаємодії між медичною сестрою та пацієнтом має суттєвий вплив на ефективність лікувального процесу. Для того щоб ці стосунки були продуктивними, медичний працівник повинен володіти не лише фаховими медичними знаннями, а й розвиненою психологічною компетентністю, навичками комунікації та певними особистісними якостями, сукупність яких можна визначити як психологічну культуру. Розвинені комунікативні вміння сприяють налагодженню контакту з пацієнтом, отриманню необхідної інформації, адекватній оцінці його стану, а також точній і своєчасній передачі лікареві даних щодо перебігу захворювання, діагнозу та рекомендацій [17].

У професійній діяльності медичного персоналу важливу роль відіграють як рівень фахової підготовки, так і індивідуально-психологічні особливості особистості. Негативний вплив можуть мати певні установки медичної сестри щодо психічних розладів, стресових станів, внутрішніх конфліктів і переживань пацієнтів. Крім того, наявність невротичних рис у самої медичної сестри здатна спричиняти емоційну дистанцію, непорозуміння та ускладнення у взаємодії з хворим. Водночас сам факт захворювання суттєво впливає на психічний стан людини, викликаючи страхи, тривожність і занепокоєння, що, у свою чергу, може негативно позначатися на перебігу хвороби. Тому важливим завданням є врахування психічних процесів пацієнта, його емоційних переживань і поведінкових реакцій у процесі лікування.

З позицій функціонального підходу ефективність професійної діяльності також підтверджується дослідженнями соціальних психологів. Зокрема, у роботах під керівництвом Г. М. Андрєєвої показано, що результативність діяльності визначається не лише зовнішніми соціально-психологічними умовами, а й внутрішніми судженнями та оцінками, які формує сам суб'єкт у процесі роботи [цит. за 21].

Оскільки будь-яка людина вступає у взаємодію як особистість, вона сприймається партнером спілкування також крізь призму особистісних характеристик. Враження, що виникають у процесі такого сприйняття, виконують важливу регулятивну функцію: з одного боку, пізнання іншої людини сприяє самопізнанню, а з іншого — точність розуміння партнера впливає на успішність спільної діяльності. Як зазначає Г. М. Андрєєва, уявлення про іншу людину тісно пов'язане з рівнем розвитку самосвідомості, оскільки поглиблення розуміння іншого водночас збагачує уявлення про себе. Це означає, що у процесі взаємодії важливо враховувати не лише мотиви, потреби й установки партнера, а й те, як він сам інтерпретує ці психологічні характеристики [цит. за 21].

У контексті професійної діяльності медичних сестер цей аспект набуває особливої значущості, адже ефективне лікування значною мірою залежить від здатності медичного працівника розуміти пацієнта через механізми емпатії та рефлексії. Йдеться про вміння медсестри сприймати хворого, враховувати його індивідуально-психологічні особливості, інтуїтивно ставити себе на його місце, бачити ситуацію з його позиції та відчувати його емоційний стан.

Комунікативні навички медичної сестри, хоча й визначаються як важлива складова професійної компетентності, на практиці не завжди повною мірою реалізуються в процесі роботи. Однією з причин такої невідповідності виступають особистісні труднощі та внутрішні психологічні проблеми самих медичних працівників. Ця проблематика активно досліджується в межах психології професійного становлення медичних сестер [19; 28; 40; 54].

Слід підкреслити, що цінності та норми сестринської справи, маючи беззаперечне етичне значення, водночас можуть розглядатися і як інструментальні умови ефективної професійної діяльності. Їх засвоєння відбувається ще на етапі професійної підготовки, коли студенти медичних навчальних закладів поступово ідентифікують себе з майбутньою професійною роллю медичної сестри. Дослідження свідчать, що якість професійної адаптації значно підвищується, якщо майбутні фахівці ще в процесі навчання опановують вимоги ефективної комунікації та засвоюють професійні норми й цінності. Подібні положення підтверджуються роботами низки дослідників, зокрема І. Вітенка, В. Л. Марищука, Л. М. Супрун, О. М. Юдіної та інших.

Водночас у медичній літературі процес прийняття професійної ролі часто розглядається через призму негативних явищ, що можуть виникати у практиці лікаря та медичної сестри. Йдеться про професійні деформації, які проявляються у зниженні емоційної чутливості, байдужості до страждань пацієнтів та формуванні емоційного захисту від переживань іншої людини. Подібні явища вступають у суперечність із етичними вимогами професії, що передбачають емпатійність, уважність, доброзичливість і готовність до співпереживання як основу лікувальної взаємодії.

Аналіз психолого-медичної літератури свідчить, що у процесі взаємодії «лікар – пацієнт» активніша роль належить саме медичному працівнику, який організовує та спрямовує лікувальний процес і несе відповідальність за його результати [21, 24, 43, 45, 55, 57]. Водночас пацієнт виступає як об'єкт допомоги, тобто як ціль професійної діяльності, тоді як медичний працівник виконує інструментальну функцію забезпечення цього процесу. Аналогічні закономірності характерні й для діяльності медичної сестри. У межах типології взаємодії, що ґрунтується на співвідношенні активності та функціональної ролі учасників, взаємодію медичної сестри з пацієнтом можна віднести до типу «обслуговування», де пацієнт виступає як ціль, а медсестра — як засіб реалізації професійної допомоги.

Нерідко причиною конфліктних ситуацій між медичною сестрою та пацієнтом є неправильне розуміння або інтерпретація рольових позицій обох сторін. Додатковим чинником виступає недостатня здатність медичного працівника до емоційної саморегуляції в умовах стресу, що може призводити до перенесення негативного емоційного стану з однієї ситуації на інші епізоди професійного спілкування. У результаті підвищується ризик виникнення міжособистісних конфліктів та зниження ефективності сестринської діяльності. Важливо зазначити, що якість взаємодії між медичною сестрою і пацієнтом безпосередньо впливає на результативність лікувального процесу.

У працях з медичної етики та деонтології переважно описуються нормативні вимоги до особистості медичної сестри, які часто мають характер ідеалізованого професійного образу. Вони передбачають високий рівень гуманності, моральної відповідальності, постійне професійне вдосконалення та відданість професії. Поряд із нормативною моделлю існують також історично сформовані уявлення про еталон медичної сестри. Загалом, незалежно від концептуальних підходів до формування образу «Я-медсестра», його зміст і ціннісна наповненість істотно впливають на успішність професійної діяльності [цит. за 28].

У сучасній міжнародній практиці сестринської справи існує значна кількість теоретичних моделей сестринського догляду, серед яких найбільш поширеними є еволюційно-адаптаційна, поведінкова, адаптаційна моделі, модель дефіциту самогляду, оздоровча модель Ален та додатково-компенсаторна модель. Це свідчить про багатогранність професії та необхідність врахування реальних умов і психологічних особливостей діяльності медичної сестри у наукових дослідженнях і практиці.

У процесі професійної діяльності медичних сестер важливо враховувати знання про основні типи особистісної спрямованості, які відображають систему ціннісних орієнтацій, мотивів і прагнень людини та проявляються у її професійній поведінці. Спрямованість особистості визначається як провідний вектор самореалізації, у межах якого людина розкриває власний потенціал і

реалізує здібності [13; 19; 49]. У межах відповідних підходів виокремлюють, зокрема, три типи спрямованості: творчо-створювальну, споживацьку та руйнівну. Очевидно, що споживацький і руйнівний типи у професійній сфері медичної сестри можуть істотно гальмувати її професійний розвиток, тоді як творчо-створювальна спрямованість, навпаки, сприяє постійному професійному зростанню, активному розвитку компетентностей і розкриттю професійного потенціалу.

Аналіз теоретичних і емпіричних досліджень психолого-деонтологічних аспектів сестринської діяльності дозволяє стверджувати, що ефективність професійної роботи медичної сестри значною мірою визначається якістю комунікації. При цьому спілкування слід розглядати як цілісну систему, що включає інформаційний, інтерактивний і перцептивний компоненти, кожен із яких робить внесок у загальний терапевтичний результат сестринської практики.

У контексті нашого магістерського дослідження особливу увагу привертають питання розвитку психологічної компетентності медичних сестер і формування їхньої професійної культури [33; 39; 47]. Ефективна професіоналізація майбутнього фахівця значною мірою забезпечується сформованістю професійних умінь, які інтегрують базові знання, рефлексивно усвідомлені смисли професійної діяльності, а також емоційно забарвлений досвід міжособистісної взаємодії.

Структура особистісного компонента діяльності медичної сестри включає рефлексивні процеси, осмислення професійного досвіду, його вербалізацію та здатність до відтворення і використання зразків ефективної професійної взаємодії. Це проявляється у встановленні контакту з пацієнтом, обміні інформацією, передачі та сприйнятті емоційних станів, а також у впливі на поведінку й когнітивну сферу хворого [16; 66].

Реалізація професійних умінь медичної сестри відбувається у взаємопов'язаних формах — вербально-логічній, образно-експресивній та контрольно-регулятивній. Кожна з них функціонує у трьох основних

площинах: інформаційній (збирання даних про стан пацієнта), когнітивній (аналіз і опрацювання інформації та формування плану дій у взаємодії з лікарем) і рефлексивній (усвідомлення та регуляція мотиваційно-потребової сфери особистості медичної сестри).

1.3. Сутність та походження змін особистості в умовах професійного стресу

Г. С. Костюк розглядав розвиток психіки людини як ускладнену, динамічно організовану систему, для якої характерна єдність кількісних і якісних змін. На його думку, ці зміни відбуваються через процеси диференціації та інтеграції психічних структур, а сам розвиток відзначається нерівномірністю та індивідуальною варіативністю [цит. за 8]. Зокрема, нерівномірність психічного розвитку проявляється у чергуванні періодів прискорення та уповільнення. При цьому етапи уповільнення не слід трактувати як зупинку чи регрес, оскільки вони радше відображають накопичення внутрішніх ресурсів, що створює передумови для подальшого інтенсивного розвитку [цит. за 8]. Водночас Г. С. Костюк наголошував, що так звані вікові кризи не є обов'язковим і універсальним явищем для всіх людей. Наявні дані дають підстави розглядати їх як індивідуально зумовлені особливості розвитку, значною мірою пов'язані зі стилем і якістю виховного впливу [цит. за 8]. Вказані закономірності онтогенетичного розвитку психіки простежуються також у сучасних дослідженнях формування вікових новоутворень і отримують сучасне теоретико-методологічне обґрунтування [9; 10], що є підґрунтям для розуміння природи особистісних дисгармоній.

Положення психології про культурно-історичну детермінацію становлення особистості [5; 33; 47], а також про визначальну роль навчання й виховання у психічному розвитку [8; 9; 10; 17; 22] підтверджуються й у висновках патопсихологічних досліджень. Зокрема, підкреслюється, що

психічні процеси та властивості особистості не є прямим результатом дозрівання окремих мозкових структур, а формуються в процесі онтогенезу та значною мірою залежать від способу життя дитини [70].

Водночас у порівнянні понять норми й патології у розвитку особистості виникає певна суперечність: значно глибше вивченими залишаються саме патологічні відхилення, тоді як психологічне розуміння «нормальної особистості» є менш розробленим. Унаслідок цього інколи спостерігається тенденція заповнення теоретичних прогалів психіатричними термінами [70].

У сучасній психології як умови та водночас критерії нормативного особистісного розвитку пропонуються такі характеристики:

- ставлення до іншої людини як до самодостатньої цінності;
- здатність до децентрації, самовіддачі та любові як спосіб реалізації цього ставлення;
- творчий характер життєдіяльності;
- потреба в позитивній свободі;
- можливість вільного самовираження;
- здатність до самопроєктування майбутнього;
- віра у реалізацію власних планів;
- внутрішня відповідальність перед собою та іншими;
- прагнення до пошуку цілісного життєвого сенсу [34].

Відхилення особистісного розвитку, що займають проміжне положення між «нормою» і «патологією», можуть бути охарактеризовані низкою психологічних ознак. До них належать сприйняття іншої людини як засобу досягнення власних цілей, виражений егоцентризм, недостатня здатність до самовіддачі та емпатійного ставлення, а також залежність життєдіяльності від зовнішніх обставин. Для таких варіантів розвитку характерні відсутність потреби у внутрішній, позитивно пережитій свободі, обмежені можливості самовираження та самопроєктування майбутнього, зниження віри у власні ресурси, дефіцит відповідальності перед собою та іншими, а також відсутність усвідомленого прагнення до пошуку життєвого сенсу [34].

При цьому підкреслюється важливе положення: як у межах норми, так і в умовах відхилень йдеться не про статичні, незмінні стани, а про безперервний процес розвитку особистості [34]. Це має принципове значення для розуміння природи особистісних дисгармоній, які слід розглядати в динаміці їх формування.

Дисгармонія особистості проявляється у тому, що базові задатки та здібності формально зберігаються, однак їх соціальна та особистісна ефективність знижується через порушення пропорцій між різними компонентами психічної організації — темпераментом, характером, мотиваційною та потребовою сферами. У поведінці це може виявлятися підвищеною емоційною чутливістю, афективною збудливістю, сенситивністю, нестабільністю реакцій, які іноді поєднуються з надмірною екстравертованістю або, навпаки, ригідністю. У таких випадках мислення набуває афективного забарвлення.

В інших ситуаціях може спостерігатися загальне зниження динамічних характеристик психіки, що часто супроводжується вираженою інтроверсією. Порушується цілісність і узгодженість характерологічних властивостей, їх глибина, стійкість і пластичність, що відображається у зміні ставлення особистості до себе, інших людей, праці та соціального оточення. Одночасно зменшується інтенсивність потреб і спостерігається звуження мотиваційної сфери. Це призводить до зниження соціальної активності та продуктивності діяльності [цит. за 41].

Також посилюються ригідність поведінки, схильність до стереотипізації дій, іноді з надмірною педантичністю, знижується психічна гнучкість і здатність до адаптації. У результаті активність особистості загалом зменшується, а поведінка набуває рис пасивної залежності від зовнішніх обставин [60].

Ознаки особистісних дисгармоній можуть співвідноситися як із клінічно вираженими порушеннями та аномаліями розвитку особистості, так і з варіантами внутрішніх суперечностей у межах психічної норми та здоров'я.

Враховуючи відсутність чіткої межі між «нормою» і «патологією» як у клінічному, так і в психологічному підходах, особистісні дисгармонії доцільно розглядати в межах умовної норми, яка передбачає потенційну можливість переходу як до адаптивних, так і до дезадаптивних форм розвитку.

