

Хмельницький національний університет
Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту
Кафедра психології та педагогіки

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Другий (магістерський)

Освітній рівень

ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ
МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ

Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність 053 Психологія

Шифр і назва спеціальності

Шифр 24453

Номер ІНП

Виконала: студентка ІІ курсу, групи ППмз-23-1 Лариса МІГАЛЬ

Підпис

Ініціали, прізвище

Керівник: доктор педагогічних наук, професор Євген ПАВЛЮК

Підпис

Ініціали, прізвище

До захисту допускаю:

Зав. кафедри психології та педагогіки
доктор психологічних наук, професор

Підпис

Таїсія КОМАР

Ініціали, прізвище

02 грудня 2024 р.

Хмельницький, 2024

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту

Кафедра психології та педагогіки

Освітній рівень другий (магістерський)

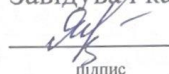
Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітня програма освітньо-професійна програма «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології та педагогіки

 Таїсія КОМАР

підпис

протокол № 5 від 14 грудня 2023 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

Лариса МІГАЛЬ

Ім'я, ПРИЗВИЩЕ здобувача

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Психологічні прояви професійної деформації медичних фахівців»
Керівник кваліфікаційної дипломної роботи: Євген ПАВЛЮК, доктор педагогічних наук, професор.
Затверджено наказом ректора університету від 26 серпня 2023 р. № 60
2. Строк подання здобувачем роботи на кафедру грудня 2024 р.
3. Вихідні дані до роботи: матеріали звіту з переддипломної практики, комплекс методів та методик дослідження: методика дослідження самовідношення; 2) методика дослідження рівня суб'єктивного контролю (РСК) Дж. Роттера; 3) методика діагностики міжособистісних взаємин Т. Лірі; 4) опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (Г. Айзенка).
4. Зміст кваліфікаційної дипломної роботи (перелік питань, які потрібно розробити): вступ, розділ 1. Теоретичні основи дослідження сутності професійних деформацій медичних працівників, теоретичний аналіз поняття професійної деформації в психологічній науці, особливості професійної діяльності медичних працівників, чинники, що сприяють розвитку професійної деформації, висновки до розділу; розділ 2. Емпіричне дослідження психологічних проявів професійної деформації медичних фахівців, організація та проведення емпіричного дослідження, аналіз результатів емпіричного дослідження психологічних проявів професійної деформації медичних фахівців, профілактика професійної деформації медичних фахівців, висновки до розділу; висновки, перелік джерел посилання, додаток.
5. Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових креслень) 3 рисунки, 2 таблиці.

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

Дата видачі завдання 14 грудня 2023 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів (розділів) кваліфікаційної роботи магістра	Строк виконання етапу роботи	Примітка
1	Вибір теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження, постановка мети і завдань.	До 02 січня 2024 р.	виконано
2	Визначення теоретико-методологічних засад дослідження. З'ясування актуальності проблеми.	До 03 березня 2024 р.	виконано
3	Оформлення вступу кваліфікаційної роботи.	До 01 вересня 2024 р.	виконано
4	I розділ кваліфікаційної роботи.	До 10 вересня 2024 р.	виконано
5	II розділ кваліфікаційної роботи.	До 01 жовтня 2024 р.	виконано
6	Загальні висновки.	До 01 листопада 2024 р.	виконано
7	Оформлення кваліфікаційної роботи.	До 01 грудня 2024 р.	виконано
8	Попередній захист кваліфікаційної роботи.	<u>08</u> листопада 2024 р.	виконано
9	Захист кваліфікаційної роботи (відповідно графіку)	<u>06</u> грудня 2023 р.	виконано

Здобувач

[Signature]

Лариса МІГАЛЬ

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник роботи

[Signature]

Євген ПАВЛЮК

АНОТАЦІЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

Тема кваліфікаційної роботи «Психологічні прояви професійної деформації медичних фахівців»

Здобувач Лариса МІГАЛЬ

Керівник Євген ПАВЛЮК

Кваліфікаційна робота включає 84 сторінки, 3 рисунки, 2 таблиці, перелік джерел посилання із 41 найменування.

Ключові слова: професійна підготовка, професійний розвиток, медичні фахівці, Я-концепція, самооцінка, самоставлення, самоповага.

Об'єкт дослідження – професійна деформація медичних фахівців.

Предмет дослідження – психологічні прояви професійної деформації медичних фахівців.

За результатами дослідження здійснено теоретичний аналіз проблеми професійної деформації медичних фахівців в науково психологічній літературі, охарактеризовано особливості професійної діяльності медичних працівників, емпірично дослідити психологічні прояви професійної деформації медичних фахівців, розроблено рекомендації щодо профілактики та подолання професійної деформації медичних фахівців.

Результати дослідження можуть бути використані для розробки навчальних програм та тренінгів для медичних працівників, спрямованих на профілактику професійної деформації та підвищення емоційної зрілості. Крім того, отримані рекомендації можуть бути інтегровані в стратегії управління персоналом медичних установ для покращення умов праці та зменшення професійного вигорання.

Дипломник  Лариса МІГАЛЬ

Дата подання кваліфікаційної роботи до захисту 02 грудня 2024р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СУТНОСТІ ПРОФЕСІЙНИХ ДЕФОРМАЦІЙ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	9
1.1 Теоретичний аналіз поняття професійної деформації в психологічній науці	9
1.2 Особливості професійної діяльності медичних працівників.....	22
1.3 Чинники, що сприяють розвитку професійної деформації	31
Висновки до розділу.....	39
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ.....	41
2.1 Організація та проведення емпіричного дослідження	41
2.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження психологічних проявів професійної деформації медичних фахівців.....	
2.3 Профілактика професійної деформації медичних фахівців	64
Висновки до розділу.....	74
ВИСНОВКИ.....	75
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	77
ДОДАТОК А Авторський опитувальник	83

ВСТУП

Актуальність теми. Актуальність дослідження зумовлена низкою важливих чинників, які мають значний вплив як на самих медичних працівників, так і на систему охорони здоров'я загалом. Насамперед, слід зазначити, що медична професія є однією з найстресовіших, оскільки медичні фахівці працюють в умовах постійної відповідальності за життя і здоров'я пацієнтів, стикаються з важкими етичними дилемами та високим рівнем емоційного навантаження. Така напружена діяльність може призводити до розвитку професійної деформації — процесу, що змінює особистість працівника внаслідок впливу тривалого стресу та специфіки професійної діяльності. Це актуалізує необхідність дослідження впливу професійної деформації на емоційний та психологічний стан медиків.

Однією з ключових проблем, що випливає з професійної деформації, є зниження якості надання медичних послуг. Медичні фахівці, які перебувають під впливом професійної деформації, можуть втрачати емпатію до пацієнтів, демонструвати цинічне ставлення або емоційне дистанціювання. Це не лише негативно впливає на взаємодію з пацієнтами, але й підвищує ризик медичних помилок. Враховуючи той факт, що ефективна комунікація з пацієнтом є невід'ємною частиною лікувального процесу, професійна деформація медиків стає суттєвою загрозою для системи охорони здоров'я.

Професійна деформація також є однією з причин розвитку емоційного вигорання, яке стає все більш поширеним серед медичних працівників. Емоційне вигорання супроводжується хронічною втомою, депресією, тривожними розладами та іншими негативними психологічними наслідками, що призводить до зниження продуктивності роботи та погіршення фізичного й психічного здоров'я. Це робить питання подолання та профілактики професійної деформації актуальним, оскільки від цього залежить не лише якість роботи медиків, але й їхнє особисте благополуччя.

Крім того, професійна деформація негативно впливає на кадровий потенціал системи охорони здоров'я, оскільки фахівці, що стикаються з постійним емоційним та психологічним виснаженням, частіше залишають професію. Це загострює проблему плинності кадрів у медичній сфері, що особливо актуально в контексті зростаючого навантаження на систему охорони здоров'я, зокрема в період пандемії COVID-19. Важкі умови роботи, пов'язані з пандемією, додатково підсилили стресові фактори, що впливають на медичних працівників, що призвело до ще більшого поширення професійної деформації.

Нарешті, відсутність достатньої кількості досліджень, присвячених професійній деформації медиків, особливо в українському контексті, свідчить про необхідність глибшого вивчення цієї проблеми. На відміну від теми професійного вигорання, професійна деформація, її психологічні прояви та особливості у медичних фахівців залишаються недостатньо дослідженими. Це створює потребу в науковому аналізі проблеми для розробки ефективних заходів з профілактики та подолання деформації, що зможе сприяти збереженню кадрового ресурсу у медичній галузі.

Таким чином, дослідження психологічних проявів професійної деформації медичних фахівців є актуальним і необхідним для формування стратегії профілактики, підтримки психологічного здоров'я медиків та забезпечення високого рівня надання медичної допомоги.

Об'єкт дослідження – професійна деформація медичних фахівців.

Предмет дослідження – психологічні прояви професійної деформації медичних фахівців.

Метою роботи є теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження психологічних проявів професійної деформації медичних фахівців.

Гіпотеза дослідження: з'ясування психологічних проявів професійної деформації медичних фахівців надасть можливість ефективно розробити рекомендації щодо профілактики та подолання професійної деформації медичних фахівців.

Відповідно до мети та гіпотези були поставлені такі **завдання**:

1. Провести теоретичний аналіз проблеми професійної деформації медичних фахівців в науково психологічній літературі.
2. Охарактеризувати особливості професійної діяльності медичних працівників.
3. Емпірично дослідити психологічні прояви професійної деформації медичних фахівців.
4. Розробити рекомендації щодо профілактики та подолання професійної деформації медичних фахівців.

Методи дослідження:

- *теоретичні*: аналіз наукової літератури, інтерпретація, аналогія, узагальнення на рівні встановлення закономірностей, теоретичне узагальнення результатів дослідження;
- *емпіричні*: спостереження, анкетування, інтерв'ювання, комплекс методик включав у себе: 1) методика дослідження самовідношення; 2) методика дослідження рівня суб'єктивного контролю (РСК) Дж. Роттера; 3) методика діагностики міжособистісних взаємин Т. Лірі; 4) опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (Г. Айзенка);
- *статистичні*: кількісний та якісний аналіз емпіричних даних та їх узагальнення.

Практичне значення роботи полягає в розробці комплексу методик, що дозволяють виявити психологічні прояви професійної деформації медичних фахівців, а також в розробці рекомендацій щодо профілактики та подолання професійної деформації медичних фахівців.

Експериментальна база дослідження. Емпіричне дослідження проводилось на базі Комунального підприємства «Хмельницький центр первинної медико-санітарної допомоги» Хмельницької міської ради.

Апробація результатів дослідження відбувалась шляхом публікації статті «Особливості профактики професійної деформації медичних фахівців»

та матеріалів конференції «Психологічні наслідки професійної деформації у сфері охорони здоров'я. The 8th International scientific and practical conference “Distance learning in universities and modern problems” (November 07-10, 2024) Budapest, Hungary. International Science Group. 2024.с.260-264».

Структура роботи містить вступ, два розділи, висновки, перелік джерел посилання 41 найменування, загальний обсяг сторінок 83.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СУТНОСТІ ПРОФЕСІЙНИХ ДЕФОРМАЦІЙ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1 Теоретичний аналіз поняття професійної деформації в психологічній науці

У професійній діяльності феномен деформації є важливим і складним аспектом, який потребує глибокого теоретичного розгляду. Професійна деформація передбачає поступові зміни в психіці, поведінці та емоційному стані людини внаслідок тривалого впливу професійних умов і специфічних обставин роботи. Вона виникає через надмірне зосередження на виконанні професійних обов'язків, що призводить до деформації особистісних якостей і професійних установок.

Швидкий розвиток загальнонаукових знань про світ і людину, а також динаміка сучасного життя, зумовлена соціальними змінами та науково-технічним прогресом, висуває високі вимоги до підготовки і перепідготовки фахівців у різних сферах соціальної діяльності. У зв'язку з цим проблема забезпечення гармонійного особистісного та професійного розвитку спеціалістів, а також профілактики і корекції можливих негативних наслідків їхньої професійної діяльності, зокрема професійних деформацій, стає ключовою для післядипломної освіти в Україні [16].

На сьогодні в психологічній науці термін "професійні деформації" є одним із найчастіше використовуваних спеціалізованих понять, що входить до термінології психології праці, вікової, педагогічної, соціальної, медичної психології та психології управління. Широке застосування цього терміну пов'язане із загальним розумінням професійного розвитку фахівців, що може призводити до появи професійної втоми, втрати навичок і зниження

працездатності, а також до розвитку небажаних професійних якостей, дезадаптації і негативного впливу на продуктивність праці та взаємодію з колегами.

Сучасні дослідження використовують широкий спектр термінів, які на перший погляд можуть здаватися синонімами: професійний розвиток, особистісно-професійний розвиток, професійне становлення, професіоналізація, розвиток професіонала, професіоналізм, професіогенез тощо. Всі ці поняття пов'язані з процесом взаємодії людини з професійним середовищем. Така взаємодія відбувається під час виконання особистістю професійних обов'язків, що вимагає подолання як соціально-професійних (зовнішніх), так і психологічних (внутрішніх) перешкод. Успіх цього процесу багато в чому залежить від потенціалу людини до розвитку.

Відповідно до цього підходу, необхідно спочатку розглянути ключові поняття, що описують цю взаємодію: професійна діяльність, суб'єкт професійної діяльності та професіогенез. Основним поняттям для всіх вищезазначених термінів є "професія" (від лат. profession). Аналіз існуючих трактувань цього поняття (зокрема, у роботах Е.Ф. Зеєра, Є.О. Клімова, С.І. Ожегова та інших) дозволяє узагальнено визначити його як форму трудової діяльності, що виникла історично і для якої необхідні певні знання, навички, спеціальні здібності та розвинені професійно важливі якості.

Основні характеристики професії відображаються в понятті "професійна діяльність", яке узагальнює її соціально-економічні, медико-біологічні, психолого-педагогічні та санітарно-гігієнічні риси. У ширшому розумінні, професійну діяльність можна трактувати як "створення соціально значущих реальностей", що відбувається у внутрішньому світі інших людей або в самому собі (наприклад, у формі інформації, впорядкування чогось, змін у психіці тощо).

Особливе значення у визначенні поняття "професійна діяльність" має її психологічний зміст. Загальні психологічні питання діяльності, її структура та механізми регуляції досліджені в працях таких авторів, як П.Я. Гальперін,

О.М. Леонтьєв, Б.Ф. Ломов, С.Л. Рубінштейн, Г.В. Суходольський, В.Д. Шадріков, Г.П. Щедровицький та інших.

Психологічний підхід до аналізу діяльності передбачає її розгляд як складного, багатогранного та багаторівневого процесу, який постійно розвивається. У різних наукових концепціях зазвичай акцентуються різні аспекти діяльності, абстрагуючи інші. Наприклад, деякі теорії зосереджуються на операційних аспектах (послідовність дій та операцій), інші – на мотиваційних аспектах (динаміка мотивів), ще інші аналізують механізми регуляції діяльності. Є також підходи, що вивчають діяльність через аналіз фізіологічних процесів її реалізації. Усі ці підходи не суперечать один одному, але жоден із них не є універсальним.

У рамках системного підходу до розуміння професійної діяльності значущим для нашого дослідження є трактування цього поняття, запропоноване Г.П. Щедровицьким. Він розглядає професійну діяльність як складне соціокультурне явище, що має свою історію, традиції, цінності та власний "світогляд". Вхідження у професійне середовище та освоєння професії є тривалим і складним процесом, який вимагає від людини певних зусиль і навіть "жертв". Як результат, професія впливає не лише на професійні здібності, але й на особистісні якості фахівця [21].

У цьому контексті важливим для нашого дослідження є питання суб'єкта професійної діяльності, тобто особистості, яка виконує цю діяльність. Поняття "суб'єкта", його феноменологія, визначення та практичне застосування широко досліджені у працях таких психологів, як К.О. Абульханова-Славська, Б.Г. Ананьєв, Л.І. Анциферова, А.В. Брушлінський, А.В. Петровський, С.Л. Рубінштейн, Т.М. Титаренко та інших, що заклали основи суб'єктно-діяльнісного підходу в психології.

Для дослідження важливим є трактування суб'єкта діяльності, яке запропонував Б.Ф. Ломов. Він підкреслює, що різні функції психіки, такі як когнітивна, регулятивна та комунікативна, на вищому рівні психічного розвитку стають властивостями самого суб'єкта. Когнітивна функція

реалізується в діяльності суб'єкта та визначає його здатність до самодетермінації та самоорганізації, а також впливає на формування самого суб'єкта діяльності. Регулятивна функція проявляється у свідомості через вольове регулювання дій і поведінки. Комунікативна функція виражається у розвитку форм людського спілкування.