Аналіз проблематики гармонії та дисгармонії особистості у філософсько-етичному вимірі свідчить, що на сьогодні не існує цілісної та завершеної теорії цього явища. Її формування потребує тривалих міждисциплінарних досліджень із залученням представників різних наукових галузей [13]. Як зазначає А. Мілтс, поняття гармонії відображає ідею узгодженості між природою, суспільством і людиною, характеризуючи взаємну відповідність, пропорційність, збалансованість і впорядкованість явищ та процесів [цит. за 13]. Натомість дисгармонія трактується як стан, що характеризується порушенням узгодженості, наявністю диспропорцій і суперечностей, хаотичністю, дезорганізацією, втратою рівноваги, а також невідповідністю між елементами системи або їх відхиленням від прийнятих норм і зразків [цит. за 13].

Розвиток особистості є поетапним і багаторівневим процесом, у якому перехід до нових якісних станів неможливий без подолання певних суперечностей і тимчасових дисгармоній, що супроводжують зміну попередніх форм розвитку. Спроби штучно замаскувати ці суперечності створюють лише видимість гармонії, яка насправді має поверхневий і суперечливий характер, умовно «подвійний» зміст [цит. за 13]. У процесі становлення особистості як цілісного соціального суб'єкта природно виникають різні диспропорції розвитку: тимчасове домінування окремих якостей, переважання негативних емоційних станів, переживання сумнівів, тривожності, невпевненості, внутрішнього напруження чи незадоволеності. У певних умовах такі стани можуть виконувати навіть конструктивну функцію.

Таким чином, елементи дисгармонії є невід'ємною складовою розвитку кожної особистості.

Парадоксальний характер співвідношення гармонії та дисгармонії особистості особливо виразно проявляється на різних рівнях її розвитку, що підтверджується дослідженнями Т. М. Титаренко. Авторка наголошує, що навіть за умови статистичної переваги дисгармонійних станів у порівнянні з гармонійними можна зробити висновок, що дисгармонія є типовим і фактично нормативним явищем. При цьому йдеться не про повне усунення дисгармонії як такої, а лише про зміну її конкретних форм або ступеня вираженості [56].

Оскільки розвиток особистості включає чергування гармонійних і дисгармонійних фаз та має гетерохронний характер, поява дисгармоній є закономірною і досить ймовірною. У цьому контексті особистісна дисгармонія визначається як непатологічне відхилення розвитку, що виникає під впливом несприятливих життєвих умов, кризових періодів або деструктивних внутрішніх конфліктів [69].

Авторка також пов'язує прояви особистісних дисгармоній із формуванням специфічних вікових новоутворень, що можуть мати суперечливий або «ускладнений» характер і супроводжувати розвиток людини протягом усього життєвого шляху.

У загальнотеоретичному плані особистість розглядається як системна соціальна характеристика індивіда, що формується та виявляється у процесі взаємодії з соціальним середовищем. У межах одного з підходів до проблеми становлення особистості В. Ф. Сафін та Г. П. Ніков описують особистість, здатну до самовизначення, як таку, що орієнтується на систему групових, колективних і суспільних відносин [42]. Таким чином, особистість розглядається у ширшому соціальному контексті, який відображає реальні взаємозв'язки людини із зовнішнім світом. Проблематика відносин у психології має важливе методологічне значення та значною мірою розроблена у працях В. М. Мясіщева.

У контексті нашого магістерського дослідження важливо підкреслити, що характер і глибина взаємодії людини зі світом суттєво варіюють: кожна особистість включена в систему різнорівневих зв'язків, причому суб'єктами

відносин виступають як окремі індивіди, так і соціальні групи. У результаті людина одночасно перебуває у полі численних і різнопланових взаємин. У цьому різноманітті доцільно виокремлювати два базові типи: суспільні відносини та так звані «психологічні» (міжособистісні) відносини, які у концепції В.М. Мясіщева розглядаються як особливий рівень взаємодії особистостей [4; 60].

Багатство соціальних зв'язків визначає внутрішню (інтраіндивідуальну) організацію особистості, тоді як сформовані властивості та риси, у свою чергу, регулюють обсяг, інтенсивність і якість її соціальних контактів. Саме тому аналіз особистісних дисгармоній логічно здійснювати, виходячи з соціальної природи людини та її включеності в систему міжособистісних відносин.

У дослідженнях В.С. Духновського підкреслюється, що дисгармонійність у відносинах можна розглядати як «передконфліктний» стан взаємодії, який за умови посилення напруги переходить у відкриті конфлікти, протистояння або навіть розрив взаємин між їх учасниками [6].

Для стабільного функціонування міжособистісної взаємодії всі її психологічні компоненти мають перебувати у стані узгодженості та взаємної підтримки. Порушення системи значущих для людини відносин нерідко стає передумовою розвитку психічних розладів, зокрема невротичних станів. У структурі відносин виділяють інтеракційні (диспозиційні) почуття, які виконують регулятивну функцію у взаємодії між людьми. Вони, у свою чергу, поділяються на зближувальні та віддаляючі емоційні тенденції [91].

Відсутність балансу між цими полюсами призводить до порушення гармонії у відносинах, у тому числі міжособистісних.

Життєвий світ людини загалом ґрунтується на принципі рівноваги та взаємодії протилежних тенденцій. Більшість явищ соціально-психологічної реальності можна описати через систему полярних характеристик. У цій діалектичній єдності відображається не лише логіка наукового мислення, а й реальний стан людського існування, де гармонія і дисгармонія співіснують,

взаємодіють і змінюють співвідношення залежно від умов розвитку особистості.

Дисгармонія у відносинах означає порушення узгодженості як між їхніми структурними компонентами, так і між самими суб'єктами взаємодії.

Переважно її пов'язують із особливостями соціального буття особистості та її включеністю у суспільний простір [51].

Водночас переживання дисгармонії не обмежується лише соціальною сферою: воно охоплює всі рівні життєдіяльності людини, проявляючись як суб'єктивне відчуття неблагополуччя у різних сферах життя, зокрема й у професійній діяльності.

Огляд наукової літератури, присвяченої проблематиці дисгармоній [60], дає підстави виокремити кілька основних їхніх різновидів у структурі особистості.

1. Емоційна дисгармонія проявляється у порушенні емоційної рівноваги у взаєминах. Вона виникає тоді, коли переважають емоції віддалення (самотність, ворожість, гнів, почуття провини, каяття, заздрість, сором, образа) над емоціями зближення (довіра, дружність, доброзичливість, почуття єдності, вдячність, самоприйняття, повага, любов) або, навпаки, коли позитивні переживання набувають надмірно інтенсивного, гіперболізованого характеру, що також порушує емоційний баланс.

2. Когнітивна дисгармонія пов'язана з викривленнями у сприйнятті, оцінюванні та розумінні партнера по взаємодії. Йдеться про неточність або помилковість інтерпретації як поведінки іншої людини, так і характеру взаємин із нею, що зумовлює нестійкість і напруженість контактів. Окремим її проявом є позиційна дисгармонія, яка виникає через розбіжності у суб'єктивних поглядах, установках і точках зору учасників взаємодії. Її основою часто виступає різний життєвий досвід, а також відмінності у ціннісних орієнтаціях і смислових настановах, що призводить до взаємного нерозуміння.

3. Рольова дисгармонія ґрунтується на невідповідності між очікуваними та реальними моделями поведінки у взаємодії. Роль у цьому контексті розглядається як соціально обумовлений спосіб дій, який очікується від людини залежно від її статусу та позиції у групі [4; 24]. Дисгармонія виникає тоді, коли учасники взаємодії по-різному трактують власні та чужі рольові обов'язки або коли реальна поведінка не відповідає рольовим очікуванням у професійних чи соціальних відносинах.

4. Комунікативна дисгармонія характеризується порушенням узгодженості інформаційного обміну між учасниками взаємодії. Вона проявляється у слабкому або відсутньому зворотному зв'язку, виникненні комунікативних бар'єрів, неузгодженості каналів і способів передавання інформації, а також у розбіжностях комунікативних позицій. У результаті ускладнюється координація спільних дій і досягнення взаємно узгоджених цілей, що знижує ефективність взаємодії загалом.

5. Дисгармонія, пов'язана зі структурою «Я» суб'єктів взаємин, відображає невідповідність між «Я-реальним» і «Я-ідеальним» (бажаним). У випадку їхньої значної розбіжності формується глибокий внутрішній дисбаланс, який ускладнює або навіть унеможлиблює конструктивний процес саморозвитку особистості. Л.В. Куликов зазначає, що як надмірна, так і мінімальна різниця між образом «Я-реального» та «Я-бажаного» може гальмувати особистісне зростання. У разі значної невідповідності часто виникають почуття неповноцінності, невпевненості в собі, знижується життєва активність і ініціативність. Натомість при незначній різниці може формуватися надмірне самозадоволення, самозаспокоєність і схильність до самозакоханості, що також зменшує мотивацію до самозміни та розвитку. Крім того, такий стан може негативно позначатися на соціальній адаптації та ускладнювати міжособистісні стосунки [60].

Переживання дисгармонії можна розглядати як своєрідний орієнтаційний процес, що супроводжується змінами емоційних станів і настроїв та тісно пов'язаний із рівнем психологічної стійкості особистості.

Інтенсивність, глибина та динаміка цих переживань залежать як від зовнішніх чинників (природних, фізичних, соціальних), так і від внутрішніх характеристик людини, зокрема її здатності до емоційної саморегуляції. У процесі такого переживання особистість обирає певні поведінкові стратегії у взаєминах і формує власну позицію щодо себе та інших.

Умовно можна виділити три основні варіанти розвитку ситуації професійного стресу:

1. Подолання – коли конструктивне осмислення ситуації сприяє покращенню та розвитку міжособистісних відносин.
2. Конфліктне загострення – виникає через домінування емоцій віддалення або надмірну інтенсифікацію зближувальних почуттів.
3. Соціальна ізоляція – формується як своєрідне «замкнене» переживання, що супроводжується зниженням комунікативної активності, емпатійності та соціальної чутливості особистості [6; 35; 55].

Професійний стрес переживається тоді, коли суб'єктивно фіксується напруженість, проблемність або невідповідність між реальним станом взаємин і їх бажаним образом [23]. У науковій літературі, описуючи подібні явища, часто використовують термін «зміни» замість «порушення», оскільки професійний стрес не обов'язково призводить до негативних наслідків, але створює потенційну можливість їх виникнення.

Стресогенні міжособистісні взаємини відображають соціально-психологічний стан особистості, який можна умовно розташувати на континуумі «напруження – незадоволення – психологічний дискомфорт». Як можливі наслідки особистісних дисгармоній у літературі розглядають стресові стани, конфліктні ситуації, кризові переживання та емоційне вигорання [63].

Особистісний розвиток завжди пов'язаний із появою нових якостей і переходом до якісно іншого рівня функціонування, що нерідко має стрибкоподібний характер і включає періоди порушення поступовості. При цьому стабільність особистості не виключає її постійного оновлення, змін і набуття нових властивостей [15; 17; 18].

Л.С. Виготський трактував розвиток особистості як процес якісних перетворень психіки, що ґрунтуються на засвоєнні соціокультурного досвіду, закріпленого в продуктах культури — науці, мистецтві, моралі, традиціях. До ключових характеристик розвитку він відносив його незворотність, спрямованість і закономірний характер. Вчений також виокремлював такі рівні розвитку, як філогенез і онтогенез.

Умови розвитку особистості охоплюють як зовнішні, так і внутрішні чинники, що впливають на формування психічних характеристик.

До зовнішніх належать процеси навчання і виховання, тоді як внутрішні включають активність самої особистості, її мотиваційну сферу, систему відносин, здібності та вольові якості [16; 18].

Важливим чинником індивідуалізації становлення та функціонування професійної особистості є її емоційна сфера. За О.П. Санніковою, емоційність як інтегральна властивість індивідуальності формується під впливом біологічних (тип нервової системи, конституційні особливості) та соціальних чинників (умови життя і соціалізації). Вона здійснює селективний вплив на розвиток формально-динамічних, змістових і соціально зумовлених характеристик особистості, визначаючи діапазон її емоційно-поведінкових реакцій на зовнішню дійсність [цит. за 17]. Це знаходить прояв у поведінкових стратегіях, індивідуальному стилі діяльності, особливостях саморегуляції та поєднанні професійно значущих якостей особистості.

О.П. Саннікова, розглядаючи проблему особистості професіонала, підкреслює, що сучасні психологічні дослідження, зокрема лонгітюдного характеру, демонструють неоднакову ступінь стабільності різних рівнів психічної організації людини. Так, якщо низка соціально-психологічних характеристик протягом життя зазнає суттєвих трансформацій, то психодинамічні або формально-динамічні властивості (зокрема загальна психічна активність та емоційність) є значно більш стабільними. У цьому контексті емоційність виступає відносно сталою характеристикою, яка формує певне «середовище» детермінації психічних проявів і виконує функцію

своєрідної форми. У межах цієї форми розгортається зміст психічної організації особистості, який охоплює як цілісну систему її властивостей (макрорівень), так і окремі структурні компоненти та якості (мікрорівень).

З огляду на це, доцільним є більш глибокий розгляд явища професійного стресу, аналіз умов і чинників її формування у процесі професійного становлення особистості, а також визначення її ролі як одного з потенційних детермінантів розвитку синдрому емоційного вигорання.

Термін «вигорання» вперше був запропонований американським психіатром Г. Фрейденбергером у 1974 році для позначення психічного стану здорових людей, які перебувають у ситуаціях інтенсивної міжособистісної взаємодії під час виконання професійних обов'язків допомагаючого характеру. На початковому етапі це поняття трактувалося як стан емоційного виснаження та відчуття безпорадності, однак згодом його зміст суттєво розширився, що ускладнило однозначне визначення феномену.

Узагальнюючи численні підходи, Б. Пелман та Є. Хартман виокремили три ключові складові вигорання: емоційне та/або фізичне виснаження, деперсоналізацію та зниження професійної ефективності [27; 30; 42]. Сучасна наука переважно розглядає вигорання як багатовимірний психологічний конструкт, що включає комплекс негативних емоційних переживань, розумове, фізичне та емоційне виснаження, яке виникає внаслідок тривалого стресу, пов'язаного з інтенсивними міжособистісними контактами та високим когнітивно-емоційним навантаженням.

На сьогодні синдром емоційного вигорання включений до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10) у розділі, що стосується проблем адаптації до життєвих труднощів (код 273.0). За визначенням ВООЗ (2001), він проявляється як стан фізичного, емоційного або мотиваційного виснаження, що супроводжується зниженням працездатності, хронічною втомою, порушеннями сну, ослабленням імунної системи, а також може призводити до вживання психоактивних речовин як способу тимчасового полегшення стану,

що інколи сприяє формуванню залежності та навіть суїцидальних тенденцій [28; 43; 66; 67].

У науковій літературі представлено кілька концептуальних моделей вигорання. Зокрема, однофакторна модель (С. Pines, Е. Aronson) розглядає цей феномен як стан фізичного, емоційного та когнітивного виснаження, який виникає внаслідок тривалого перебування особистості в умовах емоційно перевантажених професійних ситуацій.

Представники одновимірного підходу вважають, що ключовим механізмом формування вигорання є саме виснаження, тоді як інші прояви емоційних і поведінкових змін виступають його наслідками. При цьому підкреслюється, що ризик розвитку вигорання не обмежується лише фахівцями соціономічних професій, а може виникати й в інших видах діяльності [67].

У межах двофакторної моделі (Д. Дірендонк, В. Шауфелі, Х. Сіксма) синдром вигорання трактується як двокомпонентне явище, що включає емоційне виснаження та деперсоналізацію. Перший компонент, який іноді визначають як «афективний», проявляється через скарги на фізичний стан, підвищене нервово напруження та загальне емоційне виснаження. Другий компонент — деперсоналізація — відображає зміну ставлення до інших людей або до самого себе і розглядається як «установчий» аспект цього синдрому [28].

Трикомпонентна модель К. Масlach і С. Джексон розглядає вигорання як складний багатовимірний феномен, що охоплює емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію особистісних досягнень. Емоційне виснаження виступає центральним елементом і проявляється у зниженні емоційного тону, відчуженості або відчутті перенасичення емоціями. Деперсоналізація характеризується деформацією міжособистісних відносин: вона може проявлятися як надмірна залежність від оточення або, навпаки, як цинічність, негативізм і емоційна відстороненість щодо клієнтів чи пацієнтів. Третій компонент — редукція особистих досягнень — виражається у схильності

знецінювати власні результати, знижувати оцінку професійної компетентності, відчувати невпевненість і обмежувати власну активність у професійній сфері [78].

Узагальнюючи, можна зазначити, що виділені компоненти значною мірою відображають специфіку професій типу «людина–людина», у межах яких і було вперше описано феномен вигорання. Найбільш показовим у цьому контексті є саме компонент деперсоналізації, що безпосередньо пов'язаний із якістю міжособистісної взаємодії.

Вигорання у сучасних дослідженнях трактується як професійна криза, що охоплює не лише сферу міжособистісної взаємодії, а й усю систему ставлення людини до своєї роботи. Таке розширене розуміння ставить під сумнів традиційне тлумачення його базових складових — емоційного виснаження, цинізму та зниження професійної ефективності [12; 18; 19]. У цьому контексті деперсоналізація набуває ширшого змісту: вона відображає не тільки негативне ставлення до клієнтів або пацієнтів, але й загальне відчуження від професійної діяльності, її змісту та результатів [21; 59; 64].

Оскільки емоційне вигорання розглядається як сформований у процесі досвіду механізм психологічного захисту, що проявляється у частковому або повному «згортанні» емоційної реактивності у відповідь на тривалі психотравмувальні впливи, особливого значення набувають процесуальні підходи до його вивчення [6; 10; 29; 41; 55; 66]. У межах таких моделей вигорання інтерпретується як поетапний динамічний процес, який розгортається в часі та має певну послідовність розвитку. Його перебіг описується через наростання емоційного виснаження, що поступово формує негативне ставлення до об'єктів професійної взаємодії. У відповідь на це працівник починає емоційно дистанціюватися від реципієнтів як спосіб самозахисту.

5. Психосоматичні прояви. На цьому етапі вигорання спостерігаються тілесні реакції, що відображають тривале психоемоційне напруження:

- зниження захисних сил організму;

- труднощі з відновленням і розслабленням у періоди відпочинку;
- порушення сну та сексуальної функції;
- серцево-судинні симптоми (підвищений артеріальний тиск, прискорене серцебиття, головний біль);
- соматичні скарги, зокрема болі в спині та розлади травної системи;
- формування залежностей від стимуляторів або депресантів (нікотин, кофеїн, алкоголь).

6. Стадія розчарування. Цей етап характеризується глибокими негативними змінами у ставленні до життя:

- формування песимістичної життєвої позиції;
- відчуття безсилля та втрати сенсу існування;
- переживання екзистенційної порожнечі та відчаю [42].

Динамічна фазова модель вигорання, запропонована Р. Т. Голембієвським і Р. Ф. Мунзенридером, ґрунтується на уявленні про складний і багатовимірний характер розвитку цього синдрому. У ній виокремлюють три рівні та вісім послідовних фаз, що дозволяє умовно визначати ступінь вираженості вигорання: низький (1–3 фази), середній (4–5 фази) та високий (6–8 фази). Саме останній рівень пов'язаний із глибоким енергетичним виснаженням, яке виникає на тлі поступового посилення деперсоналізації та зниження відчуття професійної ефективності [44].

Водночас автори підкреслюють, що розвиток вигорання не завжди відбувається строго послідовно. У реальних умовах можливі різні варіанти переходів між фазами, наприклад 1–2–4–8. Така динаміка пояснюється тим, що виражена деперсоналізація може знижувати якість професійної взаємодії та доступність важливої інформації, що ускладнює виконання завдань. У подальшому поєднання цих факторів призводить до критичного рівня напруження, який завершується глибоким емоційним виснаженням. При гострому розвитку синдрому можливі більш скорочені траєкторії переходу між фазами, наприклад 1–4, 2–4, 3–8 або 4–8 [102].

Дж. Грінберг розглядає вигорання як поступовий п'ятиетапний процес [цит. за 42]:

1. «Медовий місяць». На початку працівник відчуває задоволення від роботи, проявляє зацікавленість та ентузіазм. Однак у міру накопичення професійного стресу знижується рівень задоволення, поступово зменшуються енергійність і залученість.

2. «Нестача пального». З'являються перші ознаки виснаження: втома, апатія, порушення сну. За відсутності підтримки або додаткової мотивації знижується інтерес до роботи, падає продуктивність, виникає дистанціювання від професійних обов'язків. При високій внутрішній мотивації людина може продовжувати працювати за рахунок власних ресурсів, що часто відбувається на шкоду здоров'ю.

3. «Хронічні симптоми». Тривале перевантаження без належного відновлення, особливо у працівників із високою залученістю, призводить до фізичного виснаження та підвищеної схильності до захворювань. На психологічному рівні це проявляється хронічною дратівливістю, емоційною напругою, відчуттям пригніченості та постійним дефіцитом часу (так званий «синдром постійної зайнятості»).

Четвертий етап (кризовий) характеризується переходом функціональних порушень у стійкі соматичні або психосоматичні захворювання, що може суттєво обмежувати або повністю порушувати працездатність людини. На цьому рівні різко загострюється незадоволеність власною ефективністю, а також загальне суб'єктивне відчуття зниження якості життя.

П'ята стадія («прорив бар'єру») пов'язана з різким поглибленням фізичних і психічних розладів. Вони набувають гострого характеру й можуть становити реальну загрозу здоров'ю та життю. У професійній сфері це часто супроводжується накопиченням критичної кількості проблем, що ставить під сумнів подальшу кар'єру фахівця [42].

Симптоматика професійного вигорання загалом відображає наслідки тривалого стресового навантаження та психоемоційного перенапруження, які

поступово призводять до дезорганізації психічних функцій, насамперед емоційної сфери [25; 67; 71].

У вітчизняній психологічній традиції також приділяється увага змісту та структурі емоційного вигорання [1; 6; 22; 61]. Перші описи подібних станів зустрічаються у працях Б.Г. Ананьєва, який використовував поняття «емоційне згоряння» для характеристики негативних змін у представників професій типу «людина–людина», що виникають у контексті інтенсивної міжособистісної взаємодії [цит. за 22]. Хоча це явище було зафіксоване, подальшого системного емпіричного розвитку на той час воно не отримало.

У подальших дослідженнях вітчизняних учених, присвячених професійному стресу, описувалися явища, змістовно близькі до вигорання [5; 27; 41]. Хоч термін безпосередньо не використовувався, сутність явища вже тоді визначалася досить чітко: як стан емоційного виснаження, зниження чутливості, втрати інтересу до професійної діяльності, зростання конфліктності у спілкуванні та загальної байдужості до життєвих цінностей [44]. Подібні прояви фіксувалися у різних сферах діяльності, зокрема у медицині та освіті.

У 1990-х роках дослідження цього феномену у вітчизняній психології активізувалися знову [цит. за 1]. Для його позначення застосовувалися різні терміни: «емоційне згоряння», «емоційне вигорання», «психічне вигорання», «перегоряння» та «професійне вигорання» [27].

Згідно з концепцією В.В. Бойка, емоційне вигорання розглядається як поетапний процес, який розгортається відповідно до закономірностей стресової реакції. Воно трактується як механізм психологічного захисту, що полягає у частковому або повному блокуванні емоційної реактивності у відповідь на психотравмувальні впливи. У структурі цього процесу виділяються три основні фази стресу:

1. Фаза нервово-емоційного напруження — виникає під впливом хронічних стресорів (підвищена відповідальність, складність контингенту,

нестабільні умови роботи). На цьому етапі знижується стресостійкість, можуть порушуватися соматичні та вегетативні функції.

2. Фаза опору (резистенції) — організм намагається адаптуватися до тривалого стресу шляхом мобілізації внутрішніх ресурсів і включення захисних механізмів. Відбувається відносна стабілізація стану за рахунок витрат адаптаційних резервів.

3. Фаза виснаження — настає внаслідок тривалого перевантаження та неефективності попередніх захисних стратегій. Характеризується зниженням психічних ресурсів, емоційного тону та загальною виснаженістю.

Отже, наявність симптомів, характерних для перших двох фаз, ще не є достатньою підставою для діагностування сформованого синдрому емоційного вигорання. На початкових етапах ці прояви можуть навіть виконувати певну мобілізуючу функцію. Однак за умов тривалого впливу несприятливих чинників професійного середовища та відсутності ефективних способів їх подолання відбувається перехід до третьої фази — емоційного, когнітивного та фізичного виснаження [27; 30].

У межах концепції В.В. Бойка для кожної фази розвитку емоційного вигорання визначено специфічні симптоми.

Фаза напруження включає такі прояви:

1. симптом переживання психотравмуючих обставин;
2. симптом незадоволеності собою;
3. симптом відчуття «загнаності в кут»;
4. симптом тривожності та депресивних переживань.

За умов тривалого професійного стресу та необхідності підтримки психологічного захисту формується фаза резистенції, якій притаманні:

1. симптом неадекватного вибіркового емоційного реагування;
2. симптом емоційно-моральної дезорієнтації;
3. симптом розширення сфери емоційного «економлення»;
4. симптом редукції професійних обов'язків.

Нарешті, фаза виснаження проявляється найбільш глибокими порушеннями, серед яких:

1. емоційний дефіцит;
2. емоційна відстороненість;
3. деперсоналізація (особистісна відчуженість);
4. психосоматичні та психовегетативні розлади.

Модель В.В. Бойка належить до процесуальних концепцій емоційного вигорання, оскільки описує його як поетапний розвиток. Запропоновані стадії загалом узгоджуються з підходами зарубіжних дослідників щодо динаміки цього феномену [цит. за 27].

Підсумовуючи, доцільно виокремити кілька ключових положень, що становитимуть основу подальшого емпіричного дослідження.

Особистісний розвиток завжди пов'язаний із появою якісно нового, має нерівномірний і стрибкоподібний характер, включаючи періоди перебудови та перерв у поступовому накопиченні змін. При цьому стабільність особистості не виключає її постійної трансформації та набуття нових властивостей [7; 22; 45; 50].

Розвиток особистості є складним багаторівневим процесом, і перехід до нового рівня неможливий без певних кризових або дисгармонійних станів, що супроводжують відмову від попередніх форм функціонування [2; 5; 15; 20; 51; 63].

У психологічному вимірі суспільні відносини проявляються насамперед у системі міжособистісної взаємодії. Людина є чутливою до змін у цих стосунках і емоційно реагує на них, переживаючи будь-які їх трансформації [62; 71; 73].

Особливе місце серед явищ міжособистісної взаємодії посідає їхня дисгармонія, основою якої виступає зростання напруженості у стосунках. Провідним компонентом при цьому є емоційно-чуттєва сфера, що може проявлятися у конфронтації або конфліктах між учасниками взаємодії [3; 23; 35; 57; 60].

Дисгармонія розглядається як передконфліктний стан міжособистісних або внутрішньоособистісних відносин, що виникає внаслідок порушення узгодженості та рівноваги як між окремими елементами системи, так і між її суб'єктами [63]. Вона переважно пов'язана з функціонуванням особистості у соціальному просторі, тоді як внутрішньоособистісні дисгармонії часто зумовлюються міжособистісними. Загалом переживання дисгармонії охоплює всі сфери життєдіяльності та проявляється як суб'єктивне відчуття неблагополуччя в різних життєвих контекстах.

Переживання професійного стресу не виникає спонтанно — йому завжди передують певні об'єктивні передумови. Йдеться про зовнішні чинники, які визначають просторові та часові параметри розвитку відповідних переживань. Це ті умови середовища, що мають для особистості певну значущість і часто виступають як вимогливі або стресогенні. Сукупність таких факторів утворює критичну ситуацію, яка постає як результат стресового стану і за певних умов може сприяти формуванню синдрому емоційного вигорання [23; 37; 38; 54].

Незважаючи на різні підходи до його визначення та діагностики, емоційне вигорання загалом розглядається як стійка особистісна деформація, що формується під впливом тривалих емоційно напружених або виснажливих міжособистісних взаємин у системі «людина–людина». Цей процес розвивається поступово і має кумулятивний характер. Його наслідки можуть проявлятися як у психосоматичній сфері, так і у психологічній — у вигляді змін когнітивних процесів, емоційного реагування та мотиваційної структури особистості [11; 12; 13]. Усе це безпосередньо впливає на соціально-психологічне благополуччя людини, її працездатність та ефективність професійної діяльності.

Висновки до першого розділу

У першому розділі було здійснено теоретико-методологічний аналіз проблеми професійного стресу в діяльності медичної сестри в контексті сучасних психологічних підходів. Узагальнення наукових джерел дозволило встановити, що особистісний розвиток є складним, багаторівневим і нелінійним процесом, який супроводжується як поступовими змінами, так і якісними стрибками. Перехід до нових рівнів функціонування особистості неможливий без певних кризових станів, що виконують роль механізмів перебудови психічної організації.

Встановлено, що професійний стрес особистості є багатовимірним феноменом, який проявляється у різних сферах психічного життя — емоційній, когнітивній, поведінковій, рольовій та комунікативній. Він може виникати як у міжособистісному, так і у внутрішньоособистісному контексті, відображаючи порушення узгодженості системи відносин особистості із собою та соціальним середовищем. При цьому стресові стани не є суто патологічними, а можуть розглядатися як етапи або умови розвитку особистості в межах «умовної норми».