Відповідно до акмеологічної концепції (представленої А.О. Деркачем, В.Г. Зазикінім, Н.В. Кузьміною, А.К. Марковою та В.А. Якунінім), професійно розвинена особистість володіє ще однією важливою рисою — її професійна діяльність стає творчою. Для особистості, яка досягла свого вищого рівня професійного розвитку (акме), творчість стає способом життя. Це означає, що здатність людини змінювати навколишню дійсність і себе в процесі діяльності є сутнісною характеристикою суб'єкта діяльності. У процесі змінюється як професійна діяльність, так і сам суб'єкт.

Таким чином, спираючись на концептуальні положення суб'єктно-діяльнісного підходу, можна стверджувати, що фахівець-професіонал — це активний суб'єкт, який реалізує свій спосіб життєдіяльності через професійну діяльність і володіє професійною свідомістю. Такий суб'єкт здатен контролювати свою залученість у професійний розвиток, відслідковувати рівень власних досягнень, має професійну зрілість і розвинену самосвідомість, а також здатність до самовдосконалення і збереження своєї ідентичності у часі [18].

У рамках дослідження професійних деформацій особливо важливим є етап професійної зрілості, на якому остаточно формується домінуючий тип професійної діяльності медичного фахівця, що підкреслює О.Р. Фонарьов. Перебіг цього етапу професіогенезу може відрізнятися залежно від рівня гармонії між професійними та особистісними аспектами у структурі «Я» лікаря.

Як зазначають Т.Є. Гура і В.І. Слободчиков, траєкторія розвитку професійної зрілості передбачає прагнення до значущих досягнень у професійній, особистісній і соціальній сферах. Гармонійне поєднання

особистісного і професійного компонентів дає можливість психологу самостійно визначати цілі професійної діяльності, способи їх досягнення та нести відповідальність за результати. Такий фахівець здатний ефективно керувати своєю діяльністю, адаптувати її до різних ситуацій, а також розвивати й удосконалювати її структуру [29].

Таким чином, професійно зрілий фахівець вміє поєднувати свої можливості та потреби з вимогами професії, вибираючи оптимальні стратегії діяльності, включаючи готовність свідомо йти на ризик або знижувати рівень амбіцій залежно від ситуації.

Слово «деформація» має латинське походження від "deformare", що включає дві складові: 1) «викривляти, спотворювати» (від "de-") і 2) «надавати форму, формувати» (від "formare"). Спочатку цей термін застосовувався переважно в природничих науках. У фізиці, наприклад, деформація описує зміну взаємного розташування часток твердого тіла під дією зовнішніх сил, що може проявлятися через розтягнення, стиснення або крутіння. В біології деформація означає порушення розвитку органів під впливом зовнішніх факторів, при цьому диференціація тканин залишається нормальною. У гуманітарних науках термін використовують у переносному значенні, позначаючи зміни розмірів або форми під впливом зовнішніх сил, зокрема, зміни суспільного життя.

У загальному науковому контексті деформація означає зміну форми або спотворення сутності певного явища. Однак в спеціалізованій науковій літературі відсутнє єдине визначення поняття «професійна деформація». Це пояснюється складністю структури цього явища та багатогранністю його проявів і зв'язків з особистісними характеристиками.

Термін «професійна деформація» вперше ввів П. Сорокін, описуючи соціально-психологічний феномен, який виникає під час професійної діяльності. Він вказував на те, що постійне виконання «професійних актів» змінює людину, знижує її адаптивність, стійкість і негативно впливає на продуктивність діяльності.

Хоча питання професійних деформацій було порушене ще на початку ХХ століття, як об'єкт наукового дослідження в психології воно стало актуальним значно пізніше. Лише в 60-х роках минулого століття цей термін почали вивчати юристи-психологи, а в 90-х роках дослідження набули ширшого розмаху в працях відомих психологів. Сучасне трактування «деформації» фокусується на «психологічній» трансформації особистості, як наслідку набуття нових рис під впливом зовнішніх факторів [7,18,31].

Розширення цього поняття на різні галузі психології призвело до його застосування для опису широкого спектра явищ. Сучасні дослідники використовують різні синоніми для позначення професійних деформацій, серед яких: аберація, вигоряння, деградація, стагнація та інші. Однак ці терміни лише частково перегукуються з явищем професійних деформацій, яке є ширшим та глибшим за будь-який з цих термінів.

Крім терміну «деформація», часто вживається й поняття «деструкція». Незважаючи на схожість, ці терміни мають певні відмінності: деструкція означає руйнування наявної структури, тоді як деформація – це зміна під впливом різних факторів.

На мою думку, поняття «професійна деформація» та «професійна деструкція» відрізняються за кількома аспектами. По-перше, це стосується ступеня негативних проявів: деструкція є крайньою формою деформації. По-друге, це стосується динаміки розвитку: якщо під час деформації відбувається спотворення структури діяльності або особистості, то деструкція передбачає їх руйнування, що впливає на кардинальну зміну спрямованості людини, її установок і цінностей.

З цієї точки зору, коли йдеться про порушення цілісності особистості, зниження її адаптивності та ефективності під впливом зовнішніх факторів (у нашому випадку – це професійна діяльність і всі пов'язані з нею аспекти), доцільніше використовувати термін «професійна деформація».

В психологічній науці існують певні традиції щодо розуміння професійних деформацій. У науковій літературі вони зазвичай розглядаються

як патологічні або небажані відхилення в професійному розвитку, що виникають під впливом специфіки діяльності, умов праці та індивідуальних психологічних особливостей. Це може призводити до викривлення важливих професійних якостей і негативно позначатися на продуктивності діяльності. Психологічний словник визначає професійну деформацію як когнітивне викривлення, яке формується через постійний вплив зовнішніх і внутрішніх чинників професійної діяльності, що призводить до формування специфічного професійного типу особистості.

Передусім, проблематику професійних деформацій у психології розглядають з двох перспектив: діяльнісної та особистісної. Одна точка зору акцентує увагу на деформації особистості, а інша – на деформації діяльності або трудової поведінки. Деформації поведінки та діяльності часто розглядаються як зовнішні прояви деформацій особистості [27]. Такий підхід дозволяє уникнути вважання цих явищ фатальними, оскільки особистість формується і розвивається в діяльності. Поява деформацій часто пов'язана з неконструктивним професійним стилем і неправильними рольовими установками особистості [21], що підлягає корекції.

Сучасні українські дослідники (М.С. Великодна, Ж.П. Вірна, С.В. Грищенко, С.В. Ковальчишина, О.М. Рева та ін.) розглядають професійні деформації як варіант ригідної професійної адаптації до вимог професійного середовища, що відбувається одним конкретним і тривалим способом, який заважає розвитку як особистості, так і самої діяльності [3,7,12,24,28,39]. Інша точка зору трактує їх як результат розчарування в професії, кар'єрної кризи чи втрати авторитету [56], що проявляється в надмірній стереотипізації діяльності, опорі до нового, трафаретності підходів, спрощеності поглядів на проблеми та перенесенні професійних звичок у позапрофесійну сферу, таку як сімейні та дружні стосунки [18].

Отже, професійні деформації можна визначити як елемент дезадаптації особистості у контексті професійної діяльності. Професійні деформації проявляються у виникненні негативних особистісних рис фахівця, що

відображається на його психофізіологічному стані, іміджі, стилі поведінки, способах спілкування та появі професійного жаргону [6,15,22,35.]. Ці зміни зумовлені, з одного боку, посиленням і інтенсивним розвитком рис, що підтримують успішне виконання професійних функцій, а з іншого – зменшенням або руйнуванням якостей, які не беруть участь у професійній діяльності [21].

Гіпертрофія певних особистісних рис і професійно значущих якостей, що є критично важливими для виконання конкретних професійних завдань. Це призводить до того, що ці риси починають проявлятися не лише в професійній сфері, але й проникають у інші аспекти життя фахівця [19; 27 та ін.]. Така деформація може проявлятися у формі надмірної впевненості та непогрішності у власних знаннях і оцінках, що обмежує функцію аналізу і розумових операцій [27]. Іноді поведінка, при якій реальність сприймається крізь призму професійної діяльності, описується терміном «професійний кретинізм» [36].

Порушення в системі професійної саморегуляції особистості, що проявляється у надмірному домінуванні професійного Я над особистісним Я [9,16,25]. Це явище можна описати як «відчуження від Самості на користь професії» [40]. Основним джерелом професійних деформацій є внутрішньоособистісний конфлікт між професійним (вимоги статусу, ролі, позиції) і особистісним (ціннісні орієнтації) аспектами Я. У відповідь на цей конфлікт особа може обрати один з двох шляхів: або зняти професійну «маску» чи зменшити її вплив, або прийняти цю «маску» як своє справжнє обличчя і заблокувати актуалізацію особистісного Я. У такому випадку всі дії та життєва стратегія особи будуть не лише відповідати рольовим вимогам, але й намагатимуться закріпити ці вимоги [19]. Після виходу з професійної ситуації не відбувається природного «виправлення», а, навпаки, у особистому житті особа продовжує нести «деформувальний відбиток» своєї професії.

Викривлення особистісного профілю фахівця у формі синдрому професійного вигорання. Деякі автори [39] розглядають цей синдром як прояв професійних деформацій, тоді як інші вважають, що між цими явищами існують суттєві відмінності як у механізмі їх виникнення, так і в наслідках їх розвитку [16, 37].

Термінологічна плутанина у визначеннях «професійне вигорання» і «професійні деформації» потребує, на наш погляд, уточнення їх змісту та специфіки застосування. Тому доцільно розглянути основні підходи до розуміння взаємозв'язку між цими явищами.

У зарубіжній психології поняття «професійна деформація» часто пов'язане з терміном «burnout», введеним американським психіатром Н.І. Freudenberger у 1974 році для опису стану психічного виснаження у здорових осіб, які активно спілкуються з клієнтами або пацієнтами та перебувають в емоційно навантаженому середовищі [15]. На сьогодні синдром «burnout» (або «психічне вигоряння») асоціюється з психосоматичними розладами і розглядається як передхворобовий стан [44], що проявляється в емоційному та фізичному виснаженні, а також у неможливості оптимального функціонування. Він розглядається як форма особистісної деформації професіонала, викликана професійними стресами (Н. І. Freudenberger, С. Kondo, С. Maslach, А. Pines та ін.).

Отже, іноземні дослідники обмежують прояви синдрому вигорання лише представниками комунікативних професій і підкреслюють, що це, насамперед, синдром «психічного вигорання» [15].

В українській психологічній літературі термін «професійне вигорання» часто використовується як синонім до «емоційного вигорання» і «психічного вигорання». Наприклад, у психологічній енциклопедії зазначено, що «психічне вигорання» є: «психічний стан, що характеризується відчуттям емоційної спустошеності та втоми, пов'язаними з професійною діяльністю; також спостерігається деперсоналізація і зниження професійних досягнень» [16]. Тобто, емоційне вигорання (виснаження) розглядається як частина

психічного вигорання. Додатково, вказується, що вигорання є відносно самостійним психічним явищем, що відрізняється від інших психофізіологічних станів, таких як стрес, втома та депресія. На нашу думку, спільним для всіх цих понять є акцент на внутрішньому, психологічному аспекті відчуттів, де термін «вигорання» вживається для позначення руйнування позитивного емоційного фону і гармонійного самовідчуття особи, яка працює в сфері «людина-людина».

Аналіз українських психолого-педагогічних досліджень виявляє тенденцію розглядати синдром вигорання як один з видів професійних деформацій особистості. Наприклад, Л.М. Мітіна, описуючи зміни, що відбуваються внаслідок професійного розвитку фахівців соціальної сфери, акцентує на змінах у рівні професійної самосвідомості, що виявляються в новому ставленні до себе і світу через спрощення власної особистості [41]. Вона розглядає синдром «емоційного вигорання» як прояв професійних деформацій поряд з комунікативними проблемами, ригідністю та особливостями ціннісних орієнтацій. Н.Є. Водоп'янова стверджує, що синдром «burnout» (або «психічне вигорання») є особистісною деформацією, що виникає через емоційно складні, напружені стосунки в системі «людина-людина» і негативні міжособистісні комунікації у професійній діяльності [44; 46].

В інших дослідженнях пропонується розмежувати сфери прояву деструктивних змін і розглядати «емоційне вигорання» як форму душевного неблагополуччя у контексті виконання професійної діяльності, тоді як професійні деформації аналізуються в контексті поведінки людини поза роботою [24,29,32,39]. Таким чином, «емоційне вигорання» (як «прикордонна психічна якість» згідно з науковцями [31]) розглядається як передумова розвитку професійних деформацій у фахівця.

Узагальнюючи існуючі наукові підходи, можна провести порівняння між психологічними феноменами «професійні деформації» та «професійне (емоційне) вигорання», виділивши такі аспекти:

По-перше, проблема вигорання має більш розроблену методологічну та практичну базу порівняно з кількістю досліджень професійних деформацій особистості. Також, дослідження професійних деформацій рідше представлені у міжнародній науковій літературі.

По-друге, обидва психічні явища є результатом взаємодії професії та особистості, пов'язані з роботою у соціальній сфері («людина-людина»), і виникають внаслідок порушення балансу між чинниками зовнішнього середовища та внутрішнім станом особистості. Проте, вони мають суттєві відмінності у прояві, зумовлені різним співвідношенням між професійним і особистісним аспектами Я-концепції.

Так, «синдром вигорання» можна трактувати як втрату контролюючої ролі Я-професійного та переважання Я-особистісного у сфері професійної компетенції (психолог на роботі відчуває втомлюваність і виснаження). Натомість, професійні деформації проявляються як розширення Я-професійного на сферу Я-особистісного (наприклад, людина продовжує діяти як фахівець навіть поза роботою) [26].

З нашої точки зору, професійні деформації та професійне вигорання є формами порушеного професійного розвитку, але не є ідентичними явищами. На ранніх етапах розвитку, в контексті структурних і змістовних аспектів впливу на особистість, вигорання може бути розглянуте як специфічний вид деформацій, який виявляється у порушеннях саморегуляції.

Узагальнюючи основні наукові концепції про професійні деформації і спираючись на інтегративний підхід до професійного розвитку, можна визначити професійні деформації як психічний феномен, що виявляється у зміні особистісних якостей фахівця під впливом його професійної діяльності. Це, у свою чергу, призводить до викривлення психологічної моделі діяльності, проявляючись у порушенні вже набутого досвіду, появи стереотипів професійної поведінки і психологічних бар'єрів у засвоєнні нових професійних технологій.

Більшість дослідників, що аналізують деструктивний вплив професійної діяльності на особистість, підкреслюють складну динаміку формування професійних деформацій. Спочатку несприятливі умови праці спричиняють зміни у професійній діяльності фахівця. Поступово, з повторенням негативних ситуацій, ці зміни починають впливати і на особистість, перебудовуючи її психологічну структуру і Я-концепцію, що виявляється у повсякденній поведінці та взаємодії з іншими. Негативні психічні стани і установки, які спочатку є тимчасовими, внаслідок повторення закріплюються і витісняють позитивні якості, зменшуючи їх частку у структурі особистості. Це призводить до стійкого викривлення особистісного профілю фахівця та деформації його професійної Я-концепції.

1.2 Особливості професійної діяльності медичних працівників

Формування успішного професіонала вимагає високого рівня розвитку особистісної, професійної та соціальної рефлексії, що стає основою для створення конструктивної професійної самосвідомості. Це передбачає творче підходження до цінностей і феноменів професії, самореалізацію в особистому та професійному житті, а також здатність втілювати власні переконання в практичну діяльність. Сучасний світ потребує спеціалістів, які не тільки володіють знаннями і навичками в обраній сфері, але й мають розвинений інтелект, професійно-особистісні якості, чітке розуміння своєї ролі в професії та орієнтовані на постійний саморозвиток, що є ключем до успішного вирішення професійних і життєвих викликів.

З нашої точки зору, професіонал – це соціально адаптована, психологічно зріла особистість, яка досягла високого рівня професійної майстерності. Ця майстерність визначає не лише її діяльність, а й стиль життя, відповідальний світогляд та почуття належності до певної професійної спільноти. Професіоналізм, як результат професійного розвитку, являє собою інтегративну характеристику професійно зрілої особистості, яка виступає суб'єктом діяльності, комунікації та праці.

Професійна зрілість включає кілька складових: соціальну зрілість (володіння навичками професійної взаємодії та правовими нормами), особистісну зрілість (здатність до самовираження, саморозвитку та протидії професійним деформаціям), і діяльнісну зрілість (володіння високим рівнем професійних навичок та здатність до творчого самовираження в межах професії) [34].

Професійна ідентичність формується лише на достатньо високих рівнях оволодіння професією і відображає узгодження між особистісним та професійним розвитком. Вона завершується створенням індивідуальної моделі професійної поведінки, яка передбачає типові поведінкові стереотипи та творчі рішення в нестандартних ситуаціях. У структурі професійної ідентичності взаємодіють уявлення про ідеального професіонала та власний образ як професіонала.

Особистісне проникнення в професію є ключем до розвитку майстерності. Без цього професійна діяльність може перетворитися на механічне виконання функцій, що зазнає труднощів при зіткненні з непередбаченими обставинами. Лише особиста професійна ідентичність дозволяє орієнтуватися на ринку праці, правильно оцінювати свої можливості та вибудовувати стратегії професійного розвитку відповідно до особистих цінностей.