Проаналізовано взаємозв'язок між професійним стресом і розвитком професійного вигорання. Доведено, що тривала емоційна напруженість у системі «людина–людина» за відсутності ефективних механізмів подолання стресу може призводити до формування синдрому емоційного вигорання як стійкої особистісної деформації.

Узагальнення теоретичних підходів свідчить, що емоційне вигорання слід розглядати як динамічний, поетапний процес, який охоплює емоційне виснаження, когнітивні зміни, порушення мотиваційної сфери та поведінкову дезадаптацію. Його наслідки негативно впливають на психічне та соматичне здоров'я особистості, а також на ефективність професійної діяльності.

Таким чином, проведений аналіз дозволяє визначити професійну діяльність як важливий психологічний чинник, що пов'язаний із розвитком

емоційного вигорання, і підкреслює необхідність подальшого емпіричного вивчення цього феномену в контексті діяльності медичної сестри.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИЧНО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПІДВАЛИНИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В УМОВАХ ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ

2.1. Основні принципи організації та проведення емпіричного дослідження особистості медичних сестер в умовах професійного стресу

У межах нашого магістерського дослідження організація експериментального вивчення особистісних дисгармоній ґрунтувалася на низці ключових теоретико-методологічних засад, які визначали логіку, зміст і напрям наукового пошуку.

Передусім, важливе значення мав принцип детермінізму, що розкриває причинно-наслідкову обумовленість виникнення та розвитку психічних явищ, властивостей особистості й форм її активності — діяльності та поведінки. Застосування цього принципу є особливо значущим у процесі прогнозування змін і становлення індивідуально-психологічних характеристик особистості. У контексті нашого дослідження це означає визнання того, що особистісні стреси медичних працівників не виникають випадково, а є результатом впливу конкретних соціально-психологічних умов розвитку, сформованих індивідуальних якостей, а також специфічних вимог і напруженості професійної діяльності.

Не менш вагомим є принцип психічного відображення, який підкреслює активний характер психіки у відтворенні реальності. Згідно з цим підходом, психічні явища — включаючи особистісні риси — не лише пасивно відображають зовнішній світ, а формуються у взаємодії з ним. Відтак особистісні професійні стреси розглядаються як своєрідний результат і

відображення життєвого досвіду індивіда, його біографічного шляху, а також актуальних умов діяльності й поведінки, зокрема в професійній сфері.

Принцип самоактивності особистості виступає конкретизацією і розвитком попередніх положень, акцентуючи увагу на внутрішніх джерелах активності людини. Він підкреслює роль самовизначення, прагнення до самоствердження, здатності до творчої самореалізації та відповідальності за власний життєвий вибір. У межах екзистенційно-гуманістичного підходу особистість розглядається як активний суб'єкт власного життя. У нашому магістерському дослідженні цей принцип реалізується через врахування внутрішньої мотивації медичного працівника до професійної діяльності, його свідомого ставлення до виконання професійних обов'язків і усвідомлення особистої відповідальності за їх результати.

Важливе місце посідає також принцип єдності психіки та діяльності, відповідно до якого психіка формується, функціонує і проявляється в діяльності, виступаючи її внутрішнім планом. З цієї позиції професійні стреси розглядаються як наслідок специфіки організації та реалізації діяльності особистості в минулому, що знаходить своє відображення у сучасних формах поведінки й професійної активності.

Завершальним у системі методологічних засад є системно-структурний принцип, який передбачає розгляд психічних явищ у їхній цілісності, взаємозв'язках і взаємозалежностях. Він орієнтує на врахування як зовнішніх впливів, так і внутрішніх процесів організму — психофізіологічних, нейрогуморальних, біохімічних та інших. У межах нашого магістерського дослідження це знаходить відображення у трактуванні особистісних особливостей медичної сестри як складних, відносно стійких, структурно організованих утворень, що мають динамічний характер і формують ядро індивідуально-психологічних особливостей особистості.

2.2. Загальна характеристика вибірки та етапи дослідження

Емпіричне дослідження здійснювалося на базі 411 військового клінічного госпіталю та дитячої міської поліклініки №7.

1 група – медичні працівники середньої ланки, які працюють у звичайних умовах (дитячої міської поліклініки №7).

2 група – медичні працівники середньої ланки, які працюють у особливих умовах (411 військовий клінічний госпіталь).

Усі учасники дослідження виявили свідомий підхід щодо проходження психодіагностичних процедур, що значною мірою зумовлювалося перспективою отримання індивідуалізованої психологічної підтримки. Зокрема, їх мотивувала можливість одержати допомогу у вдосконаленні процесу професійної адаптації, а також у подоланні труднощів міжособистісного й особистісного характеру.

У межах проведеного дослідження було висунуто припущення про те, що такі чинники, як індивідуально-психологічні характеристики особистості, тривалість професійного стажу та специфіка виконуваної діяльності, можуть суттєво впливати на формування професійного стресу. Водночас рівень сформованості цієї характеристики розглядався нами як один із потенційних предикторів розвитку синдрому емоційного вигорання. За визначенням В. В. Бойка, емоційне вигорання постає як сформований у процесі життєдіяльності механізм психологічного захисту, який проявляється у частковому або повному пригніченні емоційних реакцій, тобто зниженні їх енергетичного потенціалу у відповідь на вплив психотравмувальних факторів. Фактично йдеться про закріплений стереотип емоційного реагування, що найчастіше формується в професійній сфері.

Дослідник виокремлює низку чинників, які сприяють виникненню цього явища. Серед них — зовнішні, пов'язані з умовами діяльності (тривале емоційне напруження, дезорганізація робочого процесу, підвищений рівень відповідальності, несприятливий психологічний клімат у колективі,

складність контингенту, з яким взаємодіє фахівець), а також внутрішні чинники (схильність до емоційної жорсткості, надмірна чутливість до професійних ситуацій, недостатня мотивація до емоційної віддачі, наявність моральних деформацій або ціннісної дезорієнтації). Водночас у запропонованій концепції недостатньо розкрито роль особистісних дисгармоній як окремого чинника цього процесу.

Спираючись на теоретичні положення В. В. Бойка, емоційне вигорання розглядається як процес, що розгортається поступово, проходячи певні стадії відповідно до загальних закономірностей розвитку стресу. У зв'язку з цим дослідження передбачало аналіз взаємозв'язку між особистісними характеристиками, рівнем професійного стресу та проявами емоційного вигорання з урахуванням їх змін у часі. Як основний критерій, що відображає динаміку цих змін, було обрано тривалість професійного стажу.

З огляду на зазначене, провідним організаційним підходом став метод поперечних зрізів, який передбачав порівняння результатів різних груп досліджуваних. Формування цих груп здійснювалося за двома параметрами: тривалість професійного досвіду (1 рік, 3 роки та 5 років роботи) та специфіка умов діяльності (звичайні та особливі). Такий підхід дав змогу дослідити зміни, пов'язані з процесами професійної адаптації та можливими деформаціями у діяльності медичних сестер, враховуючи при цьому різний рівень складності умов праці, ступінь використання засобів індивідуального захисту, ризик інфікування та інші професійно значущі фактори.

Отже, динаміка особистісних характеристик у процесі професійної діяльності безпосередньо пов'язана зі змінами рівня емоційної дисгармонійності, яка, своєю чергою, виступає важливим чинником у розвитку емоційного вигорання.

Добір конкретного психодіагностичного інструментарію у дослідженні зумовлювався потребою всебічного аналізу емоційної дисгармонійності як індивідуально-психологічної характеристики особистості. Водночас важливим було охоплення широкого спектра психологічних змінних, зокрема

особистісних станів і властивостей, системи ціннісних орієнтацій, рівня адаптаційних можливостей, а також проявів емоційного вигорання як одного з імовірних наслідків сформованого професійного стресу.

У процесі відбору методик враховувалися базові вимоги до психодіагностичних засобів, які використовуються в наукових дослідженнях. Передусім йшлося про чіткість визначення мети, предмета та сфери застосування кожної методики. Важливим критерієм була також наявність стандартизованої процедури проведення, представленої у вигляді однозначного алгоритму дій.

Не менш суттєвим вважалося статистичне обґрунтування способів обробки результатів, включаючи підрахунок показників і їх стандартизацію.

Крім того, особлива увага приділялася таким психометричним характеристикам, як репрезентативність, надійність і валідність шкал у межах визначеної сфери застосування. Також обов'язковою умовою була наявність механізмів контролю достовірності отриманих даних, особливо у випадку використання методик, що ґрунтуються на самозвіті респондентів.

На підготовчому етапі дослідження здійснювався попередній аналіз і відбір діагностичних методик з урахуванням їх інформативності та відповідності поставленим науковим завданням. У результаті було обрано низку інструментів, серед яких важливе місце посідає опитувальник «Рівень суб'єктивного контролю» (РСК).

Ця методика розроблена на основі ієрархічної моделі регуляції соціальної поведінки особистості, запропонованої В. О. Ядовим, а також спирається на концепцію локусу контролю Дж. Роттера. На відміну від класичного варіанта шкали локусу контролю, автори адаптованого опитувальника (Є. Ф. Бажин, Є. А. Голинкіна, А. М. Еткінд) розширили його зміст, включивши показники, що дозволяють оцінити рівень інтернальності-екстернальності не лише в загальному плані, але й у сфері міжособистісних і сімейних взаємин.

Крім того, до структури методики було введено шкали, орієнтовані на вивчення суб'єктивного контролю у контексті здоров'я та хвороби, що робить її особливо цінною для медико-психологічних досліджень.

Опитувальник спрямований на діагностику окремих (парціальних) аспектів локусу суб'єктивного контролю, під яким розуміють схильність індивіда приписувати відповідальність за події власного життя або собі, або зовнішнім обставинам.

Методика базується на двох ключових положеннях.

По-перше, люди відрізняються за тим, де саме вони локалізують контроль над значущими подіями: або вбачають причини подій у зовнішніх факторах (екстернальний тип), або ж у власних діях і рішеннях (інтернальний тип). При цьому кожна особистість займає певне місце на континуумі між цими двома полюсами.

По-друге, притаманний людині тип локусу контролю має відносно універсальний характер і проявляється у різних життєвих ситуаціях — як у випадках успіху, так і невдач, хоча ступінь його вираженості може варіюватися залежно від сфери життєдіяльності.

Методика дозволяє визначити, наскільки людина схильна брати на себе відповідальність за події власного життя та події, що відбуваються у її соціальному оточенні. Опитувальник складається з 44 тверджень, відповіді на які дають змогу оцінити рівень суб'єктивного контролю досліджуваного.

Для підвищення надійності результатів структура опитувальника є збалансованою за кількома параметрами. Зокрема, частина тверджень орієнтована на виявлення інтернального типу контролю, тоді як інша — екстернального. Крім того, пункти рівномірно відображають як емоційно позитивні, так і негативні життєві ситуації.

Також дотримано баланс у формулюванні тверджень — вони подаються як від першої, так і від третьої особи, що сприяє зниженню впливу ситуативних спотворень відповідей.

Отримані результати обробляються шляхом переведення індивідуальних показників у стандартизовану шкалу стенів, що дозволяє представити їх у вигляді профілю суб'єктивного контролю. Стандартизація методики здійснювалася на вибірці студентської молоді, середній вік якої становив близько 20 років. За даними авторів, опитувальник характеризується достатньо високими показниками надійності, а його валідність підтверджується зв'язками з іншими особистісними характеристиками, зокрема тими, що вимірюються за допомогою опитувальника 16PF Р. Кеттелла.

З метою розширення можливостей застосування методики передбачено два варіанти її використання.

Перший (варіант А) орієнтований на наукові дослідження і передбачає оцінювання відповідей за шестибальною шкалою, де крайні значення відображають повну згоду або повну незгоду з твердженням.

Другий (варіант Б) використовується у практичній психодіагностиці та передбачає спрощену бінарну систему відповідей типу «згоден – не згоден».

Методика може застосовуватися як в індивідуальному, так і в груповому форматі обстеження. Опитувальник РСК є універсальним інструментом, що знаходить широке використання при розв'язанні різноманітних соціально-психологічних і медико-психологічних завдань, зокрема у клінічній психодіагностиці, під час професійного відбору, у практиці сімейного консультування тощо. Окрім цього, він може бути ефективним засобом для оцінювання результативності психологічних інтервенцій і корекційних програм.

Отримані результати підлягають як кількісному, так і якісному аналізу за сімома основними шкалами: загальної інтернальності (Із), інтернальності у сфері досягнень (Ід), інтернальності щодо невдач (Ін), інтернальності в сімейних взаєминах (Іс), інтернальності у професійній (виробничій) сфері (Ів), інтернальності в міжособистісних контактах (Ім), а також інтернальності у сфері здоров'я та хвороби (З).

Показники, що перевищують рівень 5,5 стенів, свідчать про домінування інтернального типу контролю у відповідних життєвих ситуаціях, тоді як значення нижчі за цей поріг вказують на переважання екстернальної орієнтації.

Наступною використаною методикою є тест смисложиттєвих орієнтацій (СЖО). Він розроблений на основі відомого інструменту «Purpose in Life Test», створеного Дж. Крамбом і Л. Махоліком, та представлений в адаптованій версії Д. О. Леонтьєва зі співавторами. Теоретичним підґрунтям тесту виступає концепція «прагнення до сенсу», сформульована В. Франклом.

Головною метою розробки цієї методики було емпіричне підтвердження ключових положень зазначеної теорії. Центральним об'єктом діагностики виступає переживання людиною смислової наповненості власного життя, або ж, навпаки, рівень вираженості екзистенційного вакууму.

Методика орієнтована переважно на дорослу вибірку. Дослідники зазначають, що тест доцільно застосовувати до тих осіб, у яких суб'єктивне сприйняття минулого, теперішнього та майбутнього здатне перебувати у відносній рівновазі. У зв'язку з цим отримання валідних результатів може бути ускладненим при обстеженні надто молодих респондентів або осіб похилого віку.

Первинна версія тесту характеризується високими показниками валідності та внутрішньої узгодженості. Дослідниками також були отримані емпіричні дані, що засвідчують відмінності у спрямованості на пошук життєвого сенсу між психічно здоровими особами та пацієнтами клінічних установ. Адаптація методики вперше була здійснена К. Муздибаєвим з метою вимірювання рівня задоволеності сенсом життя. При цьому було встановлено достатньо високий рівень узгодженості між окремими пунктами та загальним показником.

У подальшому ця версія стала основою для модифікації, здійсненої Д. О. Леонтьєвим та його колегами. Зокрема, було спрощено формулювання окремих тверджень без зміни їх смислового навантаження, змінено формат

подання відповідей — замість початкової структури з варіантами завершення введено альтернативні цілісні твердження.

Крім того, асиметричну шкалу оцінювання було замінено симетричною шкалою від -3 до +3, що дозволило зменшити очевидність методики для респондентів і мінімізувати вплив позиційних спотворень, хоча це дещо ускладнило процедуру підрахунку підсумкових балів. У завершеному вигляді тест СЖО включає 20 шкал.

Методика передбачає визначення як загального рівня осмисленості життя, так і показників за п'ятьма окремими підшкалами. Три з них відображають основні смисложиттєві орієнтації — «Цілі в житті», «Процес життя» та «Результативність життя». Дві інші підшкали характеризують окремі аспекти внутрішнього локусу контролю — «Локус контролю Я» та «Локус контролю життя», що відображають здатність особистості виступати активним суб'єктом власного життєвого шляху. Для кожної з підшкал здійснюється підрахунок сумарного показника балів.

Встановлено, що рівень осмисленості життя у чоловіків є статистично вищим порівняно з жінками. Аналогічна тенденція простежується і щодо сімейного статусу: особи, які перебувають у шлюбі, демонструють вищі показники порівняно з неодруженими або розлученими.

Крім того, наявність дітей також виявляє позитивний зв'язок із рівнем усвідомлення смислу життя. Дослідження засвідчило й специфічні вікові особливості цієї характеристики: найвищі значення спостерігаються у вікових групах 25–30 років і після 50 років, тоді як найнижчі показники фіксуються серед осіб молодших 25 років, а у проміжку від 30 до 50 років відзначається відносно стабільний, але помірний рівень.

Наступним інструментом дослідження стала методика визначення рівня емоційного вигорання, розроблена В. В. Бойком і представлена у 1996 році.

Даний опитувальник спрямований на виявлення феномену емоційного вигорання, який розглядається як сформований у процесі життєдіяльності захисний психологічний механізм. Його сутність полягає у частковому або

повному пригніченні емоційних реакцій, тобто зниженні їх енергетичного потенціалу у відповідь на вплив психотравмувальних чинників. Таким чином, емоційне вигорання можна трактувати як стійкий, набутий спосіб емоційного реагування, що найчастіше формується у професійній діяльності та виступає однією з форм професійної деформації особистості.

Слід зазначити, що автор методики не наводить розгорнутих даних щодо її стандартизації, а також показників валідності та надійності. Інструмент орієнтований на використання у вибірках дорослого населення.

Відповідно до теоретичних положень, процес формування емоційного вигорання відбувається поетапно та включає три основні фази: напруження, резистенцію (опір) і виснаження, які за своєю логікою співвідносяться зі стадіями загального адаптаційного синдрому (стресу). Опитувальник В. В. Бойка містить 84 твердження, що дозволяють діагностувати прояви кожної з цих фаз.

Кожна зі стадій представлена окремою шкалою і визначається через сукупність чотирьох специфічних симптомів, які виступають відповідними підшкалами та відображають характерні прояви емоційного вигорання на різних етапах його розвитку.

Таблиця 2.1

Фази і симптоми вигорання за В.В. Бойко

Фаза стресу	№	Симптом
I. Напруга	1	Переживання психотравмуючих обставин
	2	Незадоволеність собою
	3	«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	1	Емоційний дефіцит
	2	Емоційна відстороненість
	3	Особистісна відстороненість(деперсоналізація)
	4	Психосоматичні і психовегетативні порушення

Обробка результатів відповідно до інструкції («ключа») здійснюється таким чином.

Спочатку підсумовуються бали окремо за кожним із 12 симптомів. Рівень вираженості кожного з них може варіюватися в межах від 0 до 30 балів:

до 9 балів свідчить про відсутність сформованого симптому;

10–15 балів указує на процес його формування;

16 балів і більше означає, що симптом уже сформувався.

Показники на рівні 20 балів і вище характеризують симптом як домінуючий у межах певної фази або всього синдрому.

На наступному етапі обчислюється сумарний показник симптомів для кожної з трьох фаз розвитку емоційного вигорання. Кожна фаза може набрати від 0 до 120 балів. Водночас порівнювати між собою значення різних фаз некоректно, оскільки вони відображають якісно відмінні процеси: реакції на зовнішні та внутрішні впливи, механізми психологічного захисту, а також стан нервової системи.

Кількісні показники доцільно використовувати лише для оцінки ступеня сформованості кожної фази:

до 36 балів – фаза не сформована;

37–60 балів – перебуває на етапі становлення;

61 бал і більше – фаза сформована.

Підсумковим показником є загальний індекс синдрому емоційного вигорання, який визначається як сума балів за всіма 12 симптомами.

Вважається, що синдром сформувався, якщо загальний результат досягає 181 бала і більше;

для окремої фази критичним є рівень від 61 бала,

а для симптому – від 20 балів.

Як додатковий інструмент застосовується опитувальник «Професійне вигорання» (автори — К. Маслач і С. Джексон, адаптація Н. Є. Водоп'янової).

Методика дослідження кар'єрних орієнтацій «Якорі кар'єри» базується на опитувальнику Е. Шейна, розробленому у 1978 році та адаптованому В. А.

Чикер і В. Є. Винокуровою. Вона використовується для практичного аналізу кар'єрних уподобань особистості.

Теоретичною основою методики є положення про те, що свідоме планування професійного шляху є ключовим чинником розвитку та самореалізації людини. Визначальним чинником кар'єрного вибору виступає уявлення особистості про себе, тобто її професійна «Я-концепція», яку вона прагне реалізувати через послідовність кар'єрних рішень. Вибір професії та типу кар'єри ґрунтується на здібностях, мотивах, цінностях і загальній системі особистісних орієнтацій. Таким чином, «якір кар'єри» розглядається як сукупність цінностей, установок щодо праці, інтересів і соціально зумовлених мотивів діяльності, що формуються в процесі соціалізації та життєвого досвіду.

Методика може застосовуватися для дослідження старшокласників, студентів і дорослих. Вона пройшла процедури перевірки валідності та надійності на вибірці російських респондентів ($n = 400$), серед яких були менеджери, підприємці, військові, студенти тощо.

Опитувальник містить 41 твердження. Перші 21 із них оцінюються за шкалою від 1 до 10 залежно від ступеня їх значущості (1 – зовсім неважливо, 10 – надзвичайно важливо).

Починаючи з 22-го твердження, респондент визначає рівень своєї згоди (1 – повністю не згоден, 10 – повністю згоден).

Методика включає 8 шкал, що відображають різні кар'єрні орієнтації: професійна компетентність, управління, автономія, стабільність, служіння, виклик, інтеграція стилів життя та підприємництво.

Обробка результатів передбачає підрахунок «сирих» балів за кожною шкалою з подальшим діленням на кількість відповідних пунктів (зазвичай 5, для шкали «стабільність» – 3).

Отримані значення варіюють від 1 до 10 і відображають ступінь вираженості певної кар'єрної орієнтації. Узагальнений профіль дозволяє оцінити інтенсивність професійної мотивації та спрямованість особистості на

діяльність. Важливо враховувати як домінування окремих орієнтацій, так і їх збалансованість. Провідною вважається орієнтація, що набрала не менше 5 балів. У разі відсутності вираженого лідера можна припустити, що кар'єра не є центральною цінністю для людини.

Для перевірки валідності методики автори адаптації провели кореляційний аналіз між показниками кар'єрних орієнтацій і рисами особистості, виміряними за 16-факторним опитувальником Р. Б. Кеттелла.

Отримані результати підтвердили високий рівень змістовної валідності інструменту.

Фрайбурзький особистісний опитувальник (FPI).

Методика FPI була розроблена Й. Фаренбергом, Х. Зелгом і Р. Гампелом у 1963 році, опублікована у 1970-му та вдосконалена у 1983 році.

Опитувальник призначений для дослідження психічних станів і стійких властивостей особистості, що відіграють ключову роль у процесах соціальної адаптації та поведінкової регуляції. Його застосування рекомендоване для осіб віком від 17 років. Конструювання шкал базується на результатах факторного аналізу, що дозволяє відобразити комплекс взаємопов'язаних особистісних характеристик.

Стандартизація методики проводилася на великій вибірці (близько 10 тисяч осіб віком 17–65 років). Завдання опитувальника відзначаються високою здатністю до диференціації, а також внутрішньою узгодженістю в межах окремих факторів. Отримані результати характеризуються надійністю, а валідність перевірялася шляхом зіставлення з іншими відомими методиками (EPI, MMPI, 16PF). За даними авторів, різні форми FPI демонструють високі кореляційні зв'язки між собою.

Респонденту пропонується обрати один із двох варіантів відповіді: «так» (якщо твердження відповідає його стану чи поведінці) або «ні» (у протилежному випадку). Обробка результатів включає два етапи: спочатку обчислюються первинні («сирі») бали, після чого вони переводяться у

стандартизовані значення за дев'ятибальною шкалою за допомогою відповідних таблиць.

Структура опитувальника передбачає 12 шкал. Перше запитання не входить до жодної з них, оскільки виконує контрольну функцію. Шкали з I по IX є базовими, тоді як X–XII мають узагальнювальний характер і формуються на основі поєднання показників основних шкал (інколи позначаються літерами E, N, M).

Основні шкали відображають такі характеристики: рівень невротизації, спонтанну агресивність, депресивні тенденції, емоційну стійкість, комунікативність, стресостійкість, реактивну агресію, сором'язливість та відкритість. Зокрема, шкала відкритості також може використовуватися для оцінки щирості відповідей респондента.

Похідні шкали дозволяють оцінити:

- екстраверсію–інтроверсію (ступінь спрямованості на зовнішній або внутрішній світ);
- емоційну лабільність (стійкість або нестабільність емоційних станів);
- маскуліність–фемінність (переважний тип психічної організації діяльності).

Після обробки результатів здійснюється аналіз індивідуального профілю: особлива увага приділяється показникам, що виходять за межі середніх значень.

Низькими вважаються бали в інтервалі 1–3,
середніми — 4–6,
високими — 7–9.

Тест-опитувальник адаптивності особистості (ТОСА)

Дана методика спрямована на дослідження формально-динамічних і якісних характеристик адаптивності особистості. Її розробниками є О. П. Саннікова та О. В. Кузнецова.

Теоретичною основою створення методики стали наукові уявлення про адаптивність, її сутність і прояви, представлені в працях низки дослідників (Ф.

Б. Березін, В. Н. Грибов, В. Г. Зубченко, А. Г. Маклаков, А. А. Налчаджян, В. В. Очеретяна, В. В. Попков, В. І. Розов та ін.). Узагальнення цих підходів дозволило визначити структуру адаптивності як системи взаємопов'язаних компонентів, що включає як динамічні, так і змістові характеристики, а також окреслити їх психологічний зміст.

Методика включає 80 тверджень, об'єднаних у вісім шкал (по 10 пунктів у кожній), і спрямована на оцінювання різних аспектів адаптивності особистості. Вона дозволяє визначити такі показники: широту сприйняття соціальних сигналів, здатність до їх розпізнавання та впорядкування, точність орієнтації в соціальних очікуваннях, емоційну стійкість, готовність до змін, схильність до конструктивного подолання труднощів, спрямованість на досягнення цілей, інтегральний рівень адаптивності, а також загальний рівень задоволеності.

Для кожного твердження передбачено чотири варіанти відповідей: «безумовно так», «швидше так», «швидше ні», «безумовно ні».

Методика орієнтована на дослідження дорослої вибірки і може застосовуватися як у наукових цілях, так і в практичній психодіагностиці. Для інтерпретації результатів розроблено нормативні шкали, що передбачають переведення первинних балів у відсоткові значення.

Як методики для паралельного використання застосовуються інструменти діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда (зокрема шкали адаптивності та дезадаптивності), багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» А. Г. Маклакова і С. В. Чермяніна, а також 16-факторний опитувальник особистості Р. Б. Кеттелла.

Висновки до другого розділу

У другому розділі було здійснено обґрунтування та добір психодіагностичного інструментарію, спрямованого на комплексне вивчення

психологічних характеристик медичних сестер. Підібрані методики дозволяють отримати цілісне уявлення про індивідуально-психологічні особливості особистості, її емоційний стан, рівень адаптивності, професійну спрямованість і ризики розвитку емоційного вигорання.

Зокрема, використання методики діагностики емоційного вигорання дає змогу визначити ступінь сформованості окремих симптомів і фаз синдрому, а також встановити його загальний рівень. Це забезпечує можливість виявлення як початкових проявів вигорання, так і його стійких форм.

Залучення опитувальника «Професійне вигорання» дозволяє уточнити отримані результати та проаналізувати специфіку емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції професійних досягнень, що підвищує достовірність діагностичних висновків.

Методика «Якорі кар'єри» забезпечує дослідження мотиваційно-ціннісної сфери особистості, зокрема домінуючих кар'єрних орієнтацій, що визначають професійний вибір, стратегії самореалізації та рівень залученості до діяльності.

Фрайбурзький особистісний опитувальник (FPI) дозволяє комплексно оцінити риси особистості, що мають значення для соціальної адаптації та регуляції поведінки, включаючи емоційну стабільність, рівень тривожності, агресивність, комунікативність та інші характеристики.

Тест-опитувальник адаптивності особистості забезпечує аналіз як динамічних, так і змістових аспектів адаптаційного потенціалу, зокрема здатності до сприйняття соціальних сигналів, гнучкості поведінки, готовності до змін і подолання труднощів.

Узагальнюючи, варто зазначити, що використання комплексу взаємодоповнювальних методик забезпечує багатовимірний підхід до дослідження особистості медичної сестри, підвищує надійність і валідність отриманих результатів та створює підґрунтя для подальшого емпіричного аналізу. Обраний інструментарій є адекватним меті та завданням дослідження і дозволяє повноцінно розкрити психологічні характеристики медичної сестри.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В УМОВАХ ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ

3.1. Особливості особистості медичних сестер з різним стажем, які працюють у звичайних та особливих умовах

До аналізу були включені показники, що характеризують інтернальність (тест «Рівень суб'єктивного контролю»), усвідомленість життя (тест «Змістожиттєві орієнтації»), кар'єрні орієнтації (методика «Якоря кар'єри»), комунікативності й гендерної ідентичності (Фрайбурзький особистісний опитувальник), адаптивність (тест-опитувальник Соціальної адаптивності).