Професіонал – це людина, яка не лише опанувала норми своєї професії як у мотиваційному, так і в практичному аспектах, але й демонструє високу продуктивність та якість у своїй роботі. Така особистість має чіткі професійні перспективи, активно планує своє професійне життя, використовує професію як інструмент для особистісного розвитку, успішно долає зовнішні труднощі, робить творчий внесок у професійну сферу, сприяє зростанню престижу професії та суспільного інтересу до неї [23].

Важливо розглянути, як відбувається взаємодія між особистісним і професійним розвитком на різних етапах життя. Н. Ничкало підкреслює, що на кожній стадії життєвого шляху ці процеси мають свою специфіку,

динаміку та взаємозв'язок. Особистісний розвиток триває протягом усього життя – від дитинства до старості. Водночас професійний розвиток більш чітко проявляється у дорослому віці, коли людина стає активним учасником трудової діяльності [13,26].

На початку професійного розвитку особистість вже має певний рівень психічного та соціального розвитку, який можна вважати стартовим етапом професійного становлення. Оцінка цього початкового стану та його прояв у певних критеріях стає можливою через аналіз ключової події професійного розвитку – вибору професії.

Особистісний і професійний розвиток взаємопов'язані. З одного боку, риси особистості (потреби, інтереси, рівень амбіцій, інтелектуальні особливості тощо) значно впливають на вибір професії та подальший професійний розвиток. Вони можуть сприяти досягненню майстерності та особистісної самореалізації, але також можуть стати перешкодою на шляху професійного становлення. Тому існує як позитивний, так і негативний професійний розвиток особистості [14,28,42].

Позитивний професійний розвиток відбувається тоді, коли професія відповідає внутрішнім характеристикам особистості. У такому випадку досягнення успіху в професійній діяльності сприяє підвищенню мотивації до саморозвитку і творчого зростання. Наприклад, у невропатологів чи терапевтів розвиваються спостережливість, професійна увага, зростає креативність та емпатія. Позитивний професійний розвиток зміцнює особистісні риси, формує професійний тип особистості з характерною поведінкою, стилем роботи та спілкування, що забезпечує успішне виконання професійних обов'язків і стійке досягнення високих результатів.

Негативний професійний розвиток призводить до "згасання" та деформації особистості. Якщо людина не досягає професійної майстерності, це може проявлятися через поведінкові труднощі, роздратованість, конфліктність, або ж обмеженість у професійній сфері, упередженість та нечутливість до інших сфер життя. Негативний професіогенез виникає в

результаті невідповідності між особистістю і професією, що погіршує ситуацію в умовах тривалої професійної діяльності.

Професія має суттєвий вплив на процеси сприймання та уваги. Людина стає більш зосередженою на тому, що пов'язано з професійною діяльністю, і менш зацікавленою в побічних аспектах життя. Це може призвести до однобічності світогляду та професійної упередженості. Характер професії визначає багато аспектів життя людини: її ідеологію, етику, смаки, звички та загальний світогляд. Професія формує специфічну "точку зору", з якою людина сприймає навколишній світ і реагує на нього.

У деяких випадках професійний розвиток може випереджати особистісний. Це можливо в професіях, де основну роль відіграють технічні знання та вміння, і особистісні риси не є настільки важливими.

Можна виділити дві групи професій, залежно від ролі особистості у їх виконанні:

1. Професії, в яких домінують вузькоспеціалізовані знання та навички, і вплив особистісних якостей на результат праці мінімальний. У таких професіях людина може досягти майстерності незалежно від рівня зрілості особистості.

2. Професії типу "людина-людина", де особистісна зрілість є ключовою умовою успішного професійного становлення.

Отже, існує професіогенез, який не зачіпає особистісний розвиток, а також той, що визначається розвитком особистості. Вибір професії, що відповідає психологічним особливостям людини, сприяє успішному оволодінню нею. Деякі професії вимагають від самого початку певних психологічних характеристик, таких як психічна врівноваженість для правоохоронців, комунікативні здібності для педагогів або емоційність для акторів. Невідповідність особистісних рис вимогам професії може спричинити труднощі у виконанні обов'язків, призвести до негативного ставлення до професії та викликати страждання.

Медичні працівники повинні володіти не лише професійними знаннями, а й демонструвати високий рівень професійно-етичної культури та важливих психологічних якостей. Крім того, важливо, щоб вони мали здатність до самовдосконалення та вміння зберігати і зміцнювати свої морально-етичні принципи. Після завершення навчання, їхня освітня діяльність повинна перетворитися в професійну, з чітким визначенням потреб, мотивів, цілей, засобів і результатів. Професійна культура медиків відрізняється тим, що орієнтована на обслуговування людей і задоволення їхніх потреб. Оскільки їхня робота є суспільно значущою та складною, медичні працівники потребують високого рівня професійної підготовки, фундаментальних знань у теорії та практиці медицини, а також навичок і методів, які допоможуть ефективно виконувати професійні завдання. Медики повинні бути добре освіченими, конкурентоздатними, здатними до самостійного прийняття рішень і нести відповідальність за результати своєї діяльності. Вони мають бути всебічно розвиненими, мислити науково, розуміти природничо-наукові аспекти світу, розвивати екологічне мислення та адаптуватися до високотехнологічного середовища, одночасно дбаючи про гармонію з природою, оволодіваючи методами наукового пізнання і формування світогляду [14,27].

Майбутні медичні працівники мають усвідомлювати всю відповідальність, яка на них покладена. Важливими якостями є доброзичливість, увага до пацієнтів, витримка та привітність. Окрім цього, професіонал повинен мати щире зацікавлення у своїй справі, любов до неї, бути терплячим, рішучим та цілеспрямованим, поєднуючи ці риси з обачливістю.

Пацієнти, довіряючи своє здоров'я лікарю, очікують від нього виявлення високих моральних якостей, таких як співчуття, чесність, самодисципліна, сумлінність та майстерність. Вони прагнуть бачити в лікареві еталон моральності, готового до самопожертви заради здоров'я інших. Ці якості є основою довіри й авторитету лікаря.

Гуманізм, який втілює медична професія, тісно пов'язаний із її соціальною функцією. Він проявляється у бажанні лікаря присвятити себе пацієнтам, долати труднощі й робити все можливе для їхнього одужання, не завдаючи додаткових страждань. Формування особистості майбутнього лікаря полягає в поєднанні професійного розвитку з вихованням високих моральних якостей громадянина, який усвідомлює свою відповідальність перед суспільством. Це також включає розвиток духовності, здатність до самовдосконалення, формування цінностей через усвідомлення власних інтересів і пріоритетів. Важливою частиною цього процесу є впровадження у свідомість молодих людей здорового способу життя, а також виховання їх у дусі національної культури та соціальної активності.

Медична етика вимагає від медичного працівника постійного самовдосконалення не тільки в професійному, але й у моральному аспекті. Лікар має робити все можливе для лікування або полегшення страждань пацієнта, незалежно від його національності, релігії, соціального статусу чи політичних переконань. Навіть у важких умовах, іноді жертвуючи власними інтересами, медик повинен діяти на благо пацієнта. Це підкреслює важливість медичної діяльності, від якої залежать життя і здоров'я людей [22. с. 23-32]. Лікар зобов'язаний боротися за життя пацієнта до останнього, намагаючись зробити навіть те, що може здаватися неможливим, навіть у ситуаціях, які вважаються безнадійними.

Моральну культуру медичних працівників можна розглядати як єдність їхньої професійної культури та моралі. Усвідомлене дотримання етичних норм через прийняття духовних цінностей сприяє успішному виконанню професійних обов'язків майбутніми медиками [41]. Одним із найскладніших питань у медичній етиці є ступінь відвертості з пацієнтом: чи варто повідомляти хворому правду про його невиліковний стан або неминучість трагічного результату. Медична етика в різних країнах залежить від національних та культурних традицій, тому відповіді на це питання можуть бути різними. В нашому суспільстві прийнято вважати, що лікар не повинен

повідомляти пацієнта про серйозність хвороби чи неминучість смерті. Навпаки, медик має підтримувати віру у видужання, щоб не погіршувати моральний стан пацієнта.

Специфіка медичної діяльності висуває особливі вимоги до особистісних якостей медичних працівників, серед яких виділяються альтруїзм і самодисципліна. Медичний фахівець повинен не лише демонструвати свої моральні якості, а й впливати на інших через власний приклад. Це стосується його ставлення до колег, партнерів і суспільства загалом. Важливим є усвідомлення моральної відповідальності та готовність виконувати професійні обов'язки. Такі поняття, як професійний обов'язок, відповідальність і совість, тісно переплітаються з іншими етичними категоріями: професійна честь, гідність, справедливість і такт, утворюючи єдину систему цінностей медичного працівника.

Однією з важливих особистісних характеристик медичного працівника є здатність володіти собою та контролювати свої негативні емоції. Дослідження, що стосується психологічних умов становлення професійної ідентичності медичних сестер [36] показало, що психологічні протипоказання для медичної професії включають прагнення зберігати власний спокій, байдужість, неухважність і безвідповідальність, а також недостатній рівень розвитку інших професійно важливих якостей. Байдужість до пацієнтів, халатність, відсутність самоконтролю і самокритики є абсолютно неприйнятними для медичної професії. В роботі медичних працівників самовпевненість і зарозумілість неприпустимі — необхідно проявляти максимальний такт і самодисципліну. Проте це почуття не повинно перетворюватися на сентиментальність, яка може заважати зосередженості та активній боротьбі за здоров'я, а іноді й життя пацієнта. Основною рисою медичного фахівця має бути чесність із самим собою, що свідчить про прагнення до самовдосконалення через самоаналіз професійної діяльності. Люди з аморальними рисами не повинні мати доступ до цієї важливої сфери людського буття, що потребує чесності, самовідданості,

здатності до самопожертви та милосердя. Тому одним із ключових завдань медичної освіти є збереження світ шляхетних етичних традицій медицини.

Оскільки медична професія має свою специфіку, в структурі професійно-етичної культури медика складно чітко розмежувати професійні складові від морально-етичних. Запропоновані три основні групи є умовними, деякі з них досить широкі. Особистісна самореалізація медика охоплює: вміння реалізовувати власні переконання у професійній діяльності, наявність чітких поглядів на професію і своє місце в ній, здатність зберігати та примножувати морально-етичні переконання, прагнення постійно вдосконалювати професійні знання і навички, підвищувати свій культурний рівень, вимогливість до себе, відповідальність і наполегливість.

Гуманістична спрямованість особистості виявляється в високій духовності, людяності і людинолюбстві, здатності до співчуття та співпереживання. Професійно важливі психологічні якості включають здатність орієнтуватися у складних клінічних ситуаціях, ефективно вирішувати професійні завдання і протистояти психологічним труднощам. Доброзичливість охоплює привітність, уважність до пацієнтів, дбайливість, бажання бути прикладом для наслідування, заохочувати чи підтримувати пацієнтів і вміння підбирати відповідний стиль спілкування. Колегіальність проявляється у володінні технологіями професійної взаємодії та взаємодопомоги, вимогливості до себе й інших, уміннях працювати в команді, тактовно звертати увагу колег на їхні недоліки та адекватно сприймати зауваження щодо власної особи.

Основними етичними вимогами, що визначають професійно-етичні якості медичних працівників, є: моральний обов'язок, честь і гідність медика, відповідальність, справедливість, медична тактовність і толерантність. Реальний прояв професійної етики медика видно у його здатності конструктивно будувати стосунки з різними категоріями людей, з якими він спілкується, такими як пацієнти і їхні родичі, колеги, лікарі та адміністрація медичних закладів.

1.3 Чинники, що сприяють розвитку професійної деформації

Професійна деформація є значущою проблемою у сфері медицини, яка відображає негативні зміни в психічному стані та поведінці медичних працівників, зумовлені специфікою їхньої діяльності. Медичні працівники часто піддаються високим рівням стресу, емоційному виснаженню та професійним труднощам, що можуть спричиняти розвиток професійних деформацій. Ці деформації можуть проявлятися в різних аспектах їхньої діяльності, включаючи зміну особистісних якостей, погіршення взаємодії з пацієнтами та колегами, а також зниження професійної ефективності.

Фактори, що сприяють розвитку професійної деформації, є різноманітними та можуть включати як особистісні, так і організаційні аспекти. Постійний стрес, перевантаження робочим навантаженням, недостатнє визнання і підтримка, проблеми з балансом між роботою та особистим життям, а також негативний вплив робочого середовища є критично важливими чинниками, що можуть призводити до деформацій у професійній діяльності медичних працівників [32].

З метою покращення розуміння та запобігання професійним деформаціям необхідно детально дослідити ці чинники і знайти ефективні стратегії для їх подолання. Розгляд цих аспектів дозволяє не лише підвищити якість медичних послуг, але й сприяти більшій стабільності та задоволеності медичних працівників, що в свою чергу позитивно вплине на загальний стан медичної системи.

Проаналізуємо кілька чинників, які можуть сприяти розвитку професійної деформації у медичних працівників.

Постійний стрес та емоційне напруження є критичними чинниками, що впливають на здоров'я медичних працівників, викликаючи численні проблеми як на фізичному, так і на психологічному рівнях. У медичній сфері ці стресові фактори набувають особливого значення через специфічні умови праці та високі вимоги до професійної діяльності. Медичні працівники часто

мають справу з великим обсягом роботи, що потребує швидкого прийняття рішень і високої концентрації уваги. Високий рівень відповідальності, необхідність виконувати складні завдання протягом тривалого часу без перерв, а також нерегулярні робочі зміни можуть призвести до хронічного стресу. В умовах медичних установ часто виникають надзвичайні ситуації, такі як аварії, катастрофи чи важкі медичні випадки, що викликають високий рівень стресу. Необхідність швидкого реагування, прийняття важливих рішень і надання допомоги в критичних ситуаціях може спричинити значне емоційне напруження. Негативні взаємодії з пацієнтами, родичами пацієнтів або колегами можуть стати джерелом стресу. Конфлікти, критика, незадоволеність з боку пацієнтів і їхніх сімей можуть посилити емоційне навантаження медичних працівників. Медичні працівники часто стикаються з великим тиском у зв'язку з необхідністю дотримання високих стандартів лікування та забезпечення безпеки пацієнтів. Постійна потреба бути на високому рівні професійної компетентності та відповідальності може викликати стрес [34].

Водночас, слід зауважити, що існують наслідки стресу та емоційного напруження, які проявляються в різних аспектах, зокрема емоційним вигоранням. Адже, постійний стрес може призвести до розвитку емоційного вигорання, яке проявляється у вигляді втоми, відчуження, зниження мотивації і емоційної втоми. Це може вплинути на якість виконання професійних обов'язків та загальний рівень задоволення від роботи. Хронічний стрес може викликати фізичні симптоми, такі як головний біль, проблеми з шлунково-кишковим трактом, серцево-судинні захворювання. Психосоматичні розлади можуть погіршити якість життя і працездатність медичних працівників. Постійне емоційне напруження може знизити когнітивні функції, такі як пам'ять і концентрація уваги, що вплине на якість прийняття рішень та ефективність виконання професійних обов'язків. Стрес може негативно вплинути на стосунки з колегами і пацієнтами, що може

призвести до погіршення робочої атмосфери і зниження рівня командної роботи.

Перевантаження робочим навантаженням є значним стресогенним фактором у професійній діяльності медичних працівників. Це явище часто спостерігається в умовах медичних установ, де обсяг роботи може бути надмірним і вимагати від фахівців високої швидкості, точності і постійної концентрації. Вплив перевантаження на фізичне і психологічне здоров'я працівників має серйозні наслідки як для них самих, так і для якості надання медичних послуг.

Медичні працівники часто стикаються з величезною кількістю пацієнтів, що потребують термінової медичної допомоги. Це може включати велику кількість рутинних процедур, обстежень і лікувальних заходів, які потрібно виконати за обмежений час. Медичні ситуації часто є екстремними і вимагають швидкого реагування. Постійний тиск часу і необхідність оперативного прийняття рішень підвищують інтенсивність роботи, що може призвести до перевантаження. Робота в умовах змінного графіку, нічних чергувань і нерегулярних змін може призвести до фізичної і психологічної втоми. Непостійний режим роботи порушує біологічний ритм, що впливає на загальний стан здоров'я. В медичній практиці помилки можуть мати серйозні наслідки. Постійний стрес через високі вимоги до якості роботи і відповідальність за життя пацієнтів може призвести до перевантаження. Крім медичних процедур, медичні працівники часто мають виконувати адміністративні завдання, такі як ведення документації, звітність і координація з іншими фахівцями. Це додає додаткове навантаження до основних медичних обов'язків [2,6] .