Таблиця 3.2

Особистісних характеристик медсестер, які мають один рік стажу роботи в особливих та звичайних умовах

Показник	Умови роботи				Т	р
	Звичайні		Особливі			
	М	m	М	m		
1	2	3	4	5	6	7
Інтернальність в області виробничих відносин	4,646	0,223	5,862	0,209	-4,025	0,000
Інтернальність в області міжособистісних відносин	5,646	0,342	6,932	0,243	-3,090	0,005
Інтернальність в сімейних відносинах	4,824	0,223	6,304	0,180	-5,223	0,000
Інтернальність відносно здоров'я і хвороби	3,824	0,200	5,328	0,183	-5,582	0,000
Процес життя	28,113	1,034	21,839	0,943	4,493	0,000
Менеджмент	6,393	0,220	5,528	0,154	3,2613	0,004
Автономія	6,955	0,210	5,3424	0,135	6,525	0,000
Інтеграція стилів життя	5,515	0,139	4,846	0,115	3,761	0,000
Відкритість	5,091	0,210	4,142	0,265	2,832	0,008

Продовження таблиці 3.2

1	2	3	4	5	6	7
Легкість ієрархізації сигналів соціуму	3,334	0,092	2,906	0,0979	3,227	0,004
Точність орієнтації в соціальних очікуваннях	3,245	0,095	2,827	0,098	3,130	0,004
Готовність до подолання невдач	2,887	0,097	3,300	0,108	-2,911	0,007
Готовність до досягнення мети	2,888	0,097	3,310	0,106	-2,999	0,006

Таблиця 3.2 відображає порівняльний аналіз особистісних характеристик медичних сестер із досвідом роботи один рік у звичайних та особливих (ймовірно, більш напружених або екстремальних) умовах діяльності. Для кожного показника наведено середні значення (М), стандартні помилки (m), а також результати перевірки статистичної значущості відмінностей (t-критерій і р-рівень).

Отримані дані свідчать про наявність статистично значущих відмінностей між двома групами за всіма досліджуваними показниками ($p \leq 0,01$), що вказує на системний вплив умов професійної діяльності на формування особистісних характеристик.

Передусім привертають увагу показники інтернальності. У медсестер, які працюють в особливих умовах, значно вищими є значення інтернальності в усіх сферах: виробничих, міжособистісних, сімейних відносин, а також щодо здоров'я і хвороби. Це свідчить про більш виражене відчуття особистої відповідальності за події власного життя, схильність пояснювати результати діяльності власними зусиллями, а не зовнішніми обставинами. Така тенденція може бути результатом необхідності швидко приймати рішення та брати на себе відповідальність у складних умовах професійної діяльності.

Натомість показник «процес життя» є вищим у медсестер, які працюють у звичайних умовах. Це може свідчити про більшу задоволеність життям, емоційну залученість і сприйняття життєвого процесу як більш наповненого і гармонійного. У свою чергу, зниження цього показника в особливих умовах може бути пов'язане з підвищеним рівнем стресу, емоційного виснаження або

професійного напруження.

Аналіз кар'єрних орієнтацій показує, що для медсестер у звичайних умовах більш характерними є такі орієнтації, як менеджмент, автономія та інтеграція стилів життя. Це свідчить про прагнення до самостійності, балансу між професійною та особистою сферами, а також до організаційної чи керівної діяльності. У медсестер, які працюють в особливих умовах, ці показники нижчі, що може бути обумовлено більш жорсткими вимогами до регламентованості діяльності та обмеженими можливостями для самореалізації поза професійною роллю.

Показник відкритості також вищий у групі зі звичайними умовами праці, що може свідчити про більшу щирість, соціальну відкритість та готовність до взаємодії. Натомість у складніших умовах може спостерігатися певна психологічна закритість як захисна реакція.

Цікаві відмінності виявлено й у показниках адаптивності. Медсестри, що працюють у звичайних умовах, демонструють вищі значення за такими параметрами, як легкість ієрархізації соціальних сигналів та точність орієнтації в соціальних очікуваннях. Це може свідчити про більш ефективну соціальну перцепцію та гнучкість у міжособистісній взаємодії.

Водночас медсестри, які працюють в особливих умовах, мають вищі показники готовності до подолання невдач і досягнення мети. Це свідчить про більш розвинену волюву регуляцію, наполегливість і орієнтацію на результат, що є важливими якостями для діяльності в умовах підвищеного ризику або стресу.

Узагальнюючи, можна зробити висновок, що умови професійної діяльності суттєво впливають на структуру особистісних характеристик медичних сестер. Робота в особливих умовах сприяє розвитку відповідальності, інтернального локусу контролю та цілеспрямованості, проте може супроводжуватися зниженням задоволеності життям, відкритості та деяких аспектів соціальної адаптивності. Натомість робота у звичайних умовах пов'язана з більш гармонійним емоційним станом, соціальною

гнучкістю та орієнтацією на баланс різних сфер життя.

Таблиця 3.3

**Особистісних характеристик медсестер, які мають три роки стажу
роботи в особливих та звичайних умовах**

Показник	Умови роботи				Т	р
	Звичайні		Особливі			
	М	m	М	m		
Інтернальність в області досягнень	6,072	0,304	4,927	0,292	2,738	0,010
Інтернальність відносно здоров'я і хвороби	4,188	0,213	5,752	0,247	-4,840	0,000
Цілі в житті	27,421	1,437	34,427	1,423	-3,471	0,003
Локус контролю – Я	17,979	0,743	21,352	0,871	-2,957	0,006
Автономія	5,711	0,186	6,767	0,139	-4,603	0,000
Служіння	5,797	0,211	6,787	0,165	-3,738	0,000
Виклик	5,537	0,185	6,440	0,183	-3,503	0,003
Інтеграція стилів життя	6,069	0,149	6,767	0,153	-3,315	0,003
Відкритість	4,653	0,225	5,877	0,256	-3,626	0,003
Маскуліність-фемініність	5,560	0,265	3,402	0,262	5,839	0,000
Стійкість емоційних переживань	3,215	0,109	3,764	0,071	-4,300	0,000
Готовність змінюватися	2,862	0,110	3,312	0,104	-3,024	0,005
Готовність до подолання невдач	3,020	0,108	3,608	0,090	-4,261	0,000
Загальний показник адаптивності	3,318	0,079	3,700	0,078	-3,516	0,003

Таблиця 3.3 відображає результати порівняльного аналізу особистісних характеристик медичних сестер із трирічним стажем роботи залежно від умов професійної діяльності — звичайних та особливих. Усі представлені відмінності є статистично значущими ($p \leq 0,01$), що свідчить про суттєвий вплив умов праці на формування особистісних якостей уже на більш тривалому етапі професійного становлення.

Аналіз показників інтернальності демонструє неоднорідну картину. Зокрема, медсестри зі стажем 3 роки, які працюють у звичайних умовах, мають вищий рівень інтернальності у сфері досягнень, що вказує на їхню схильність

приписувати успіхи власним зусиллям і здібностям. Натомість у групі з особливими умовами вищим є показник інтернальності щодо здоров'я і хвороби, що може свідчити про більш усвідомлене ставлення до власного фізичного стану та відповідальність за його збереження, ймовірно, як наслідок роботи в напружених або ризикованих умовах.

Важливими є відмінності у смисложиттєвій сфері. У медсестер, які працюють в особливих умовах, значно вищими є показники «цілі в житті» та «локус контролю – Я». Це свідчить про більш виражену цілеспрямованість, усвідомленість життєвих орієнтирів і відчуття контролю над власним життям.

Така спрямованість може формуватися під впливом складних умов діяльності, які вимагають чітких внутрішніх орієнтирів і саморегуляції.

Аналіз кар'єрних орієнтацій показує, що медсестри, які працюють в особливих умовах, демонструють вищі показники за шкалами автономії, служіння, виклику та інтеграції стилів життя. Це свідчить про прагнення до самостійності, орієнтацію на допомогу іншим, готовність приймати складні професійні завдання та здатність поєднувати різні сфери життя. Така структура мотивації відображає більш зрілу професійну позицію та внутрішню готовність до складної діяльності.

Показник відкритості також є вищим у групі з особливими умовами, що може вказувати на більшу щирість, саморефлексію та готовність до міжособистісної взаємодії. Водночас показник маскулінності-фемінності є значно вищим у медсестер зі звичайними умовами, що свідчить про більшу орієнтацію на традиційно «чоловічий» тип поведінки (раціональність, активність, домінантність), тоді як у групі особливих умов спостерігається більш збалансований або «фемінний» стиль, який може включати емпатійність, чутливість і гнучкість.

Особливо показовими є результати за шкалами адаптивності. Медсестри, що працюють в особливих умовах, мають вищі показники емоційної стійкості, готовності до змін, подолання невдач і загального рівня адаптивності. Це свідчить про сформованість ефективних механізмів

психологічної адаптації, здатність витримувати емоційні навантаження, швидко реагувати на змінні обставини та зберігати продуктивність у складних ситуаціях.

Узагальнюючи результати, можна зробити висновок, що зростання професійного стажу в поєднанні з роботою в особливих умовах сприяє розвитку таких якостей, як цілеспрямованість, внутрішній контроль, адаптивність, стресостійкість і мотиваційна зрілість. Водночас у звичайних умовах більше проявляється орієнтація на особисті досягнення та певні риси, пов'язані з раціонально-діловим стилем поведінки. Отже, умови професійної діяльності виступають важливим чинником диференціації особистісного розвитку медичних сестер на етапі трирічного стажу роботи.

Таблиця 3.4

**Особистісних характеристик медсестер, які мають п'ять років
стажу роботи в особливих та звичайних умовах**

Показник	Умови роботи				Т	р
	Звичайні		Особливі			
	М	m	М	m		
Інтернальність в області досягнень	4,859	0,237	6,417	0,308	-4,035	0,000
Інтернальність в області невдач	5,050	0,314	6,661	0,269	-3,921	0,000
Інтернальність відносно здоров'я і хвороби	5,550	0,198	6,417	0,223	-2,936	0,006
Локус контролю - життя	23,121	0,923	18,929	0,870	3,315	0,003
Менеджмент	7,319	0,200	6,229	0,200	3,887	0,000
Інтеграція стилів життя	6,814	0,174	7,739	0,182	-3,714	0,000
Підприємництво	6,538	0,142	5,807	0,194	3,081	0,005
Товариськість	4,621	0,217	3,612	0,246	3,100	0,005
Урівноваженість	4,859	0,276	3,587	0,228	3,582	0,003
Відкритість	4,954	0,233	6,051	0,200	-3,684	0,000
Маскуліність-фемініність	3,931	0,275	7,831	0,349	-8,826	0,000
Загальний показник адаптивності	3,342	0,077	3,661	0,079	-3,035	0,005

Таблиця 3.4 відображає результати порівняльного аналізу особистісних характеристик медичних сестер із п'ятирічним стажем роботи залежно від умов професійної діяльності (звичайні vs особливі). Усі зафіксовані

відмінності є статистично значущими ($p \leq 0,01$), що свідчить про стійкий і виражений вплив умов праці на особистісний розвиток на етапі професійної стабілізації.

Передусім увагу привертають показники інтернальності. У медсестер зі стажем 5 років, які працюють в особливих умовах, значно вищими є значення інтернальності як у сфері досягнень, так і невдач, а також щодо здоров'я і хвороби. Це свідчить про сформований внутрішній локус контролю, готовність брати на себе відповідальність не лише за успіхи, але й за помилки та власний стан здоров'я. Така особливість є типовою для фахівців, які тривалий час функціонують у складних і відповідальних умовах, де зовнішні пояснення подій втрачають ефективність.

Водночас показник «локус контролю – життя» є вищим у групі зі звичайними умовами. Це може вказувати на більш узагальнене відчуття керованості життям і стабільності, тоді як у складних умовах діяльності відчуття контролю може бути більш диференційованим і ситуативним.

Аналіз кар'єрних орієнтацій демонструє різноспрямовані тенденції. У медсестер зі звичайними умовами роботи вищими є показники за шкалами «менеджмент» і «підприємництво», що свідчить про орієнтацію на організаційну активність, ініціативність, прагнення до управління та реалізації власних ідей. Натомість у групі з особливими умовами домінує «інтеграція стилів життя», що відображає прагнення до гармонізації професійної та особистої сфер, а також пошук внутрішнього балансу в умовах підвищених навантажень.

Особливий інтерес становлять показники особистісних рис. У медсестер, які працюють у звичайних умовах, вищими є рівні товариськості та врівноваженості, що може свідчити про більшу соціальну відкритість, емоційну стабільність і комфортність міжособистісної взаємодії. Натомість у групі особливих умов вищою є відкритість, що може відображати більшу саморефлексію та щирість, хоча це може поєднуватися з підвищеною вразливістю.

Значущими є відмінності за шкалою маскулінності–фемінінності: у медсестер, які працюють в особливих умовах, цей показник значно вищий. Це може свідчити про переважання більш «жорсткого», раціонального, діяльнісного стилю поведінки, орієнтованого на досягнення результату, рішучість і контроль емоцій. У групі звичайних умов, навпаки, більш виражені риси, пов'язані з м'якістю, емоційністю та міжособистісною чутливістю.

Показник загальної адаптивності також є вищим у медсестер, які працюють в особливих умовах. Це підтверджує, що тривала діяльність у складному середовищі сприяє формуванню ефективних адаптаційних механізмів, здатності пристосовуватися до змін, витримувати стрес і зберігати професійну ефективність.

Узагальнюючи результати, можна констатувати, що на п'ятому році професійної діяльності вплив умов праці набуває ще більш вираженого характеру. Робота в особливих умовах сприяє формуванню внутрішньої відповідальності, адаптивності, раціональності та цілеспрямованості, тоді як діяльність у звичайних умовах підтримує емоційну стабільність, соціальну активність і орієнтацію на управлінські та підприємницькі аспекти. Таким чином, професійне середовище виступає ключовим чинником диференціації особистісного профілю медичних сестер на етапі п'ятирічного стажу.

3.2. Методичні рекомендації з профілактики професійного стресу у медичних сестер

Професійна діяльність медичних сестер пов'язана з високим рівнем емоційного напруження, відповідальністю за життя і здоров'я пацієнтів, інтенсивною міжособистісною взаємодією та роботою в умовах невизначеності. Це зумовлює підвищений ризик розвитку професійного стресу, емоційного вигорання та психосоматичних порушень.

У зв'язку з цим особливої актуальності набуває впровадження системи профілактичних заходів, спрямованих на підтримку психологічного благополуччя медичного персоналу.

Профілактична робота має ґрунтуватися на принципах системності, комплексності, індивідуального підходу, конфіденційності та доступності психологічної допомоги. Важливо поєднувати організаційні заходи з індивідуальними стратегіями саморегуляції, що забезпечує більш стійкий ефект.

На рівні медичного закладу доцільно:

- оптимізувати режим праці та відпочинку (раціональний графік змін, уникнення хронічних перевантажень);
- забезпечити чіткий розподіл функціональних обов'язків;
- створити сприятливий психологічний клімат у колективі;
- впроваджувати регулярні супервізії та групи професійної підтримки;
- організовувати тренінги з управління стресом і розвитку емоційної компетентності;
- забезпечити доступ до психологічного консультування.