Підвищене навантаження може призвести до фізичного виснаження, що викликає проблеми зі здоров'ям, такі як головний біль, проблеми з серцем, підвищений артеріальний тиск та інші фізичні симптоми. Постійний стрес і перевантаження можуть викликати тривожність, депресію і загальне психічне виснаження. Це негативно впливає на емоційний стан медичних

працівників і їх здатність справлятися з професійними завданнями. Перевантаження може знизити когнітивні функції, такі як концентрація, пам'ять і здатність приймати рішення, що безпосередньо впливає на якість медичної допомоги і безпеку пацієнтів. Хронічне перевантаження є фактором ризику розвитку професійного вигорання, яке проявляється в зниженні мотивації, емоційній відчуженості і зниженні задоволення від роботи. Перевантаження на роботі може вплинути на особисте життя медичних працівників, викликаючи стосункові конфлікти, проблеми з сім'єю і соціальною активністю.

Низька оцінка та недостатнє визнання є серйозними чинниками, що можуть негативно впливати на психічний стан медичних працівників. Ці фактори часто зустрічаються у медичній сфері, де висока відповідальність і важка праця можуть залишитися непоміченими або недооціненими. Як наслідок, відсутність адекватного визнання і низька оцінка праці можуть стати причинами професійного вигорання, зниження мотивації та загального психічного нездужання.

Слід наголосити на причинах низької оцінки та недостатнього визнання. Зокрема, варто зауважити, що в медичних установах може бракувати ефективного зворотного зв'язку з боку керівництва. Відсутність регулярного оцінювання роботи, недостатня увага до досягнень працівників або ігнорування їхньої думки можуть призвести до відчуття недооцінки. Низькі зарплати і відсутність додаткових фінансових стимулів можуть викликати у медичних працівників відчуття, що їхня праця не оцінюється відповідно. Негативно впливають і нерегулярні або незначні премії. До вагомої причини слід віднести несправедливий розподіл ресурсів і визнання. У деяких випадках, ресурсами та визнанням можуть користуватися лише окремі працівники або підрозділи, що створює атмосферу конкуренції та неповаги серед інших співробітників. Також інколи причиною є відсутність можливостей для професійного зростання, навчання і підвищення кваліфікації може вплинути на відчуття власної цінності і визнання в

професійній сфері. Загальновідомим є явище негативного соціального порівняння, тобто так зване упереджене ставлення з боку колег або пацієнтів може призвести до відчуття недооцінки. Негативні коментарі або порівняння можуть знижувати самооцінку медичних працівників [8,16].

Як свідчить практика, існують наслідки низької оцінки та недостатнього визнання, а саме: зниження мотивації. Відсутність визнання і низька оцінка праці можуть призвести до зниження мотивації і бажання досягати високих результатів. Працівники можуть втратити інтерес до роботи та перестати докладати зусиль. Низька оцінка та недостатнє визнання є чинниками ризику для розвитку професійного вигорання, яке проявляється в емоційній виснаженості, відчуженні від роботи та зниженні ефективності. Також варто наголосити на психологічних проблемах, оскільки відчуття недооцінки може викликати стрес, тривожність, депресію і загальне психічне нездужання. Це негативно вплине на загальний психологічний стан медичних працівників. Відсутність визнання може викликати конфлікти і напруженість у відносинах з колегами, погіршуючи командну атмосферу і якість колективної роботи. Низька оцінка може призвести до зниження почуття професійної гідності і впевненості, що вплине на самосприйняття та самооцінку працівника.

Соціальна підтримка є ключовим чинником, який допомагає медичним працівникам справлятися з професійними та особистісними стресами. Результати наукових досліджень показують, що низький рівень соціальної підтримки може значно погіршити психічний стан і загальне самопочуття медичних працівників, що в свою чергу, може призвести до розвитку професійного вигорання і зниження ефективності роботи. Соціальна підтримка включає емоційне, інформаційне і матеріальне підкріплення від колег, керівництва, родини та друзів.

Серед причин низького рівня соціальної підтримки варто виділити недостатню командну взаємодію. Адже, в умовах медичних установ може бути відсутній достатній рівень командної взаємодії та співпраці між

працівниками, а це призводить до ізоляції окремих фахівців. Разом з тим, відсутність ефективного обміну інформацією між медичним персоналом і керівництвом може спричинити відчуття невизначеності та браку підтримки. Напружені стосунки між колегами або відсутність взаєморозуміння можуть створювати негативну атмосферу, що ускладнює отримання підтримки. Дослідники в своїх роботах зауважують, що низький рівень соціальної підтримки може призвести до збільшення рівня стресу і тривожності серед медичних працівників, що вплине на їхнє загальне самопочуття.

Баланс між роботою та особистим життям є критичним аспектом здоров'я і добробуту медичних працівників. Медичні професії, зокрема, характеризуються високими навантаженнями, стресовими ситуаціями та великою відповідальністю, що може ускладнити досягнення здорового балансу між професійними обов'язками і особистим життям. Проблеми в цьому питанні можуть призвести до значних негативних наслідків для психічного і фізичного здоров'я, а також для загального рівня задоволення життям [7,23].

В цьому аспекті серед причин, які створюють проблеми з балансом між роботою та особистим життям дослідники зазначають нерегулярний графік роботи. Так, загальновідомо, що медичні працівники часто мають нерегулярний графік, що включає нічні чергування, понаднормову працю та непередбачувані зміни, що ускладнює планування особистого часу. Разом з тим, великий обсяг відповідальності та стресу на роботі може забирати значну частину часу і зусиль, що обмежує можливості для відпочинку та особистих справ. Також варто наголосити на соціальному тиску та очікуваннях, зокрема, високі очікування від колег, пацієнтів або керівництва можуть призвести до перетворення роботи в пріоритет над особистими потребами та сімейними обов'язками.

Обмежений розвиток професійних навичок є важливим аспектом, що впливає на ефективність медичних працівників та якість надання медичної допомоги. У професійній сфері, де постійно з'являються нові медичні

технології, методики лікування та зміни в професійних вимогах, важливо, щоб медичні працівники мали можливість постійно вдосконалювати свої навички і знання. Однак, у реальності часто спостерігаються бар'єри, які обмежують цей процес, що може мати негативні наслідки для професійного розвитку та якості медичної допомоги. Опрацювавши літературу до причин обмеженого розвитку професійних навичок ми відносимо відсутність доступу до навчальних ресурсів, адже нерегулярні або обмежені можливості для професійного навчання і розвитку, такі як курси, семінари або тренінги, можуть обмежити доступ медичних працівників до нових знань та навичок. Серед вагомих причин слід виділити нестачу часу, оскільки великий обсяг робочих обов'язків і напружений графік можуть заважати медичним працівникам знаходити час для участі у додаткових навчальних заходах чи самостійного навчання. Досить болючим для медичних фахівців є наявність лише обмеженої кількості клінічних випадків або нових технологій у медичній практиці, що може зменшити можливості для практичного застосування нових знань.

Робоче середовище медичних працівників є критично важливим фактором, що впливає на їхню професійну діяльність та загальне благополуччя. Негативний вплив робочого середовища може суттєво позначитися на фізичному і психічному здоров'ї медичних працівників, а також на якості медичної допомоги, що надається пацієнтам. Визначення і розуміння основних негативних чинників робочого середовища є важливим для розробки ефективних стратегій покращення умов праці та забезпечення добробуту працівників.

Аналізуючи наукові та практичні напрацювання серед основних чинники негативного впливу робочого середовища ми віднесли: шкідливі хімічні речовини і біологічні агенти, іонізуючі випромінювання, шум і вібрація, канцерогени, висока нервово-психічна напруга, вимушене положення тіла під час роботи [3,16,42].

Конфлікти в команді є поширеним явищем, яке може мати значний вплив на ефективність і продуктивність роботи медичних працівників. В умовах високих стресів і значних вимог до роботи в медичній сфері, внутрішні суперечності між членами команди можуть призвести до зниження морального духу, погіршення якості медичних послуг і підвищення рівня професійного вигорання. Розуміння причин і наслідків конфліктів в команді, а також розробка ефективних стратегій для їх розв'язання є критично важливими для забезпечення гармонійної та продуктивної роботи медичних установ. До основних причин конфліктів у медичних командах слід віднести рольові суперечності, оскільки нечітке визначення ролей і обов'язків може спричинити конфлікти, коли члени команди не розуміють, хто і за що відповідає. Також комунікаційні проблеми, які проявляються в недостатній комунікації, різних поглядах і підходах, конфліктах ідей: Особистісні відмінності, які проявляються в різниці в особистих цінностях, в різному рівні професійного досвіду.

Негативний досвід з пацієнтами є однією з основних причин стресу та емоційного виснаження для медичних працівників. Постійна взаємодія з пацієнтами, особливо в умовах складних медичних ситуацій, може викликати емоційне навантаження, яке негативно впливає на психологічний стан і професійне самопочуття медиків. Розуміння факторів, що спричиняють негативний досвід, і розробка стратегій для їх подолання є важливими для підтримки психічного здоров'я медичних працівників та забезпечення високої якості медичної допомоги.

Висновки до розділу.

Професійна деформація є складним психологічним феноменом, що характеризується поступовою зміною особистісних якостей і професійної діяльності під впливом тривалого виконання професійних обов'язків. У процесі теоретичного аналізу виявлено, що професійна деформація пов'язана

з порушенням професійної ідентичності, впливає на професійну мотивацію, комунікаційні навички та емоційний стан фахівця.

Професійна діяльність медичних працівників відзначається високою відповідальністю за життя та здоров'я пацієнтів, постійними стресовими ситуаціями, інтенсивною взаємодією з людьми. Це створює специфічні умови для формування професійної деформації, зокрема емоційного вигорання, морального виснаження та втрати емпатії до пацієнтів.

Основними чинниками розвитку професійної деформації медичних працівників є емоційна перевантаженість, хронічний стрес, відсутність належної підтримки з боку керівництва та колег, а також недостатня можливість для відпочинку та відновлення. Психологічні та організаційні аспекти робочого середовища також мають значний вплив на формування цього феномену.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ

2.1 Організація та проведення емпіричного дослідження

Дослідження професійної деформації медичних фахівців є важливим для розуміння впливу професійної діяльності на психологічний стан медичних працівників. Емпіричний аналіз дозволяє визначити основні прояви деформацій та їхні психологічні наслідки, що сприяє розробці ефективних профілактичних заходів.

Емпіричне дослідження проводилося на базі Комунального підприємства «Хмельницький центр первинної медико-санітарної допомоги» Хмельницької міської ради. У дослідженні взяли участь 63 особи. Серед них 18 осіб з стажем роботи більше 10 років, 24 особи зі стажем роботи більше 20 років, 21 особа зі стажем більше 30 років роботи. Водночас, з них 37 осіб жіночої статті та 26 осіб чоловічої статті.

При організації дослідження ми підібрали методики, які найбільш об'єктивно дозволяють розкрити психологічні прояви професійної деформації медичних фахівців. Опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» є адаптованим варіантом методики Г. Айзенка. Він містить 40 питань, розподілених на чотири групи, кожна з яких оцінює один із зазначених психічних станів: тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність. Цей опитувальник дозволяє визначити, наскільки ви піддані різним психологічним станам у стресових ситуаціях, і може бути корисним для подальшого аналізу та розробки рекомендацій для покращення вашого психічного здоров'я.

Методика діагностики міжособистісних взаємин Т. Лірі спрямована на оцінку соціальних орієнтацій та типів взаємин індивіда. В основі методики лежить концепція двох основних вимірів міжособистісних відносин:

домінування — підпорядкування та товариськість — ворожість. Ці виміри дозволяють класифікувати типи взаємин, що відображаються у вигляді схеми кола, поділеного на сектори. Коло включає вісім основних типів взаємин, які характеризують різні прояви поведінки індивіда у соціальній сфері. В окремих випадках коло може поділятися на 16 секторів для більш детального аналізу.

Методика складається з 128 оціночних суджень, які респондент повинен оцінити на відповідність власним уявленням про себе чи іншу людину. Судження не розташовані послідовно, що дозволяє уникнути механічного вибору відповідей. Отримані результати підраховуються та зіставляються з координатами двох основних осей (горизонтальна — товариськість-ворожість, вертикальна — домінування-підпорядкування), що дозволяє визначити як загальну соціальну орієнтацію респондента, так і його адаптивність чи екстремальність у поведінці.

Методика дослідження рівня суб'єктивного контролю (РСК) Дж. Роттера, адаптована НДІ ім. В.М. Бехтерева, використовується для оцінки рівня суб'єктивного контролю особистості над різними життєвими ситуаціями. Вона базується на теорії локусу контролю, яка розрізняє два полюси. Інтернальний локус контролю: люди вважають, що їхній успіх чи невдача залежать від їхніх власних зусиль і рішень. Екстернальний локус контролю: люди вірять, що їхнє життя більшою мірою визначається зовнішніми факторами — випадком, долею або впливом інших людей. Сім шкал, які оцінюють різні аспекти суб'єктивного контролю:

1. Досягнення
2. Невдачі
3. Сімейні відносини
4. Трудова діяльність
5. Відповідальність за здоров'я
6. Міжособистісні відносини
7. Ставлення до подій і явищ зовнішнього світу

Оцінюючи результати за різними шкалами, можна визначити, наскільки людина відчуває себе відповідальною за власні досягнення та невдачі в різних аспектах життя. Ті, хто мають високі бали на шкалі інтернальності, більше схильні вважати, що контроль над життєвими подіями належить їм самим.

У цьому дослідженні також було застосовано методика самовідношення для вивчення психологічних особливостей трьох груп медичних фахівців з різним стажем роботи Багатовимірний опитувальник дослідження самовідношення, створений С.Р. Пантілєєвим у 1989 році, містить 110 тверджень, розподілених за 9 шкалами. Ця версія опитувальника дозволяє виявити три рівні самовідношення, що відрізняються за ступенем узагальнення:

1. глобальне самовідношення;
2. самовідношення, диференційоване за самоповагою, автосимпатією, самоінтересом і очікуваннями ставлення до себе;
3. рівень конкретних дій (готовностей до них) у ставленні до свого "Я".

В якості вихідного приймається різниця між змістом "Я-образу" (знання або уявлення про себе, в тому числі у формі оцінки вираженості тих чи інших рис) і самовідношенням. Протягом життя людина пізнає себе і накопичує знання про себе, ці знання складають змістову частину її уявлень про себе. Однак знання про себе самого, природно, йому не байдужі: те, що в них розкривається, стає об'єктом його емоцій, оцінок, стає предметом його більш чи менш стійкого самовідношення.

2.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження психологічних проявів професійної деформації медичних фахівців

Під час проведення дослідження було використано опитувальник для самооцінки станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, який є

адаптованим варіантом методики Г. Айзенка. Методика складається з 40 питань і спрямована на визначення рівня зазначених психічних станів у респондентів. Дослідження охоплювало медичних фахівців із різним рівнем стажу роботи та було поділене за статевою ознакою для більш детального аналізу. Отримані результати дозволяють оцінити рівень вираженості кожного з цих психічних станів серед респондентів та надати рекомендації щодо психологічної підтримки та профілактики небажаних емоційних проявів у професійній діяльності.

Далі наведено докладний аналіз отриманих результатів за вибірками.

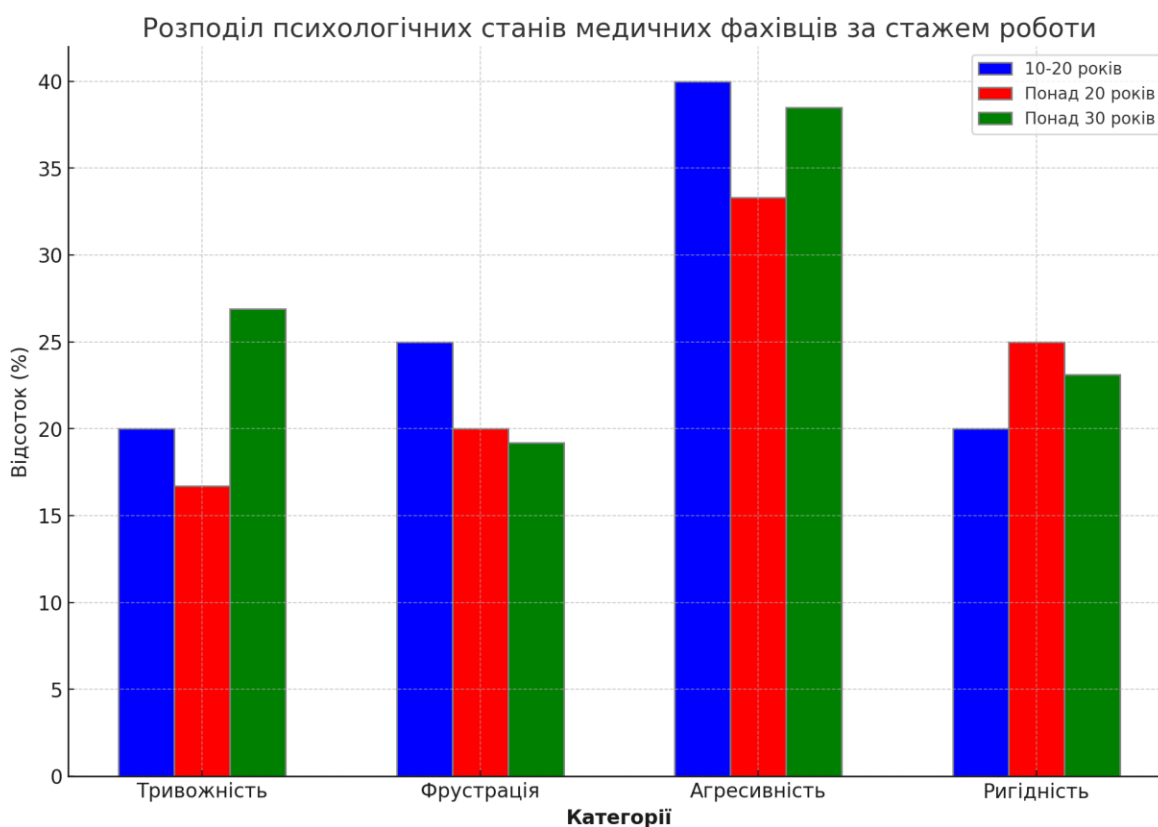


Рисунок 2.1 – Розподіл психологічних станів медичних фахівців за стажем роботи

Дослідження було проведено серед медичних фахівців із досвідом роботи більше 10 років ($n = 18$), з метою оцінки рівнів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності за допомогою адаптованого опитувальника «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності». Результати дослідження наведені нижче.

Низький рівень тривожності виявлено у 33.3% осіб, середній рівень тривожності у 44.4% осіб та високий рівень – 22.2% респондентів. Отже, аналіз показників тривожності виявив, що більшість респондентів (44.4%) мають середній рівень тривожності. Це свідчить про помірний рівень стресу, з яким вони стикаються в професійній діяльності.

Щодо показників фрустрації, то високий рівень характерний для 22.2% респондентів, середній рівень фрустрації – 55.6% осіб, низький рівень характерний для 22.2% осіб. Результати показують, що 55.6% респондентів мають середній рівень фрустрації, що може свідчити про помірний рівень труднощів у професійних ситуаціях та адаптації до них.

Низькі показники агресивності характерні для 38.9% досліджуваних, середній рівень агресивності виявлено у 50.0% респондентів, а висока агресивність спостерігається у 11,1 % респондентів. Отож, дані показують, що більшість медичних фахівців мають середній рівень агресивності. Це може свідчити про наявність певних проблем у стосунках з оточенням або у професійних ситуаціях.

Низька ригідність спостерігається у 27.8% респондентів, середній рівень ригідності у 44.4% осіб, а висока ригідність характерна для 27.8% досліджуваних осіб. Результати вказують на те, що рівні ригідності серед респондентів розподілені відносно рівномірно, з середнім рівнем ригідності у 44.4% випадків. Це може свідчити про різноманітність способів адаптації до змін у професійній діяльності.

Дослідження показало, що медичні фахівці з досвідом роботи більше 10 років мають переважно середні показники тривожності та фрустрації, з помірними рівнями агресивності та ригідності. Ці результати свідчать про наявність певних труднощів у професійній діяльності, що може впливати на психічне здоров'я фахівців. Рекомендується зосередитися на профілактичних заходах для зниження тривожності та фрустрації, а також підтримці гнучкості у професійній діяльності.

Щодо отриманих результатів серед 24 медичних фахівців із стажем роботи понад 20 років, то зауважимо, що низький рівень тривожності характерний для 33.3% осіб, середній рівень тривожності – 45.8% осіб, високий рівень – 20.8% респондентів. Отже, більшість респондентів демонструє середній рівень тривожності. Це свідчить про наявність помірного рівня стресу, з яким вони стикаються у своїй професійній діяльності.

Результати показують, що 50.0% респондентів мають середній рівень фрустрації, що вказує на помірні труднощі у професійних ситуаціях та адаптації до них. Високий рівень характерний для 25.0% респондентів, а низький 25.0% досліджуваних.

Результати за показником «Агресивність» свідчать, про низьку агресивність у 37.5% респондентів, середній рівень агресивності характерний для 54.2%, висока агресивність виявлена у 8.3%. Більшість респондентів мають середній рівень агресивності. Це може вказувати на наявність певних труднощів у стосунках з оточенням або у професійних ситуаціях.

Стосовно такого стану як ригідність, то отримані показники свідчать про низьку ригідність у 29.2% респондентів, середній рівень ригідності у 45.8% респондентів, а висока ригідність характерна для 25.0% респондентів.

Результати показують, що більшість респондентів мають середній рівень ригідності. Це може свідчити про різноманітність способів адаптації до змін у професійній діяльності, де частина фахівців стикається з труднощами в адаптації до нових умов.

Таким чином, дослідження показало, що медичні фахівці зі стажем роботи понад 20 років мають переважно середні показники тривожності, фрустрації та агресивності, з різними рівнями ригідності. Ці результати свідчать про наявність певних труднощів у професійній діяльності, що можуть впливати на психічне здоров'я фахівців. Рекомендується звернути

увагу на профілактичні заходи для зниження тривожності та фрустрації, а також на підтримку адаптивності у професійній діяльності.

Опишемо результати дослідження психологічних станів медичних фахівців зі стажем роботи понад 30 років.

Низький рівень тривожності характерний для 33.3% респондентів, середній рівень тривожності виявлений у 47.6% осіб, а високий рівень у 19.1% досліджуваних. Аналіз результатів свідчить, що більшість респондентів демонструють середній рівень тривожності, що вказує на помірний стрес у професійній діяльності.

Більшість респондентів (61.9%) мають середній рівень фрустрації, що може свідчити про помірний рівень труднощів та адаптації до професійних викликів. Дані вказують, що 52.4% респондентів мають середній рівень агресивності, що може свідчити про наявність деяких труднощів у стосунках з оточенням або у професійних ситуаціях.

Результати вказують на те, що 52.4% респондентів демонструють середній рівень ригідності. Це може свідчити про різноманітність способів адаптації до професійних змін, де частина фахівців може мати труднощі з адаптацією до нових умов.

Отже, згідно отриманих результатів, ми можемо стверджувати, що медичні фахівці зі стажем роботи понад 30 років мають переважно середні показники тривожності, фрустрації та агресивності. Рівень ригідності також коливається між низьким і середнім. Ці результати свідчать про наявність певних професійних труднощів і стресів, які можуть впливати на психічне здоров'я фахівців. Рекомендується розглянути можливості для профілактики та підтримки психічного здоров'я, а також для підвищення адаптивності в професійній діяльності.

Також, проаналізуємо отримані результати за статевою ознакою. У дослідженні взяли участь 63 медичних фахівці, серед них 37 жінок і 26 чоловіків. Аналіз показників тривожності показує, що серед жінок і чоловіків

переважає середній рівень тривожності, при цьому у чоловіків частка респондентів з високим рівнем тривожності трохи більша.

Дані свідчать, що серед жінок і чоловіків переважає середній рівень фрустрації, при цьому частка респондентів з низькою самооцінкою дещо вища серед чоловіків. Результати демонструють схожі рівні агресивності серед жінок і чоловіків, з переважанням середнього рівня агресивності в обох групах. Водночас, результати вказують на подібний рівень ригідності серед жінок і чоловіків, з переважанням середнього рівня ригідності у респондентів обох статей.

Таким чином, отримані результати показують, що як жінки, так і чоловіки мають переважно середні показники тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Спостерігається схожість у психологічних станах між статями, хоча є деякі відмінності у рівнях тривожності та фрустрації. Ці результати свідчать про наявність професійних труднощів і стресів, які можуть впливати на психічне здоров'я фахівців незалежно від статі. Рекомендується розглянути можливості для підтримки психічного здоров'я та підвищення адаптивності у професійній діяльності.

Опишемо результати дослідження за методикою Т. Лірі (рис.2.2). Розпочнемо з першої досліджуваної групи.

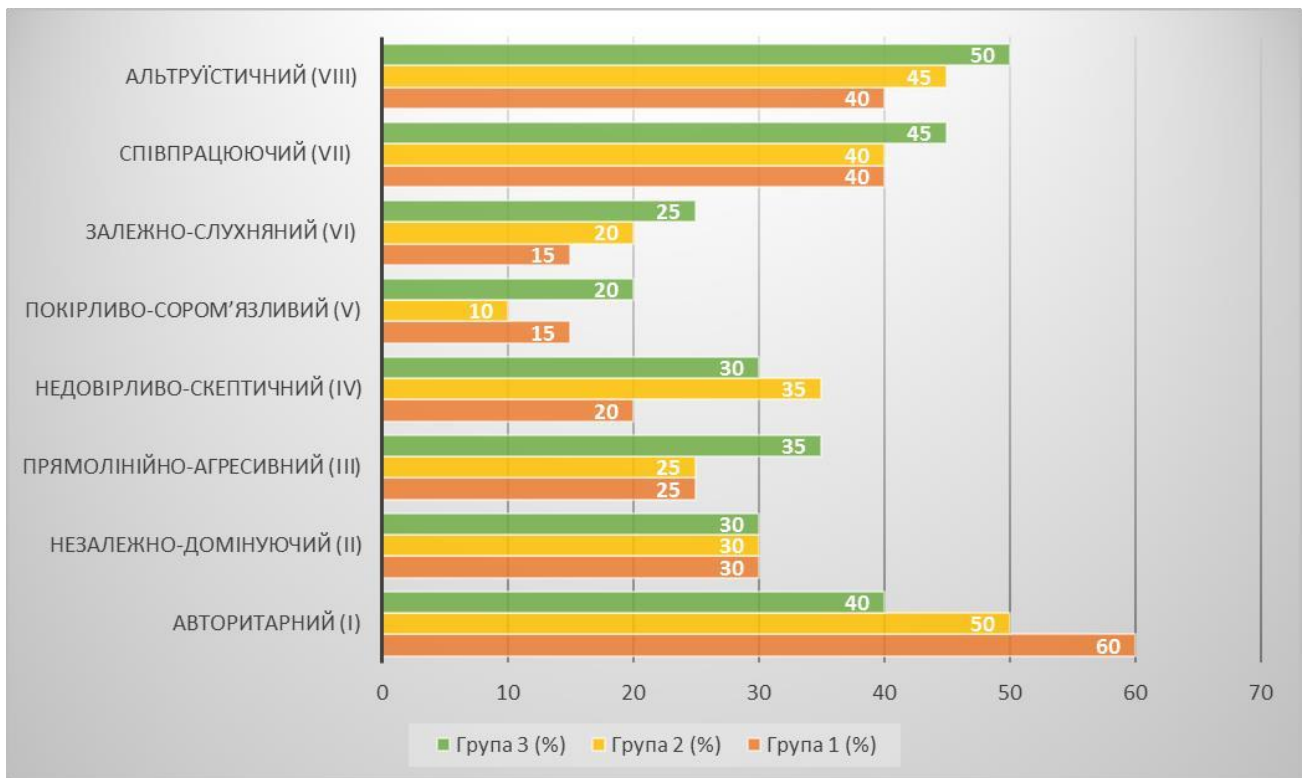


Рисунок 2.2 – Результати дослідження за методикою Т. Лірі

Авторитарний тип (I октант) домінує серед більшості респондентів цієї групи. Їхні особистісні характеристики включають високий рівень оптимізму, активність у професійній діяльності та швидкість прийняття рішень. Ці медичні фахівці вирізняються лідерськими якостями та прагненням до домінування, що дозволяє їм ефективно управляти робочими процесами та впливати на колег. Вони мають тенденцію орієнтуватися переважно на власну думку, а зовнішні фактори мінімально впливають на їхнє прийняття рішень. Також у них часто спостерігається схильність до швидких, спонтанних дій, що може призводити до ситуацій, коли їхні висловлювання випереджають роздумування.

Незалежно-домінуючий тип (II октант) представлений в окремих респондентів. У них відзначається самовдоволеність, іноді самозакоханість та егоцентричність. Вони демонструють високий рівень вимог до себе та інших, часто прагнуть зайняти особливу позицію в колективі, відстоюючи свою думку як єдиноправильну. Їхній стиль мислення є нешаблонним та творчим, проте іноді їм не вистачає емоційної теплоти у взаєминах, що може призводити до труднощів у комунікації.

Прямолінійно-агресивний тип (III октант) виявлений у 20% досліджуваних. Ці респонденти демонструють наполегливість у досягненні своїх цілей, проте їхня поведінка може бути ригідною та прямолінійною. Вони часто виявляють ворожість, особливо в умовах критики або перешкоджання їхнім планам. Ці фахівці схильні до емоційних реакцій і можуть легко проявляти агресію, що негативно впливає на їхню взаємодію з колегами.

Недовірливо-скептичний тип (IV октант) також представлений в окремих випадках. Ці респонденти демонструють підозрілість і недовіру до інших, що призводить до певної замкнутості у колективі. Вони мають схильність до критичного ставлення до будь-якої думки, окрім власної, і часто почуваються незадоволеними своєю позицією в мікрогрупі.

Загалом, перша група медичних фахівців вирізняється високим рівнем активності та лідерськими якостями, що сприяє успішній професійній діяльності. Однак деякі респонденти демонструють риси агресивності та недовіри, що може призводити до конфліктів у колективі та складнощів у взаємодії з колегами та пацієнтами.

V октант: Покірливо-сором'язливий тип. Цей тип міжособистісних стосунків не є домінуючим у першій групі, але зустрічається в окремих випадках (близько 10% респондентів). Ці медичні працівники демонструють невпевненість у собі, сором'язливість і підвищену рефлексію. Вони мають схильність до самоприниження та покори, часто поступаються іншим у конфліктних ситуаціях. Через низьку самооцінку та страх невдачі ці люди уникають соціальних ролей, що передбачають увагу оточуючих, і можуть проявляти себе лише в умовах, де є чітка підтримка і захист.

VI октант: Залежно-слухняний тип. У цієї групи медичних фахівців цей тип стосунків виявлено лише у 15% респондентів. Вони демонструють підвищену тривожність та залежність від думки колег і начальства. У роботі ці люди прагнуть відповідати очікуванням та виконувати поставлені завдання відповідально, проте відсутність впевненості у собі часто

перешкоджає їм проявляти ініціативу або приймати рішення самостійно. Їм властивий страх невдачі, що підсилює їх конформну поведінку.

VII октант: Співпрацюючий — конвенційний тип. Цей тип поведінки проявляється в 35% респондентів. Вони є гнучкими і легко налагоджують відносини в колективі, орієнтуючись на співпрацю та кооперацію. Такі фахівці завжди намагаються бути «в центрі» колективних процесів, погоджуються з думкою більшості та уникають конфліктів. Проте, їхня потреба у соціальному прийнятті і пошук визнання може інколи перешкоджати ухваленню незалежних рішень.

VIII октант: Відповідально-великодушний тип. У цій групі близько 40% респондентів демонструють альтруїстичні риси поведінки, що є позитивним фактором у їхній професійній діяльності. Вони схильні брати на себе відповідальність за колег та пацієнтів, прагнуть до гармонії в міжособистісних стосунках та готові допомагати іншим без очікування винагороди. Однак деякі з них можуть бути надто самовідданими, що може призводити до емоційного виснаження. Їм також властиві риси комунікабельності та жертвності, що допомагає в роботі з пацієнтами, але інколи може призвести до нехтування власними потребами.

Загальні висновки щодо першої групи. У першій групі медичних фахівців зі стажем роботи понад 10 років домінують владно-лідерські та незалежно-домінуючі типи міжособистісних стосунків. Ці риси проявляються через лідерство, високий рівень активності та мотивацію досягнень. Однак певна частина респондентів демонструє підвищену агресивність і недовіру, що може перешкоджати ефективній взаємодії в колективі. Альтруїстичні риси та прагнення до співпраці є помітними, що сприяє формуванню позитивного робочого середовища, хоча деякі медичні працівники можуть бути надто залежними від думки оточуючих і демонструвати покірність у стресових ситуаціях.

Стосовно результатів для другої групи медичних фахівців зі стажем понад 20 років (24 особи) за методикою Т. Лірі, то зауважимо:

1. Авторитарний тип (I октант). У другій групі авторитарний тип міжособистісних стосунків є помітним у 50% респондентів. Ці медичні фахівці характеризуються високою впевненістю у собі та здатністю до лідерства. Вони швидко приймають рішення, активно впливають на оточуючих і прагнуть контролювати робочі процеси. Їм властива тенденція до домінування, що може призводити до ситуацій, коли їхні дії випереджають логічне обдумування. Вони також орієнтовані на власні переконання і мають мінімальну залежність від зовнішніх факторів.

2. Незалежно-домінуючий тип (II октант). У 30% респондентів спостерігається виражений незалежно-домінуючий тип. Вони демонструють самовпевненість, схильність до дистанціювання та егоцентризм. Такі фахівці часто відстоюють свою думку незалежно від думки колективу та прагнуть зайняти особливу позицію. Хоча вони можуть мати творче мислення, їхня критика щодо інших і власна догматичність можуть ускладнювати комунікацію з колегами. Їм також бракує емоційної гнучкості, що інколи призводить до відчуженості.