Узагальнюючи результати теоретичного та емпіричного дослідження, проведеного в нашій роботі, ми уклали наступні психологічні рекомендації для медичних сестер

Розвиток навичок саморегуляції

Рекомендується опанування технік емоційної стабілізації:

- дихальні вправи (повільне діафрагмальне дихання);
- прогресивна м'язова релаксація;
- методи усвідомленості (mindfulness);
- короткі паузи для відновлення впродовж робочої зміни.

Щодо формування внутрішнього локусу контролю доцільно розвивати установку на особисту відповідальність за результати діяльності, водночас диференціюючи зони контролю (відокремлення того, що залежить від

працівника, від зовнішніх факторів). Це сприяє зниженню тривожності та підвищенню впевненості у власних діях.

Для розвитку стресостійкості медичних сестер, які працюють в особливих умовах, ефективними є:

- когнітивно-поведінкові техніки (переоцінка стресових ситуацій);
- формування позитивного мислення;
- розвиток навичок конструктивного подолання труднощів (coping-стратегій).

З метою запобігання емоційному виснаженню, на наш погляд, важливо:

- дотримуватися балансу між професійним і особистим життям;
- обмежувати надмірну емоційну залученість у проблеми пацієнтів;
- використовувати техніки емоційного «відновлення» після складних змін;
- підтримувати професійну мотивацію через усвідомлення значущості своєї діяльності.

Для розвитку професійної комунікативної компетентності медичних сестер ми рекомендуємо:

- формування навичок асертивної поведінки;
- навчання ефективній взаємодії з пацієнтами та їх родичами;
- розвиток емпатії з одночасним збереженням психологічних меж.

Важливим ресурсом профілактики стресу медичної сестри є соціально-психологічна підтримка:

- з боку колег і керівництва;
- участь у групах взаємодопомоги;
- розвиток корпоративної культури взаємоповаги та довіри.

Крім того, для зменшення наслідків професійного стресу медичним сестрам доцільно:

- дотримуватися здорового способу життя (сон, харчування, фізична активність);

- знаходити час для відпочинку та відновлення;
- використовувати хобі як ресурс психологічного розвантаження;
- за потреби звертатися до фахівця (психолога, психотерапевта).

Доцільно також регулярно здійснювати самодіагностику рівня стресу та емоційного вигорання, що дозволяє своєчасно виявляти негативні зміни та коригувати стан.

Запропоновані методичні рекомендації спрямовані на зниження рівня професійного стресу, підвищення психологічної стійкості та збереження психічного здоров'я медичних сестер. Їх реалізація потребує поєднання індивідуальних зусиль працівників із системною підтримкою з боку медичних установ, що забезпечує довготривалий профілактичний ефект.

Висновки до третього розділу

Отримані дані свідчать про наявність статистично значущих відмінностей між двома групами за всіма досліджуваними показниками ($p \leq 0,01$), що вказує на системний вплив умов професійної діяльності на формування особистісних характеристик.

Передусім привертають увагу показники інтернальності. У медсестер, які працюють в особливих умовах, значно вищими є значення інтернальності в усіх сферах: виробничих, міжособистісних, сімейних відносин, а також щодо здоров'я і хвороби. Це свідчить про більш виражене відчуття особистої відповідальності за події власного життя, схильність пояснювати результати діяльності власними зусиллями, а не зовнішніми обставинами. Така тенденція може бути результатом необхідності швидко приймати рішення та брати на себе відповідальність у складних умовах професійної діяльності.

Натомість показник «процес життя» є вищим у медсестер, які працюють у звичайних умовах. Це може свідчити про більшу задоволеність життям, емоційну залученість і сприйняття життєвого процесу як більш наповненого і

гармонійного. У свою чергу, зниження цього показника в особливих умовах може бути пов'язане з підвищеним рівнем стресу, емоційного виснаження або професійного напруження.

Аналіз кар'єрних орієнтацій показує, що для медсестер у звичайних умовах більш характерними є такі орієнтації, як менеджмент, автономія та інтеграція стилів життя. Це свідчить про прагнення до самостійності, балансу між професійною та особистою сферами, а також до організаційної чи керівної діяльності. У медсестер, які працюють в особливих умовах, ці показники нижчі, що може бути обумовлено більш жорсткими вимогами до регламентованості діяльності та обмеженими можливостями для самореалізації поза професійною роллю.

Показник відкритості також вищий у групі зі звичайними умовами праці, що може свідчити про більшу щирість, соціальну відкритість та готовність до взаємодії. Натомість у складніших умовах може спостерігатися певна психологічна закритість як захисна реакція.

Цікаві відмінності виявлено й у показниках адаптивності. Медсестри, що працюють у звичайних умовах, демонструють вищі значення за такими параметрами, як легкість ієрархізації соціальних сигналів та точність орієнтації в соціальних очікуваннях. Це може свідчити про більш ефективну соціальну перцепцію та гнучкість у міжособистісній взаємодії.

Водночас медсестри зі стажем 1 рік, які працюють в особливих умовах, мають вищі показники готовності до подолання невдач і досягнення мети. Це свідчить про більш розвинену вольову регуляцію, наполегливість і орієнтацію на результат, що є важливими якостями для діяльності в умовах підвищеного ризику або стресу. Отже, умови професійної діяльності суттєво впливають на структуру особистісних характеристик медичних сестер. Робота в особливих умовах сприяє розвитку відповідальності, інтернального локусу контролю та цілеспрямованості, проте може супроводжуватися зниженням задоволеності життям, відкритості та деяких аспектів соціальної адаптивності. Натомість

робота у звичайних умовах пов'язана з більш гармонійним емоційним станом, соціальною гнучкістю та орієнтацією на баланс різних сфер життя.

Медсестри зі стажем 3 роки, які працюють у звичайних умовах, мають вищий рівень інтернальності у сфері досягнень, що вказує на їхню схильність приписувати успіхи власним зусиллям і здібностям. Натомість у групі з особливими умовами вищим є показник інтернальності щодо здоров'я і хвороби, що може свідчити про більш усвідомлене ставлення до власного фізичного стану та відповідальність за його збереження, ймовірно, як наслідок роботи в напружених або ризикованих умовах.

Важливими є відмінності у смисложиттєвій сфері. У медсестер, які працюють в особливих умовах, значно вищими є показники «цілі в житті» та «локус контролю – Я». Це свідчить про більш виражену цілеспрямованість, усвідомленість життєвих орієнтирів і відчуття контролю над власним життям.

Така спрямованість може формуватися під впливом складних умов діяльності, які вимагають чітких внутрішніх орієнтирів і саморегуляції.

Аналіз кар'єрних орієнтацій показує, що медсестри, які працюють в особливих умовах, демонструють вищі показники за шкалами автономії, служіння, виклику та інтеграції стилів життя. Це свідчить про прагнення до самостійності, орієнтацію на допомогу іншим, готовність приймати складні професійні завдання та здатність поєднувати різні сфери життя. Така структура мотивації відображає більш зрілу професійну позицію та внутрішню готовність до складної діяльності.

Показник відкритості також є вищим у групі з особливими умовами, що може вказувати на більшу щирість, саморефлексію та готовність до міжособистісної взаємодії. Водночас показник маскулінності-фемінності є значно вищим у медсестер зі звичайними умовами, що свідчить про більшу орієнтацію на традиційно «чоловічий» тип поведінки (раціональність, активність, домінантність), тоді як у групі особливих умов спостерігається більш збалансований або «фемінний» стиль, який може включати емпатійність, чутливість і гнучкість.

Особливо показовими є результати за шкалами адаптивності. Медсестри, що працюють в особливих умовах, мають вищі показники емоційної стійкості, готовності до змін, подолання невдач і загального рівня адаптивності. Це свідчить про сформованість ефективних механізмів психологічної адаптації, здатність витримувати емоційні навантаження, швидко реагувати на змінні обставини та зберігати продуктивність у складних ситуаціях.

Узагальнюючи результати, можна зробити висновок, що зростання професійного стажу в поєднанні з роботою в особливих умовах сприяє розвитку таких якостей, як цілеспрямованість, внутрішній контроль, адаптивність, стресостійкість і мотиваційна зрілість. Водночас у звичайних умовах більше проявляється орієнтація на особисті досягнення та певні риси, пов'язані з раціонально-діловим стилем поведінки. Отже, умови професійної діяльності виступають важливим чинником диференціації особистісного розвитку медичних сестер на етапі трирічного стажу роботи.

У медсестер зі стажем 5 років, які працюють в особливих умовах, значно вищими є значення інтернальності як у сфері досягнень, так і невдач, а також щодо здоров'я і хвороби. Це свідчить про сформований внутрішній локус контролю, готовність брати на себе відповідальність не лише за успіхи, але й за помилки та власний стан здоров'я. Така особливість є типовою для фахівців, які тривалий час функціонують у складних і відповідальних умовах, де зовнішні пояснення подій втрачають ефективність.

Водночас показник «локус контролю – життя» є вищим у групі зі звичайними умовами. Це може вказувати на більш узагальнене відчуття керованості життям і стабільності, тоді як у складних умовах діяльності відчуття контролю може бути більш диференційованим і ситуативним.

Аналіз кар'єрних орієнтацій демонструє різноспрямовані тенденції. У медсестер зі звичайними умовами роботи вищими є показники за шкалами «менеджмент» і «підприємництво», що свідчить про орієнтацію на організаційну активність, ініціативність, прагнення до управління та реалізації

власних ідей. Натомість у групі з особливими умовами домінує «інтеграція стилів життя», що відображає прагнення до гармонізації професійної та особистої сфер, а також пошук внутрішнього балансу в умовах підвищених навантажень.

Особливий інтерес становлять показники особистісних рис. У медсестер, які працюють у звичайних умовах, вищими є рівні товариськості та врівноваженості, що може свідчити про більшу соціальну відкритість, емоційну стабільність і комфортність міжособистісної взаємодії. Натомість у групі особливих умов вищою є відкритість, що може відображати більшу саморефлексію та щирість, хоча це може поєднуватися з підвищеною вразливістю.

Значущими є відмінності за шкалою маскулінності–фемінінності: у медсестер, які працюють в особливих умовах, цей показник значно вищий. Це може свідчити про переважання більш «жорсткого», раціонального, діяльнісного стилю поведінки, орієнтованого на досягнення результату, рішучість і контроль емоцій. У групі звичайних умов, навпаки, більш виражені риси, пов'язані з м'якістю, емоційністю та міжособистісною чутливістю.

Показник загальної адаптивності також є вищим у медсестер, які працюють в особливих умовах. Це підтверджує, що тривала діяльність у складному середовищі сприяє формуванню ефективних адаптаційних механізмів, здатності пристосовуватися до змін, витримувати стрес і зберігати професійну ефективність.

Узагальнюючи результати, можна констатувати, що на п'ятому році професійної діяльності вплив умов праці набуває ще більш вираженого характеру. Робота в особливих умовах сприяє формуванню внутрішньої відповідальності, адаптивності, раціональності та цілеспрямованості, тоді як діяльність у звичайних умовах підтримує емоційну стабільність, соціальну активність і орієнтацію на управлінські та підприємницькі аспекти. Таким чином, професійне середовище виступає ключовим чинником диференціації особистісного профілю медичних сестер на етапі п'ятирічного стажу.

ВИСНОВКИ

1. Встановлено, що професійний стрес особистості є багатовимірним феноменом, який проявляється у різних сферах психічного життя — емоційній, когнітивній, поведінковій, рольовій та комунікативній. Він може виникати як у міжособистісному, так і у внутрішньоособистісному контексті, відображаючи порушення узгодженості системи відносин особистості із собою та соціальним середовищем. При цьому стресові стани не є суто патологічними, а можуть розглядатися як етапи або умови розвитку особистості в межах «умовної норми».

2. Медсестри зі стажем 1 рік, які працюють в особливих умовах, мають вищі показники готовності до подолання невдач і досягнення мети. Це свідчить про більш розвинену волюву регуляцію, наполегливість і орієнтацію на результат, що є важливими якостями для діяльності в умовах підвищеного ризику або стресу. Отже, умови професійної діяльності суттєво впливають на структуру особистісних характеристик медичних сестер. Робота в особливих умовах сприяє розвитку відповідальності, інтернального локусу контролю та цілеспрямованості, проте може супроводжуватися зниженням задоволеності життям, відкритості та деяких аспектів соціальної адаптивності. Натомість робота у звичайних умовах пов'язана з більш гармонійним емоційним станом, соціальною гнучкістю та орієнтацією на баланс різних сфер життя.

3. Важливими є відмінності у смисложиттєвій сфері. У медсестер, які працюють в особливих умовах, значно вищими є показники «цілі в житті» та «локус контролю – Я». Це свідчить про більш виражену цілеспрямованість, усвідомленість життєвих орієнтирів і відчуття контролю над власним життям.

Така спрямованість може формуватися під впливом складних умов діяльності, які вимагають чітких внутрішніх орієнтирів і саморегуляції.

Аналіз кар'єрних орієнтацій показує, що медсестри, які працюють в особливих умовах, демонструють вищі показники за шкалами автономії, служіння, виклику та інтеграції стилів життя. Це свідчить про прагнення до

самостійності, орієнтацію на допомогу іншим, готовність приймати складні професійні завдання та здатність поєднувати різні сфери життя. Така структура мотивації відображає більш зрілу професійну позицію та внутрішню готовність до складної діяльності.

Показник відкритості також є вищим у групі з особливими умовами, що може вказувати на більшу щирість, саморефлексію та готовність до міжособистісної взаємодії. Водночас показник маскулінності-фемінності є значно вищим у медсестер зі звичайними умовами, що свідчить про більшу орієнтацію на традиційно «чоловічий» тип поведінки (раціональність, активність, домінантність), тоді як у групі особливих умов спостерігається більш збалансований або «фемінний» стиль, який може включати емпатійність, чутливість і гнучкість.

4. У медсестер зі стажем 5 років, які працюють в особливих умовах, значно вищими є значення інтернальності як у сфері досягнень, так і невдач, а також щодо здоров'я і хвороби. Це свідчить про сформований внутрішній локус контролю, готовність брати на себе відповідальність не лише за успіхи, але й за помилки та власний стан здоров'я. Така особливість є типовою для фахівців, які тривалий час функціонують у складних і відповідальних умовах, де зовнішні пояснення подій втрачають ефективність.