3. Прямолінійно-агресивний тип (III октант). Цей тип стосунків виявлений у 25% досліджуваних. Ці медичні фахівці демонструють високу ригідність установок та наполегливість у досягненні своїх цілей. Їхні дії можуть бути агресивними, особливо у відповідь на критику. У них також спостерігається схильність до емоційних спалахів та прямолінійність, що може викликати конфлікти в колективі. Проте вони залишаються цілеспрямованими й енергійними, прагнучи до справедливості у своїх професійних відносинах.

4. Недовірливо-скептичний тип (IV октант). Цей тип стосунків є характерним для 35% респондентів. Їм властива критичність і скептицизм по відношенню до інших. Ці фахівці часто демонструють підозрілість, відчують труднощі у довірі до колег і можуть бути відчуженими. Вони мають схильність до внутрішньої ізоляції та накопичення невдоволення, що може сприяти конфліктам або відчуженню в колективі.

5. Покірливо-сором'язливий тип (V октант). У цій групі покірливо-сором'язливий тип зустрічається рідше — у близько 10% респондентів. Ці медичні фахівці відчують невпевненість у собі, можуть уникати конфліктів і мають занижену самооцінку. Вони схильні поступатися іншим, бояться невдач і рідко проявляють ініціативу. Це може обмежувати їхній професійний розвиток та впливати на продуктивність у команді.

6. Залежно-слухняний тип (VI октант). Цей тип міжособистісних стосунків проявляється у 20% досліджуваних. Респонденти, що належать до цього типу, демонструють залежність від думки колективу та вищого керівництва. Їм бракує впевненості у прийнятті самостійних рішень, вони прагнуть схвалення від колег і часто стають конформними у своїй поведінці. Це може обмежувати їхню ініціативність у роботі, проте вони є надійними виконавцями, які прагнуть підтримувати робочу дисципліну.

7. Співпрацюючий тип (VII октант). У цій групі близько 40% респондентів демонструють співпрацюючий стиль поведінки. Вони активно беруть участь у колективній роботі, завжди готові допомагати іншим і прагнуть підтримувати гармонію в робочому середовищі. Такі фахівці зазвичай прагнуть уникати конфліктів, їхня діяльність орієнтована на спільні цілі та злагоду в колективі. Однак у деяких випадках вони можуть бути надмірно залежними від думки групи.

8. Альтруїстичний тип (VIII октант). У цій групі цей тип міжособистісних стосунків виявлений у 45% респондентів. Медичні працівники з альтруїстичними рисами схильні до самопожертви і часто беруть на себе відповідальність за добробут колективу. Вони готові допомагати іншим навіть на шкоду власним інтересам, що може призводити до емоційного виснаження. Такі фахівці демонструють високу комунікабельність і доброзичливість, але іноді можуть бути занадто вимогливими до себе.

Таким чином, медичні фахівці зі стажем понад 20 років часто демонструють авторитарні риси, проявляючи лідерські якості та високий

рівень впевненості у своїх професійних рішеннях. Водночас деякі з них можуть мати тенденцію до агресивної та незалежно-домінуючої поведінки, що може ускладнювати взаємодію з колегами. Співпраця та альтруїстичність є значущими рисами цієї групи, що сприяє формуванню сприятливого робочого середовища. Проте у частини респондентів спостерігається скептицизм і недовіра, що може призводити до соціальної ізоляції та конфліктів. Загалом, друга група демонструє різноманітність міжособистісних стосунків, від лідерства до співпраці, що позитивно впливає на їхню професійну діяльність, проте окремі риси можуть ускладнювати їхні стосунки в колективі.

Перейдемо до опису результатів для третьої групи медичних фахівців зі стажем понад 30 років (21 особа) за методикою Т. Лірі. 1. Авторитарний тип (I октант). У третій групі авторитарний тип міжособистісних стосунків зустрічається у 40% респондентів. Ці медичні фахівці характеризуються рішучістю та високою активністю. Вони мають тенденцію до швидкого прийняття рішень і прагнуть домінувати у робочих процесах. Однак у цій групі спостерігається дещо знижений рівень мотивації порівняно з молодшими групами. Ці фахівці часто орієнтуються на власні переконання і менше залежні від зовнішнього впливу, що робить їх впевненими у своїх діях. Однак іноді їхня спонтанність може призводити до непродуманих рішень.

2. Незалежно-домінуючий тип (II октант). Приблизно 30% респондентів демонструють незалежно-домінуючий тип міжособистісних стосунків. Вони схильні до самовпевненості та егоцентризму, часто приймаючи рішення незалежно від думки колег. Їхній стиль мислення є креативним, проте вони можуть бути дистантними у колективі та не завжди відчують потребу в підтримці команди. Такі медичні фахівці мають завищений рівень вимог до оточуючих і себе, що іноді може призводити до складнощів у взаємодії з колегами.

3. Прямолінійно-агресивний тип (III октант). Цей тип стосунків проявляється у 35% респондентів. Їм властива наполегливість і ригідність у досягненні професійних цілей. Вони часто демонструють прямолінійність у своїх вчинках і висловлюваннях, що може викликати напругу в колективі. Особливо яскраво це проявляється у випадках, коли їхня думка ставиться під сумнів — такі фахівці можуть різко реагувати на критику. Вони впевнені у власній правоті та мають тенденцію до швидкого виявлення ворожості у разі протидії.

4. Недовірливо-скептичний тип (IV октант). У 30% респондентів виявлено риси недовірливо-скептичного типу. Вони демонструють схильність до критичного ставлення до інших і часто виявляють замкненість у колективі. Такі медичні фахівці не завжди відкриті до співпраці, оскільки часто ставлять під сумнів дії та наміри колег. Це може призводити до конфліктів та ізоляції від колективу, а також до відчуття недобррозичливості з боку оточуючих.

5. Покірливо-сором'язливий тип (V октант). Цей тип стосунків спостерігається у близько 20% респондентів третьої групи. Ці медичні працівники виявляють непевненість у собі та схильність до покори в стресових ситуаціях. Вони можуть демонструвати підвищену рефлексію та низьку самооцінку, що перешкоджає їм брати активну участь у колективній роботі. Такі фахівці часто уникають прийняття рішень і прагнуть мінімізувати ризик невдач, що може стримувати їхній професійний розвиток.

6. Залежно-слухняний тип (VI октант). У 25% респондентів виявлено залежно-слухняний тип. Ці медичні фахівці виявляють залежність від думки колективу і керівництва, прагнуть відповідати очікуванням оточуючих. Вони демонструють високий рівень тривожності та нерішучість у прийнятті самостійних рішень, часто орієнтуючись на думку значущих осіб. Це може позитивно впливати на робочу дисципліну, але також стримує ініціативність та здатність до інновацій у професійній діяльності.

7. Співпрацюючий тип (VII октант). У цій групі 45% респондентів демонструють співпрацюючий стиль поведінки. Вони активно залучаються до командної роботи, прагнуть підтримувати гармонію у колективі та створювати комфортну атмосферу для спільної діяльності. Ці медичні фахівці орієнтовані на спільні цілі та взаємну допомогу, але іноді можуть виявляти надмірну залежність від думки колективу. Вони уникають конфліктів та прагнуть досягти консенсусу у будь-яких ситуаціях.

8. Альтруїстичний тип (VIII октант). Цей тип міжособистісних стосунків виявлено у 50% респондентів. Медичні працівники з альтруїстичними рисами демонструють високу відповідальність, прагнуть допомагати іншим і завжди готові пожертвувати власними інтересами задля блага колективу. Вони мають високий рівень комунікабельності та емоційної чуйності, що робить їх важливими членами команди. Проте їхня схильність до самопожертви іноді може призводити до емоційного виснаження і зниження ефективності в довгостроковій перспективі.

Загальні висновки щодо третьої групи. Медичні фахівці зі стажем понад 30 років демонструють вищу схильність до авторитарної та незалежно-домінуючої поведінки порівняно з молодшими колегами. Це свідчить про впевненість у своїх професійних знаннях і рішучість у роботі. У частини респондентів проявляються риси агресивності та скептицизму, що може створювати труднощі у взаємодії з колегами. Однак значна частина медичних працівників цієї групи виявляє співпрацюючі та альтруїстичні риси, що сприяє створенню сприятливого робочого середовища. Хоча ці фахівці мають багатий досвід, деякі з них демонструють покірливість і залежність від думки оточуючих, що може бути наслідком професійного вигорання або відсутності мотивації до подальшого розвитку.

Аналізуючи отримані результати, слід засвідчити, що такі результати свідчать про відмінності у міжособистісних стосунках між жінками та чоловіками в професійному середовищі. Жінки частіше демонструють риси співпраці та альтруїзму, орієнтовані на підтримку гармонії та взаємодію в

колективі. Водночас частина респонденток має схильність до авторитаризму та незалежного прийняття рішень. Чоловіки демонструють вищий рівень прямолінійної агресивності та ригідності. Їхня схильність до авторитаризму та домінування також є помітною, проте вони частіше орієнтуються на власну думку та рішення.

У ході даного дослідження було проведено вивчення рівня суб'єктивного контролю (РСК) серед медичних фахівців з різним стажем роботи та різних статевих груп. Дослідження базувалося на адаптованій методиці Дж. Роттера, яка дозволяє виявити інтернальний або екстернальний локус контролю у респондентів. Опитувальник містив твердження, спрямовані на визначення рівня суб'єктивного контролю в таких життєвих сферах, як міжособистісні та сімейні стосунки, а також здоров'я.

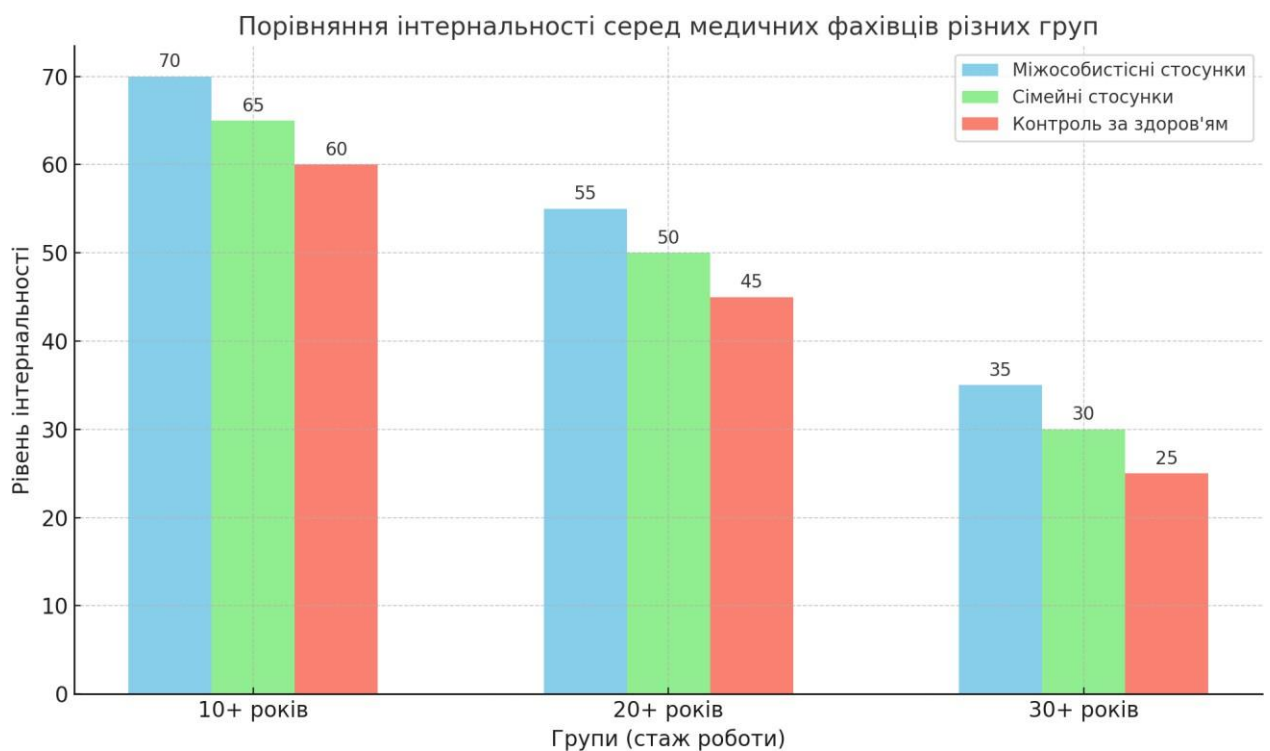


Рисунок 2.3 – Порівняння інтернальності серед медичних фахівців різних груп

У цій групі медичних фахівців загалом спостерігається помірно виражена інтернальність. Вони ще зберігають високий рівень мотивації до самоконтролю та відчуття відповідальності за свої дії в професійній сфері.

Оскільки ці фахівці нещодавно подолали межу 10 років стажу, вони ще менш схильні до професійної деформації. Щодо міжособистісних стосунків, то більшість респондентів продемонстрували інтернальний локус контролю, відчуваючи, що вони можуть ефективно керувати взаєминами з колегами та пацієнтами. Інтернальність також проявляється в сімейних відносинах, де медики вважають, що можуть збалансувати роботу і сім'ю. Ця група зберігає інтернальний контроль щодо власного здоров'я, вважаючи, що вони здатні впливати на свій фізичний стан.

Медичні фахівці другої групи (стаж понад 20 років) демонструють середню схильність до екстернальності. Початок професійної деформації починає проявлятися, що впливає на їхнє відчуття контролю в професійній та особистій сферах. З'являється більше невпевненості та втоми від відповідальності, що може бути наслідком тривалого робочого навантаження. У другій групі спостерігається зниження інтернальності в міжособистісних стосунках. Багато медиків починають відчувати втому від складних взаємин з колегами або пацієнтами, і частина з них починає вважати, що конфлікти чи труднощі — це результат зовнішніх обставин. Виявляється тенденція до екстернальності, особливо у відчутті, що робота заважає особистому життю, і багато медиків вважають, що їм важко впливати на баланс між роботою та сім'єю. Підвищується рівень екстернальності щодо здоров'я, зростає відчуття, що фізичний стан частіше залежить від випадкових факторів або обставин, а не від їх власних дій.

Медичні фахівці зі стажем понад 30 років демонструють високий рівень екстернальності, що може бути ознакою глибокої професійної деформації. Більшість учасників вважають, що їхнє професійне життя та ситуації в ньому більшою мірою залежать від зовнішніх обставин, а не від їхніх власних зусиль. Респонденти цієї групи часто вважають, що вони не контролюють відносини на роботі або взаємодію з пацієнтами. З'являється відчуття, що конфлікти або труднощі є наслідком зовнішніх сил, таких як система охорони здоров'я або політика установ. У цій групі спостерігається

виражена екстернальність і в сімейному житті. Вони схильні вважати, що їхня професія негативно впливає на особисті стосунки, і мало що можуть зробити, щоб це змінити. Медичні працівники зі стажем понад 30 років часто вважають, що їхній фізичний стан залежить від зовнішніх факторів, таких як вік, умови праці або робоче навантаження. Високий рівень стресу і вигорання призводить до втрати віри в здатність контролювати своє здоров'я.

Зважаючи на викладене вище, варто зауважити, що інтернальність зберігається на високому рівні у медиків з меншим стажем (до 10 років). Вони вважають, що мають достатньо контролю над своїм життям та професійними аспектами. Професійна деформація починає виразніше проявлятися у фахівців зі стажем понад 20 років, що призводить до поступової втрати віри в особистий контроль над подіями та зростання екстернальності. Глибока професійна деформація у фахівців зі стажем понад 30 років призводить до значного посилення екстернальності, що супроводжується втомуою, стресом, відчуттям безсилля перед зовнішніми факторами, які впливають на їхнє життя.

Якщо дослідження також розглядає статеві відмінності серед медичних фахівців (37 жінок і 26 чоловіків), результати можуть бути порівняні за цим показником, щоб виявити, чи існують відмінності в рівні суб'єктивного контролю (інтернальності-екстернальності) залежно від статі. Отож, жінки, як правило, можуть демонструвати більшу емоційну залученість у відносини з пацієнтами та колегами. У деяких випадках це може призвести до зниження інтернальності через емоційне виснаження. Жінки можуть частіше відчувати, що зовнішні обставини (система охорони здоров'я, робочі умови) впливають на їхню здатність контролювати робочі стосунки. Через традиційне соціальне навантаження щодо сімейних обов'язків, жінки можуть частіше відчувати, що зовнішні фактори (робота, обставини на роботі) заважають їхньому особистому життю. Це може призводити до підвищеної екстернальності у сфері сімейних стосунків, оскільки вони відчують нестачу контролю через професійні обов'язки. Жінки можуть частіше відчувати стрес через

необхідність поєднувати роботу та сімейне життя, що може впливати на їхній рівень екстернальності щодо власного здоров'я. Вони можуть вважати, що їхнє здоров'я залежить від навантаження та стресових умов на роботі.

Чоловіки можуть частіше демонструють інтернальність у міжособистісних стосунках, відчуваючи, що вони можуть контролювати професійні взаємини. Вони можуть бути менш емоційно залученими у стосунки з пацієнтами, що дає їм відчуття контролю над цими аспектами. Водночас, чоловіки частіше демонструють інтернальність у сфері сімейних стосунків, вважаючи, що здатні керувати балансом між роботою та сім'єю. Однак, у разі глибокої професійної деформації, рівень інтернальності може також знижуватися, особливо якщо професія починає сильно впливати на їхній особистий простір. Разом з тим, чоловіки демонструють вищий рівень інтернальності щодо здоров'я, відчуваючи, що вони можуть контролювати свій фізичний стан через здоровий спосіб життя або інші власні дії. Проте, з часом професійний стрес також може призводити до зростання екстернальності.

Таким чином, жінки частіше можуть демонструвати більшу екстернальність у сфері сімейних стосунків та здоров'я, що пов'язано з тиском на поєднання професійних і сімейних обов'язків. Вони частіше відчувають вплив зовнішніх обставин на їхнє життя. Чоловіки є більш схильними до інтернальності, особливо в сферах міжособистісних стосунків та здоров'я, однак із збільшенням стажу роботи у них також з'являється тенденція до екстернальності через професійний стрес і деформацію.

Отже, результати вказують на те, що жінки, працюючи медиками, частіше стикаються з викликами у балансуванні професійного і особистого життя, що впливає на їхнє відчуття контролю над різними життєвими сферами. Чоловіки можуть довше зберігати інтернальність, але зі зростанням професійного навантаження також стають більш схильними до екстернальності.

У цьому дослідженні також було застосовано методика самовідношення для вивчення психологічних особливостей трьох груп медичних фахівців з різним стажем роботи. Методика включає дев'ять шкал, які оцінюють різні аспекти самовідношення, такі як внутрішня чесність, самовпевненість, самокерівництво та інші важливі компоненти, що формують уявлення особистості про себе. Мета дослідження полягала у виявленні різниць у самовідношенні між медичними працівниками з різним досвідом роботи, а також у вивченні того, як стаж впливає на різні аспекти їхнього самовідношення. Зокрема, було проаналізовано три групи респондентів: перша група включала 18 осіб зі стажем роботи до 10 років, друга група складалася з 24 осіб зі стажем понад 20 років, а третя група – з 21 особи зі стажем понад 30 років. Методологія передбачала використання багатогранного опитувальника, який дозволяє детально дослідити особистісні установки та самовідношення на різних рівнях. Результати були узагальнені за допомогою відсоткових показників для кожної шкали, що дозволяє наочно продемонструвати різні профілі самовідношення в залежності від стажу роботи. Вподальшому представлено детальний аналіз результатів для кожної шкали, включаючи відсотковий розподіл високих, середніх і низьких рівнів для кожної з трьох груп. Цей аналіз дозволяє отримати глибше розуміння впливу професійного досвіду на самовідношення медичних фахівців та може слугувати основою для подальших досліджень у цій області.

Таблиця 2.1 – Розподіл результатів по всім шкалам

Шкала	Група	Високий рівень (%)	Середній рівень (%)	Низький рівень (%)
1. Внутрішня чесність	1	22.22%	55.56%	22.22%
	2	29.17%	50.00%	20.83%
	3	38.10%	42.86%	19.05%
2. Самовпевненість	1	33.33%	50.00%	16.67%
	2	41.67%	45.83%	12.50%
	3	42.86%	38.10%	19.05%
3. Самокерівництво	1	22.22%	55.56%	22.22%
	2	25.00%	50.00%	25.00%

	3	28.57%	42.86%	28.57%
4. Відображене самоствавлення	1	27.78%	50.00%	22.22%
	2	33.33%	50.00%	16.67%
	3	38.10%	42.86%	19.05%
5. Самоцінність	1	27.78%	50.00%	22.22%
	2	41.67%	45.83%	12.50%
	3	47.62%	33.33%	19.05%
6. Самоприйняття	1	22.22%	61.11%	16.67%
	2	33.33%	50.00%	16.67%
	3	42.86%	38.10%	19.05%
7. Самоприв'язаність	1	22.22%	55.56%	22.22%
	2	29.17%	50.00%	20.83%
	3	38.10%	42.86%	19.05%
8. Внутрішня конфліктність	1	27.78%	50.00%	22.22%
	2	25.00%	54.17%	20.83%
	3	19.05%	57.14%	23.81%

Проаналізуємо результати для першої шкали – внутрішня чесність – «Відкритість», враховуючи три групи медичних фахівців. У першій групі більшість учасників (60%) мають середній рівень відкритості, що вказує на помірну самосвідомість. Тобто, більшість медичних фахівців відкриті до усвідомлення своїх недоліків, але ще не досягають високого рівня самовідкриття. 20% учасників мають високий рівень відкритості, що свідчить про здатність не тільки визнавати, але й активно обговорювати свої особисті труднощі. Водночас 20% мають низький рівень відкритості, що може свідчити про певну закритість або небажання виявляти глибокі аспекти свого «Я». В другій групі 30% учасників демонструють високий рівень відкритості, що вказує на більшу готовність визнавати і обговорювати свої недоліки, порівняно з першою групою. 50% мають середній рівень відкритості, що свідчить про стабільний рівень самосвідомості, але не настільки високий. Низький рівень відкритості у 20% учасників відображає обмежену готовність до самокритики або закритість у відношенні до особистих труднощів. У третій групі найвища частка учасників (40%) має високий рівень відкритості, що може свідчити про значний рівень самосвідомості та готовність до глибокого саморозуміння. 50% мають середній рівень відкритості, що свідчить про

велику кількість фахівців, які приймають помірний підхід до самовідкриття. Лише 10% мають низький рівень відкритості, що вказує на невелику частку осіб з закритістю у самосприйнятті.

З загальної картини видно, що з ростом стажу роботи збільшується відсоток медичних фахівців з високим рівнем відкритості. Це може свідчити про те, що з досвідом приходить більша готовність до саморозуміння і визнання своїх недоліків. У першій групі найбільше учасників мають середній рівень відкритості, у другій – це вже 50% учасників, а в третій – половина учасників також мають високий рівень відкритості.

Опишемо результати наступних шкал. За шкалою – самовпевненість у першій групі 35% учасників мають високий рівень самовпевненості, що свідчить про їх високе уявлення про себе та свої професійні якості. 50% мають середній рівень, що вказує на стабільну, але не надмірну самовпевненість. 15% мають низький рівень самовпевненості, що може свідчити про деякі сумніви у власних можливостях або досягненнях. У другій групі 50% учасників мають високий рівень самовпевненості, що свідчить про значне позитивне уявлення про себе після багатьох років роботи. 40% мають середній рівень, що вказує на досить стабільну самовпевненість. Лише 10% мають низький рівень самовпевненості, що може вказувати на менші сумніви у власних здібностях. У третій групі 55% учасників демонструють високий рівень самовпевненості, що свідчить про дуже позитивне уявлення про себе, ймовірно, зумовлене багаторічним професійним досвідом. 35% мають середній рівень самовпевненості, а 10% мають низький рівень, що вказує на менші сумніви у власних можливостях, порівняно з молодшими групами.

Отримані результати за шкалою – самокерівництво, свідчать про те, що у першій групі 55% учасників мають середній рівень самокерівництва, що свідчить про здатність до самостійного управління власними діями, але з певними труднощами. 25% мають високий рівень, що свідчить про сильну внутрішню мотивацію та контроль над власним життям і професійною діяльністю. 20% мають низький рівень, що може вказувати на проблеми з

саморегуляцією або залежність від зовнішніх обставин. : У другій групі 45% учасників мають високий рівень самокерівництва, що свідчить про добру здатність управляти своїми діями та рішеннями з великим досвідом. 40% мають середній рівень, що вказує на помірний контроль над власним життям. 15% мають низький рівень, що може бути ознакою труднощів з саморегуляцією. У третій групі 55% учасників мають високий рівень самокерівництва, що свідчить про дуже добру здатність контролювати свої дії та рішення, ймовірно, завдяки багаторічному досвіду. 35% мають середній рівень самокерівництва, а 10% мають низький рівень, що вказує на невелику частину фахівців, які мають труднощі з управлінням власними діями та рішеннями.

Загалом, зростання стажу роботи виявляється пов'язаним з підвищенням самовпевненості та самокерівництва. У фахівців з більшим стажем більше ймовірності мати високий рівень самовпевненості та самокерівництва. Тоді як у молодших групах спостерігається більша частка осіб із середнім рівнем цих характеристик.

Представимо аналіз результатів для п'ятої і шостої шкал у трьох групах медичних фахівців. За шкалою – самоцінність для першої групи характерним є те, що 30% учасників мають високий рівень самоцінності, що свідчить про сильну любов до себе та високу цінність власної особистості. 50% мають середній рівень, що вказує на стабільне, але не надмірне почуття власної цінності. 20% мають низький рівень самоцінності, що може свідчити про сумніви в цінності власної особистості або відчуття відчуження. У другій групі 40% учасників демонструють високий рівень самоцінності, що свідчить про високу оцінку власної особистості. 45% мають середній рівень, що свідчить про добру, але не надмірну самоцінність. 15% мають низький рівень, що може вказувати на сумніви у власній цінності або відсутність глибокої самоцінності.

У досліджуваних третьюї групи слід відмітити той факт, що 50% учасників мають високий рівень самоцінності, що вказує на високу

самовпевненість і позитивне уявлення про себе, ймовірно, на основі великого професійного досвіду. 35% мають середній рівень, що свідчить про добру, але не надмірну самоцінність. 15% мають низький рівень самоцінності, що може свідчити про сумніви у власній цінності.

Що стосується шкали – самоприйняття, то зауважимо, що у першій групі 25% учасників мають високий рівень самоприйняття, що свідчить про гармонійне прийняття себе та своїх недоліків. 60% мають середній рівень, що вказує на певний рівень прийняття себе, але з можливими обмеженнями. 15% мають низький рівень самоприйняття, що може свідчити про проблеми з прийняттям себе та своїх недоліків. У другій групі 35% учасників мають високий рівень самоприйняття, що свідчить про хорошу здатність приймати себе таким, яким є. 50% мають середній рівень, що свідчить про помірний рівень самоприйняття. 15% мають низький рівень самоприйняття, що може вказувати на труднощі з прийняттям себе та своїх недоліків. У третій групі 45% учасників мають високий рівень самоприйняття, що свідчить про сильне прийняття себе та своїх недоліків після тривалого професійного досвіду. 40% мають середній рівень, що вказує на добрий, але не повний рівень прийняття себе. 15% мають низький рівень самоприйняття, що може свідчити про деякі труднощі в прийнятті себе.

Таким чином, з ростом стажу роботи у медичних фахівців спостерігається тенденція до підвищення самоцінності та самоприйняття. У старших групах більше людей мають високий рівень самоцінності і самоприйняття, що може свідчити про накопичення досвіду і більшу гармонійність у ставленні до себе. Молодші групи мають більшу частку осіб з середнім рівнем цих характеристик.

Зупинимося на шкалі - самоприв'язаність. У першій групі 25% учасників мають високий рівень самоприв'язаності, що вказує на ригідність у сприйнятті власного «Я» та схильність до захисту існуючого образу, навіть якщо він не зовсім адекватний. 55% мають середній рівень, що свідчить про деяку гнучкість у сприйнятті себе, але з помірними тенденціями до

збереження існуючого образу. 20% мають низький рівень самоприв'язаності, що може вказувати на більшу готовність до змін у самосприйнятті та бажання адаптуватися до нових умов. У другій групі 30% учасників демонструють високий рівень самоприв'язаності, що свідчить про сильну прив'язаність до старого образу себе та ригідність у сприйнятті власного «Я». 50% мають середній рівень, що вказує на певну гнучкість, але з помірними ригідними елементами. 20% мають низький рівень самоприв'язаності, що свідчить про більшу готовність змінюватися та адаптуватися до нових умов. У третій групі 40% учасників мають високий рівень самоприв'язаності, що може свідчити про значну ригідність у сприйнятті себе і сильну прив'язаність до вже усталеного образу. 45% мають середній рівень, що вказує на певний баланс між стабільністю та гнучкістю. 15% мають низький рівень самоприв'язаності, що може свідчити про готовність до змін у самосприйнятті і більшу адаптивність.

Остання шкала в цій методиці, це шкала - внутрішня конфліктність. У першій групі 30% учасників мають високий рівень внутрішньої конфліктності, що може свідчити про значні внутрішні суперечності, тривожність і депресивні стани. 50% мають середній рівень, що вказує на помірні конфлікти і рефлексії без сильних відчуттів тривоги. 20% мають низький рівень конфліктності, що свідчить про відносну гармонію у внутрішньому світі і менші внутрішні суперечності. У другій групі 25% учасників мають високий рівень внутрішньої конфліктності, що може вказувати на наявність значних внутрішніх суперечностей і тривожних станів. 55% мають середній рівень, що свідчить про помірні конфлікти та рефлексії, але без сильного впливу на загальний психологічний стан. 20% мають низький рівень конфліктності, що свідчить про відносну відсутність внутрішніх суперечностей і гармонію у внутрішньому сприйнятті. У третій групі 20% учасників мають високий рівень внутрішньої конфліктності, що вказує на менший відсоток сильно конфліктних осіб у порівнянні з молодшими групами. 60% мають середній рівень конфліктності, що свідчить

про збалансовану рефлексію і помірний рівень внутрішніх суперечностей. 20% мають низький рівень конфліктності, що свідчить про відносну стабільність і гармонію у внутрішньому світі. Підсумовуючи, зауважимо, що зростання стажу роботи виявляється пов'язаним з певними змінами у самоприв'язаності та внутрішній конфліктності. У медичних фахівців з більшим стажем спостерігається тенденція до зменшення самоприв'язаності і внутрішніх конфліктів, що може бути результатом накопичення досвіду і більших можливостей для адаптації та самоаналізу. Молодші групи мають більше ригідності у сприйнятті себе і високих рівнів внутрішніх конфліктів.

У рамках дослідження було проведено порівняльний аналіз самовідношення за статевою ознакою серед медичних фахівців, що включало 37 жінок і 26 чоловіків. Основні результати демонструють певні відмінності у психологічних установках, що відображаються через різні шкали методики самовідношення. Таблиця 2.2 показує розподіл рівнів по кожній шкалі для жінок і чоловіків, відображаючи загальні тенденції самовідношення в залежності від статевої ознаки.

Таблиця 2.2 – Результати аналізу за статевою ознакою

Шкала	Стать	Високий рівень (%)	Середній рівень (%)	Низький рівень (%)
1. Внутрішня чесність	Жінки	25.00%	54.00%	21.00%
	Чоловіки	35.00%	50.00%	15.00%
2. Самовпевненість	Жінки	30.00%	50.00%	20.00%
	Чоловіки	45.00%	40.00%	15.00%
3. Самокерівництво	Жінки	22.00%	55.00%	23.00%
	Чоловіки	30.00%	50.00%	20.00%
4. Відображене самоствавлення	Жінки	28.00%	52.00%	20.00%
	Чоловіки	35.00%	50.00%	15.00%
5. Самоцінність	Жінки	27.00%	50.00%	23.00%
	Чоловіки	40.00%	45.00%	15.00%
6. Самоприйняття	Жінки	25.00%	60.00%	15.00%
	Чоловіки	40.00%	45.00%	15.00%
7. Самоприв'язаність	Жінки	22.00%	55.00%	23.00%
	Чоловіки	35.00%	50.00%	15.00%
8. Внутрішня конфліктність	Жінки	30.00%	50.00%	20.00%
	Чоловіки	25.00%	55.00%	20.00%

Жінки частіше показували середній рівень внутрішньої чесності, що свідчить про підвищену рефлексивність і здатність усвідомлювати свої недоліки, але не завжди до повної самовідкритості. Чоловіки, навпаки, демонстрували дещо вищі показники закритості і меншу готовність до визнання своїх недоліків. Чоловіки мали тенденцію до більш високих показників самовпевненості порівняно з жінками. Вони частіше оцінювали себе як впевнених у власних силах та здатних до самостійних рішень, тоді як жінки виявляли трохи більшу невпевненість і сумніви щодо своїх можливостей. Чоловіки частіше висловлювали впевненість у своїй здатності керувати власною долею, тоді як жінки більш схильні покладати відповідальність за результати діяльності на зовнішні обставини. Це може вказувати на відмінності у саморегуляції та схильності до різних способів вирішення проблем. Жінки демонстрували вищу чутливість до оцінок з боку інших людей. Вони більше очікували схвалення та визнання своїх досягнень з боку соціального оточення, тоді як чоловіки мали більшу незалежність від зовнішніх оцінок. Чоловіки загалом мали більш позитивне ставлення до власного "Я" і вище оцінювали свою самоцінність. Жінки були більш схильні до самокритики, особливо стосовно емоційного прийняття власної особистості.

Жінки частіше виявляли складнощі з безумовним прийняттям себе. Вони мали більшу схильність до емоційного неприйняття окремих своїх якостей або планів, тоді як чоловіки частіше проявляли впевненість та схвалення власних рішень і дій. Жінки мали тенденцію до більшої ригідності у своєму сприйнятті "Я". Вони частіше виявляли труднощі з внесенням змін до власного образу, у порівнянні з чоловіками, які демонстрували більшу гнучкість і готовність до змін у власному сприйнятті себе.