На п'ятому році професійної діяльності вплив умов праці набуває ще більш вираженого характеру. Робота в особливих умовах сприяє формуванню внутрішньої відповідальності, адаптивності, раціональності та цілеспрямованості, тоді як діяльність у звичайних умовах підтримує емоційну стабільність, соціальну активність і орієнтацію на управлінські та підприємницькі аспекти. Таким чином, професійне середовище виступає ключовим чинником диференціації особистісного профілю медичних сестер на етапі п'ятирічного стажу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Балл Г.А. Налаштування на діалог як складник духовності професіонала. Професійна освіта: педагогіка і психологія. – III. – Ченстохова-Київ, 2021.
2. Балл Г.А. Проблема гуманізації освіти та деякі напрямки її розв'язання. Психол. засади гуманізації загальної середньої освіти. // Ред. Мусатов С.О. – Рівне, 20255. – с.10-16.
3. Балл Г.А. Психолого-педагогічні засади гуманізації освіти. Освіта і управління. – 2022. – Т.1. - № 2. – с.21-36.
4. Барно О.М. Особливості формування світогляду молоді на сучасному етапі розвитку суспільства. Наукові студії із соціальної та політичної психології. Збірник статей. Випуск 16 (19). Київ, 2022. – С. 3 – 12.
5. Бех І. Психометодична проекція особистісно-орієнтованої моделі виховання. Педагогіка та психологія. Науковий вісник Чернівецького університету: Зб. наук. праць. – Вип. 152. – Чернівці, 2022. – С.13-24.
6. Большакова А.М. Часові перспективи та життєтворчий потенціал особистості. Вісник Одеського національного університету імені І.І. Мечникова. – Т. 18, Вип. 22, Ч.1. – 2023. – С. 38-44.
7. Борисюк А.С. Особливості соціальної адаптації молоді в сучасних умовах. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика: монографія / за ред. С.Д. Максименка, С.Б. Кузікової, В.Л. Зливкова. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2021. – С. 335-356.
8. Боришевський М.Й. Провідні теоретико-методологічні принципи та їх розвиток в українській психологічній науці. Зб.: Проблеми загальної та педагогічної психології / Зб. наук. праць. – Т.ІУ. – Ч. 5. – К., 2022. – с.31-36.
9. Боришевський М.Й. Теоретико-методологічні основи дослідження психологічних закономірностей виховання громадянської свідомості та самосвідомості особистості. Актуал пробл. психології: Науков записки Інституту психології ім. Г.С.Костюка / За ред С.Д.Максименка. – К., 2022. –

Вип.19. – с.36-44.

10. Власенко Л.В. Соціально-психологічна компетентність як провідний чинник становлення професіонала у ВНЗ. Пробл. загал. та педагог. психології: Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка АПН України / За ред. Максименка С.Д.– Т. VI.– вип.2 – К., 2024 – С.48-52.

11. Волошко Н.І. Вплив психофізіологічних властивостей фахівця на професійну діяльність. Актуальні проблеми професійної орієнтації та професійного навчання незайнятого населення в умовах фінансово – економічній кризи: зб. наук. Праць за матеріалами IV Всеукр. наук.-практ. конф., 30 жовт.2009 р.– К.: ІПК ДСЗУ, 2020. – С.79 – 88.

12. Гуменюк Г. В. Психологічний простір професійного самоздійснення особистості як предмет дослідження. Проблеми загальної та педагогічної психології: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. – К., 2024. –Т. XVI. –част. 1,2. –С. 299-310.

13. Гуляс І.А. Детермінанти самоздійснення особистості. Психологічні перспективи. – 2021. – Вип. 17. – С. 83-92.

14. Діалогічність як форма існування і розвитку особистості: Монографія. [За заг. ред. Г.О. Балла, М.В. Папучі]. – Ніжин: Міланік, 2021. – 343 с.

15. Джеймісон Ф. Постмодернізм, або Логіка культури пізнього капіталізму. – [Пер. з англ.] - К., 2023.

16. Євдокімова О.О. Актуальні проблеми практичної психології./ О.О. Євдокімова // Збірник наукових праць. Частина І. – Херсон, ПП. В.С. Вишемирський 2021 р. – 482 с.

17. Зайчикова Т.В. Діагностика та профілактика синдрому професійного вигорання у вчителів: Методичні рекомендації./ Т.В. Зайчикова. – Київ – Рівне, 2023. – 24 с.

18. Зайчикова Т.В. Передумови розвитку синдрому професійного вигорання у працівників закладів середньої освіти . Актуальні проблеми психології./ Т.В. Зайчикова // Том 1.: Соціальна психологія. Психологія

управління. Організаційна психологія. / За ред. С.Д. Максименка, Л.М. Карамушки//. Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України, 2021. – Ч. 1. – С. 136 – 141.

19. Зубченко В.Г. Адаптаційні особливості педагогів як фактор ефективності педагогічної діяльності./ В.Г. Зубченко. – К.: Товариство “Знання”, 2024. – 18 с

20. Каламож Р.В. «Кар’єрні орієнтації майбутніх юристів як прояв професійної Я-концепції»./ Р.В. Каламож // Наукові записки. Серія «Психологія і педагогіка». – Острог: Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2020. – Вип. 13. – 520 с.

21. Карамушка Л.М. Психологічні основ управління в системі середньої освіти./ Л.М. Карамушка. – К.: ІЗМН, 2023. – 180 с.

22. Карамушка Л.М. Особливості вияву синдрому «професійного вигорання» у вчителів./ Л.М. Карамушка, Т.В. Зайчикова, О.І. Бондарчук // Освіта і управління. – Т.6. – Число 3. – 2023. – С.57 – 66.

23. Кириленко Т.С. Психологія: емоційна сфера особистості / Т.С. Кириленко. – К.: Либідь, 2021. – 256 с.

24. Киричук О.В. Проблеми психології, педагогічної взаємодії./ О.В. Киричук // Психологія: Респ. наук.-методич. зб. – Вип. 37. – К.: Освіта, 2024.- С.3-12.

25. 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., 2024 – С.136-143.

26. Корольчук М.С. Психологічне забезпечення психічного та фізичного здоров’я/ М.С. Корольчук, В.М. Крайнюк, А.Ф. Косенко, Т.І. Кочергіна. – К.: Фірма „ІНКІОС”, 2022. – 272 с.

27. 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.

28. Кривонос О.Б. Формування професійно-творчих умінь студентів медичних коледжів у навчальній діяльності./ О.Б. Кривонос: автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.09; Харківський національний педагогічний ун-т ім. Г.С.Сковороди. - Х., 2022. - 20 с.

29. Легун О.М. Психологічні основи використання соціально-психологічного тренінгу в системі післядипломної педагогічної освіти./ О.М. Легун // Пробл. загал. та педагог. психології. / 36. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка АПН України [За ред. С.Д. Максименка]– Т.V. – ч.5. – К.,2022. – С.142-148.

30. Максименко С.Д. Генеза здійснення особистості / Максименко С.Д. – К.: ТОВ „КММ”, 2020. – 240 с.

31. Максименко С.Д. Теоретичні проблеми самоздійснення особистості / С. Д. Максименко // Педагогіка і психологія : Вісник Академії пед. наук України . – 01/2022 . – N1 . – С.47-56 .

32. Максименко С.Д. Психологія в соціальній та педагогічній практиці: Методологія, методи, програми, процедура./ С.Д. Максименко. – К.: Наукова думка, 2021. – 226 с.

33. Максименко С.Д. Розвиток психіки в онтогенезі. / С.Д. Максименко //: В 2-х т. – К.: Форум, 2022. – т.1.: Теоретико-методологічні проблеми генетичної психології. – 319 с. – т.2.: Моделювання психологічних новоутворень: генетичний аспект. – 335 с.

34. 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. Берзін, Р. Т. Бевз, О. В. Бичко // Національний медичний ун-т ім. О.О.Богомольця ; Інститут психології ім. Г.С.Костюка АПН України. — К. : Купріянова, 2024. — 192с.

35. Миронець С.М. Психологічні особливості професійної діяльності фахівців аварійно-рятувальних підрозділів МНС України. / Миронець С.М. // Вісник Київського міжнародного університету. - Серія: Педагогічні і психологічні науки. - К., 2022. - Вип.1. - С. 228-239.

36. Михальчук Ю.О. Гармонізація етнічної самосвідомості старшокласників: психологічні аспекти. Проблеми загальної та педагогічної психології./ Ю.О. Михальчук// Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України / За ред. Максименка С.Д. – К., 2023. – Т. V, ч. 5. – С. 214 – 219.

37. Мочерний С.П. Поняття «методологія» та його структура. Психологія і суспільство. - – 2022. - №2. – С.58-82.

38. 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., 2023. - С.243-250.

39. 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. Карамушкн– К.: Міленіум, 2023. – Ч. 9. – С. 126 – 129.

40. Пов'якель Н.І. Концептуальне обґрунтування моделі саморегуляції професійного мислення практичного психолога./ Н.І. Пов'якель //Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. - В.6. - ч.1. - Івано-Франківськ, 2021. - С. 66-79.

41. Пов'якель Н.І. Професійна рефлексія психолога-практика. Практична психологія та соціальна робота. - 2022. - №6-7. -С. 3-6.

42. Поліщук В. А. Теорія і методика професійної підготовки соціальних педагогів в умовах неперервної освіти : монографія / В. А. Поліщук. – Тернопіль : ТНПУ, 2025. – 424 с.

43. 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., 2022. – С.199-203.

44. Помиткіна. Л.В. Комплексна програма соціально-психологічної корекції особистісних дисгармоній старшокласників. Пробл. загал. та педагог. психології: Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка АПН України / За ред. Максименка С.Д. – Т.V. – ч. 4. -К., 2023. — С.265-269.

45. Рибалка В.В. Особистісний підхід у професіональному навчанні старшокласників. – Київ: Деміур, ІПППОАПН України, 2021. – 160 с.

46. Рибалка В.В. Теорії особистості у вітчизняній психології та педагогіці. / В.В. Рибалка. – Одеса: Вадим Вікторович Букаєв, 2021. – 575 с.

47. Роменець В. А. Історія психології ХІХ — початку ХХ століття: Навчальний посібник / В. А. Роменець. —К. : Вища школа, 2020. — 614 с.

48. Савчин М.В. Психологічний аналіз проблеми моральної свідомості та самосвідомості особистості./ М.В. Савчин // – Педагогіка і психологія професійної освіти. – 2025. - №4. – С. 115-131.

49. Савчук Н.А. Комунікативна компетентність вчителя в процесі спілкування. Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики.– К.– Запоріжжя-Одеса, 2022. – № 15 –16.–С.123 – 127.

50. 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., 2024.– С. 273 – 80.

51. 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, 2024. – 264 с.

52. Татенко В.О. Суб'єктно-вчинкова парадигма в сучасній психології. Людина. Суб'єкт. Вчинок: Філософсько-психологічні студії / За заг. ред. В.О.

Татенка. — К.: Либідь, 2021. — С 316-358.

53. Титаренко Т.М . Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності./ Т.М. Титаренко. – К.: Либідь, 2023. – 376 с.

54. 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, 2023. – 728 с. – С. 411–418.

55. Титаренко Т.М. Запобігання емоційному вигоранню в сім'ї як фактор гармонізації сімейних взаємин:/ Т.М. Титаренко, О. Я. Кляпець. – К.: Міленіум, 2025. – 142 с.

56. 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. Максименка С.Д. – К.: «Логос», 2023. – т. 7. – Вип.. 11. – С. 312 – 316.

57. Філіппов С.О. Профілактика синдрому “вигорання” як умова оптимізації правоохоронної діяльності співробітників органів охорони державного кордону. Пробл. загальн. та педагог. психології: Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка АПН України / За ред. Максименка С.Д. – Т. V. – ч. 4. - К., 2023. — с.335-338.

58. Фільц О. Термінологічний словник/ О. Фільц // Груповий психоаналіз. [За ред. О. Фільца, Р. Гаубля, Ф. Лямонт: пер.з нім.] – Львів: Класика, 2024. – 192 с.

59. 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.

60. Фурман, А. Категорії вітакультурної методології як ефективний засіб аналізу і розв'язання складних проблем /А. Фурман // Інформаційний бюлетень інституту експериментальних систем освіти (науково-дослідного), 2024. – № 4. – С.4-7.

61. Чепелєва Н.В. Роль процесів розуміння та інтерпретації у створенні семіотичного простору психотерапії / Н.В. Чепелєва // Актуальні проблеми психології. Консультативна психологія і психотерапія . За ред. С.Д. Максименка, З.Г. Кісарчук. – К.: 2022. – Т. 3. – Випуск I. – С. 30-45.

62. 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, 2021. – Том 11. – Вип.2. – С. 279–28.

63. Шевченко Н.Ф. Становлення професійної свідомості практичних психологів у процесі фахової підготовки: монографія / Н.Ф. Шевченко. – К.: Міленіум, 2025. – 298 с.

64. Юрченко В.М. Оцінні ставлення в педагогічній взаємодії /В.М. Юрченко //Освіта і управління. – Т.2. – 2021. - № 4. – С.91-98.

65. Яценко Т. Глибинна психокорекція та упередження психічного вигорання. Частина 2. / Яценко Т., Іваненко Б., Євтушенко І. – К.: Главник, 2020. – с. 192.

66. 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): 74-81.

67. Bland, J. M., & Altman, D. G. (1995). Multiple Significance Tests: the Bonferroni Method. British Medical Journal, 310(6973), 170-170.

68. 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.

69. Pedra, J. H. F., McIntyre, L. M., Scharf, M. E., & Pittendrigh, B. R. (2004). Genome-wide transcription profile of field- and laboratory-selected dichlorodiphenyltrichloroethane (DDT)-resistant *Drosophila*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 101(18), 7034-7039.

70. Perneger, T. V. (1998). What's wrong with Bonferroni adjustments. *British Medical Journal*, 316(7139), 1236-1238.
71. Potthoff, R. F. (1966). 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. – 113p.
72. 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.
73. Howell, D. C. (2007). Statistical methods for psychology. Belmont, CA: Thomson, Wadsworth – 594p.
74. Fahrenberg J., Selg, H. & Hampel, R. (1983). Die bevölkerungsrepräsentative Normierung des Freiburger Persönlichkeitsinventars FPI-A. *Diagnostica* Band 29,4,336-345.
75. Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1989). Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. Revidierte Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A1 (5.Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
76. Rotter J.B., 1966. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* 80 (Whole Number 609), 1-28.
77. Schein E.N. Career anchors resisted/implications or career development in the 21st century// *Academy of Management Executive*. – 1996. – Vol. 10. - № 4. – P. 80-89
78. Sery A., Yupitov A. Modification of Purpose-in-Life Test // 28 Congreso Interamericano de Psicología, Santiago, Chile, 2001. P.127
79. Siegel S. (1956). *Nonparametric Statistics For The Behavioral Sciences*. NY: McGraw-Hill -312p.
80. Szondi L. Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik. Band 1-3. Mit Abbildungen. Huber, Bern. Band 1. 1952. - 543 S.