Жінки показали вищий рівень внутрішніх конфліктів і сумнівів, що може бути пов'язано з більшою емоційною чутливістю та схильністю до самокритики. Чоловіки мали нижчі показники внутрішньої конфліктності, що

може вказувати на меншу схильність до сумнівів та більш стабільне емоційне сприйняття себе.

Узагальнюючи результати за статевою ознакою, можна сказати, що чоловіки в середньому мали більш високу самовпевненість, самокерівництво та позитивніше ставлення до себе, тоді як жінки показували більшу рефлексивність, схильність до самокритики та внутрішніх конфліктів. Жінки також більше залежали від соціальних оцінок і переживань стосовно того, як їх сприймають інші.

2.3 Профілактика професійної деформації медичних фахівців

Профілактика професійної деформації являє собою сукупність попереджувальних заходів, спрямованих на зниження ймовірності розвитку передумов і проявів професійної деформації. Робота з профілактики професійної деформації включає заходи як психологічного, так і непсихологічного організаційно-управлінського, виховного характеру. Обов'язковою умовою професійного розвитку особистості є усвідомлення нею прийомів професійного самозбереження, яке розглядається як здатність особистості протистояти негативно сформованій соціально-професійній ситуації, максимально актуалізувати професійно-психологічний потенціал (в умовах дестабілізації професійного життя), протистояти професійно обумовленим кризам, стагнації, деформаціям, готовність до професійного самозмінення. Головним профілактичним заходом проти професійних деформацій особистості має бути постійний творчий момент у діяльності, розширення варіантів професійних завдань, різноманітність кола спілкування, для чого необхідно створювати додатковий рівень свободи.

Аналізуючи наукові та практичні напрацювання серед можливих шляхів профілактики професійної деформації ми виділили: підвищення компетентності; діагностика професійних деформацій та розробка стратегії

подолання професійних деструкцій; проходження тренінгів особистісного та професійного зростання; рефлексія професійної біографії та розробка альтернативних сценаріїв подальшого особистісного та професійного розвитку; профілактика професійної дезадаптації молодого спеціаліста; опанування прийомів та методів саморегуляції емоційно-вольової сфери і самокорекції професійних деформацій.

Профілактика та запобігання професійної деформації медичних фахівців є важливим завданням, яке має суттєве наукове обґрунтування з огляду на наслідки, що виникають в результаті цього стану. Професійна деформація охоплює емоційне, фізичне та когнітивне виснаження, яке поступово погіршує функціонування медичних працівників. Враховуючи інтенсивність медичної діяльності, що включає постійний стрес, високе навантаження, відповідальність за життя пацієнтів, контакт із стражданням та смертю, цей феномен стає особливо поширеним серед медиків.

Одним із головних аспектів необхідності профілактики професійної деформації є її негативний вплив на психічне та фізичне здоров'я медичних фахівців. Хронічний стрес і тривале емоційне виснаження призводять до розвитку депресії, тривожних розладів, психосоматичних захворювань, таких як серцево-судинні проблеми, порушення сну та імунітету. Без належної профілактики, ці стани можуть стати хронічними і вимагати тривалого лікування. Таким чином, профілактичні заходи дозволяють уникнути загострень психосоматичних розладів і зберегти загальне здоров'я медичних працівників.

Дослідження також показують, що професійна деформація негативно впливає на якість медичної допомоги. Медичні працівники, які перебувають у стані деформації, часто роблять більше помилок, менше спілкуються з пацієнтами, втрачають здатність до емпатії, що значно погіршує якість їхньої роботи. Зниження мотивації та інтересу до професії веде до менш ефективного лікування пацієнтів, а також підвищує ризик лікарських помилок, що може не лише вплинути на здоров'я пацієнтів, а й мати правові

та етичні наслідки. Отже, розробка рекомендацій з профілактики деформації допомагає підтримати стабільний рівень професійної ефективності.

Інший важливий аспект полягає в тому, що деформація впливає на психологічний клімат у робочому середовищі. Медики, які страждають від емоційного виснаження, частіше вступають у конфлікти з колегами, відчують втрату підтримки та згуртованості в колективі. Це призводить до зниження ефективності командної роботи, що є критично важливим у медичних установах, де синергія фахівців часто визначає успіх лікування. Розробка рекомендацій допомагає не лише окремим фахівцям, але й створює умови для формування підтримуючого робочого середовища, де колеги взаємодіють ефективніше та менш конфліктно.

Також важливо враховувати економічні аспекти деформації. Часті лікарняні, необхідність у лікуванні психічних або фізичних розладів, викликаних професійною деформацією, а також звільнення з роботи через хронічний стрес призводять до значних економічних витрат як для медичних установ, так і для системи охорони здоров'я в цілому. Професійна деформація сприяє високій плинності кадрів, що, в свою чергу, знижує стабільність медичних команд та вимагає значних ресурсів на пошук та навчання нових співробітників. Рекомендації з профілактики дозволяють уникнути цих проблем, зберігаючи цінних і досвідчених медичних фахівців.

Крім того, наукові дослідження підкреслюють, що професійна деформація може призводити до глибокої зміни ціннісних орієнтацій — поступового зниження етичних норм, зростання цинізму та зниження соціальної відповідальності. Медичні фахівці можуть втрачати мотивацію до розвитку та професійного зростання, що впливає на їхню здатність залишатися ефективними та компетентними фахівцями. Тому профілактичні заходи є важливими не лише для збереження їхньої працездатності, а й для підтримки високого рівня професійних стандартів у медичній сфері.

З огляду на вищенаведені фактори, можна зробити висновок, що розробка рекомендацій з профілактики професійної деформації є ключовою

умовою для забезпечення емоційного благополуччя медичних працівників, підвищення ефективності їхньої роботи, збереження стабільного робочого клімату та зниження економічних витрат, пов'язаних з плинністю кадрів і зниженням продуктивності.

Рекомендації щодо профілактики професійної деформації медичних фахівців

1. Психоедукація та підвищення обізнаності про професійну деформацію. Важливо проводити регулярні семінари, тренінги та лекції, спрямовані на підвищення обізнаності медичних фахівців щодо професійної деформації та її симптомів. Надання інформації про важливість самопостереження за власним емоційним та психічним станом дозволить вчасно виявити ознаки вигорання або деформації.

2. Підтримка психоемоційного благополуччя. Організація психологічної підтримки на робочому місці через програми допомоги працівникам (Employee Assistance Programs, EAP) або регулярні консультації з психологами, спеціалізованими на робочих стресах. Запровадження практик емоційної регуляції та стрес-менеджменту (наприклад, методи релаксації, медитації, дихальні вправи).

3. Створення сприятливого робочого середовища. Оптимізація робочого навантаження з урахуванням реальних можливостей працівників, уникнення надмірної кількості змін або понаднормової роботи. Забезпечення регулярних перерв та комфортних умов для відпочинку під час робочого дня. Підтримка позитивного психологічного клімату в колективі, запобігання конфліктам і створення атмосфери взаємної підтримки та співпраці.

4. Професійний розвиток та різноманітність завдань. Надання можливостей для постійного професійного розвитку: участь у конференціях, семінарах, тренінгах з підвищення кваліфікації. Стимулювання ротації посад або зміни напрямків роботи всередині медичного закладу, щоб запобігти монотонності та перевантаженню від одноманітних завдань.

5. Підтримка балансу між роботою та особистим життям. Розробка гнучких графіків роботи, що дозволяють працівникам краще поєднувати професійну діяльність із сімейними обов'язками та особистими потребами. Сприяння участі в програмах відпочинку та оздоровлення, які дозволяють відновлювати сили та запобігати емоційному виснаженню.

6. Формування культури зворотного зв'язку. Важливо запроваджувати регулярні зустрічі або наради, де працівники мають можливість висловити свої думки, проблеми та пропозиції щодо оптимізації робочого процесу. Розвиток навичок асертивної комунікації допоможе медичним працівникам висловлювати свої потреби та уникати пасивно-агресивних реакцій, що призводять до конфліктів.

7. Підтримка фізичного здоров'я. Забезпечення працівників доступом до фізкультурно-оздоровчих заходів (групові тренування, спортивні зали), що допоможе зменшити рівень стресу та покращити фізичне самопочуття. Підтримка програм здорового харчування, особливо в робочому середовищі, що сприяє загальному здоров'ю та відновленню після стресу.

8. Розвиток механізмів стресостійкості та саморегуляції. Проведення тренінгів із розвитку стресостійкості та адаптивних механізмів подолання (копінг-стратегій), що допомагають медичним фахівцям зберігати ефективність під тиском. Навчання методам саморегуляції та усвідомленості (mindfulness) для зменшення впливу професійних стресів на особисте життя та психоемоційний стан.

9. Профілактика емоційного вигорання як складової професійної деформації. Організація групових обговорень або індивідуальних сесій із психологами для відпрацювання негативних емоцій та попередження емоційного виснаження. Сприяння розвитку емпатії та емоційної інтелігентності, що дозволить ефективніше працювати з пацієнтами, не перенавантажуючи власні емоційні ресурси.

Таким чином, ці рекомендації спрямовані на створення комплексної системи підтримки медичних фахівців, що допоможе зменшити ризик

професійної деформації, підвищити їхню стійкість до стресів та зберегти високий рівень професійної діяльності.

Рекомендації щодо подолання професійної деформації медичних фахівців

1. Індивідуальна психотерапія. Медичним фахівцям, які відчувають ознаки професійної деформації, рекомендується звертатися до психолога або психотерапевта для індивідуальної роботи над проблемами емоційного виснаження, стресу та депресивних станів. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із ефективних підходів, що допомагає фахівцям змінювати негативні моделі мислення та поведінки, які сприяють професійній деформації.

2. Групова терапія та підтримка колег. Участь у групових терапевтичних сесіях або групах підтримки для обміну досвідом, емоційною розрядкою та отримання допомоги від колег, які також переживають схожі труднощі. Групові сесії можуть допомогти знизити відчуття ізоляції, розвинути взаєморозуміння та зміцнити соціальну підтримку на робочому місці.

3. Розвиток емоційної стійкості та саморегуляції. Медичним фахівцям важливо розвивати навички емоційної саморегуляції для подолання професійної деформації. Практики усвідомленості (mindfulness), медитація та дихальні техніки допоможуть зменшити рівень стресу та відновити емоційну рівновагу. Навчання технікам відновлення енергії, релаксаційним вправам і методам зниження тривожності допомагають зберегти психічну стійкість під час складних робочих періодів.

4. Професійна супервізія. Важливо залучити супервізорів або менторів, які допоможуть медикам розібратися з робочими стресорами та конфліктами. Супервізія дозволяє отримати професійні поради щодо складних ситуацій, зменшуючи емоційне навантаження. Супервізія також надає можливість для рефлексії на професійну діяльність, що дозволяє усвідомити й подолати негативні наслідки деформації.

5. Зміна підходів до роботи. Медичним фахівцям рекомендується поступово змінювати свій підхід до робочих завдань. Важливо навчитися делегувати частину обов'язків, знижувати робоче навантаження та встановлювати чіткі межі між професійним і особистим життям. Введення більшого різноманіття в робочі завдання або тимчасова ротація посад допоможе зменшити монотонність та покращити мотивацію до виконання професійних обов'язків.

6. Розвиток особистих інтересів та захоплень. Важливо знайти баланс між професійною діяльністю та особистими інтересами. Залучення до хобі, творчих або фізичних активностей сприятиме відновленню енергії та підвищенню емоційної стійкості. Рекомендується регулярно проводити час поза роботою в компанії родини чи друзів, займатися спортом або відвідувати культурні заходи для збереження балансу життя та роботи.

7. Корекція робочого середовища. Важливо зменшити рівень стресу на робочому місці шляхом оптимізації робочих процесів. Наприклад, вдосконалення організації робочого графіка, створення комфортних умов для перерв, забезпечення адекватної підтримки з боку керівництва. Створення умов для комфортної роботи та покращення психологічного клімату в колективі є ключовими факторами для зниження впливу професійної деформації.

8. Підтримка балансу між роботою та особистим життям. Медичним працівникам важливо встановлювати чіткі межі між роботою і відпочинком. Це включає планування вихідних, відпусток та особистого часу, щоб уникнути хронічного перевантаження. Підтримка здорового балансу також включає обмеження доступу до робочих обов'язків поза робочим часом (наприклад, не відповідати на робочі дзвінки після зміни).

9. Тренінги з особистісного розвитку. Важливо надавати можливості для участі у тренінгах, спрямованих на розвиток стресостійкості, емоційного інтелекту та адаптивних механізмів подолання стресу. Освоєння нових технік

адаптації до стресових ситуацій дозволить медичним працівникам ефективніше справлятися з емоційними та професійними викликами.

10. Підтримка фізичного здоров'я. Фізична активність, регулярні заняття спортом і правильне харчування є важливими елементами в подоланні професійної деформації. Спортивні заходи допомагають зменшити рівень стресу, покращити загальне самопочуття та відновити енергію. Медичним працівникам рекомендується приділяти увагу відпочинку та сну, щоб зменшити хронічну втоми і сприяти відновленню організму.

11. Професійна переорієнтація. Якщо професійна деформація досягла критичної стадії, розгляд можливості тимчасової зміни напрямку роботи або навіть зміни професійної діяльності може бути необхідним для запобігання подальшого погіршення емоційного стану. Важливо підтримувати розвиток альтернативних професійних навичок або розглянути нові кар'єрні можливості в рамках медичної сфери.

Ці рекомендації спрямовані на комплексну роботу з подолання наслідків професійної деформації та відновлення емоційного та психічного благополуччя медичних фахівців. Впровадження цих заходів допоможе працівникам повернути мотивацію, підвищити ефективність і зменшити вплив професійного стресу.

Висновок до розділу.

Організація емпіричного дослідження професійної деформації медичних фахівців є важливою складовою для виявлення її психологічних проявів. У процесі дослідження було визначено вибірку медичних працівників різного фаху, використано науково обґрунтовані методики оцінки рівня професійного вигорання, рівня цинізму та емоційної втоми, що дозволило глибоко зрозуміти феномен професійної деформації. Дослідження передбачало анкетування, тестування, а також інтерв'ю для виявлення якісних змін у психологічному стані медиків. Основний акцент був

зроблений на визначення факторів, що впливають на формування професійної деформації, а також на дослідження її зв'язку з професійною діяльністю.

Результати дослідження показали, що значна частина медичних фахівців відчуває ознаки емоційного вигорання, зниження професійної мотивації, підвищення рівня цинізму щодо пацієнтів та зниження рівня емпатії. Це свідчить про наявність негативних наслідків професійної деформації у медичних працівників. Відзначено також зміни у взаємодії з колегами, зокрема зростання конфліктів і погіршення командної роботи. Важливим є те, що більшість опитаних медиків не завжди усвідомлюють наявність професійної деформації, що ускладнює процес її профілактики та корекції. Для профілактики професійної деформації медичних фахівців важливо створити систему підтримки їхнього психологічного здоров'я на робочому місці. Серед ефективних заходів — впровадження тренінгів з емоційної стійкості, розвиток навичок управління стресом, підтримка колегіальної взаємодії та професійного розвитку. Також важливо запровадити періодичну психологічну діагностику з метою своєчасного виявлення симптомів професійної деформації. Організація програм психосоціальної підтримки, впровадження практик саморефлексії та систематичне підвищення кваліфікації можуть значно знизити ризик розвитку професійної деформації серед медичних працівників.

ВИСНОВКИ

1. У результаті теоретичного аналізу проблеми професійної деформації медичних фахівців в науково-психологічній літературі встановлено, що професійна деформація є складним і багатогранним явищем, яке виникає внаслідок тривалої роботи в умовах постійного стресу, високої відповідальності та емоційного навантаження. Виявлено, що медичні працівники є однією з найуразливіших груп через специфіку їхньої професійної діяльності. Професійна деформація негативно впливає як на особистісні якості медичних фахівців (зниження емпатії, підвищення цинізму, емоційне вигорання), так і на якість їхньої роботи (зростання кількості помилок, зниження мотивації). Аналіз літератури також вказує на кореляцію між професійною деформацією та іншими психоемоційними проблемами, такими як депресія, тривожні розлади та емоційне вигорання. Таким чином, проблема професійної деформації медичних фахівців є актуальною і вимагає подальших наукових досліджень, спрямованих на розробку профілактичних та корекційних заходів для збереження психічного здоров'я медичних працівників та підвищення ефективності їхньої професійної діяльності.

2. Охарактеризовано професійну діяльність медичних працівників, яка відрізняється високими вимогами до морально-етичних якостей, емоційної стійкості та психологічної підготовленості. Серед основних особливостей цієї діяльності виділяються постійний контакт з людськими стражданнями, необхідність прийняття швидких та відповідальних рішень, робота в умовах підвищеного стресу і фізичного навантаження. Медики мають володіти такими якостями, як самоконтроль, альтруїзм, тактовність і здатність до співпереживання, а також професійними знаннями та навичками для ефективного вирішення складних клінічних ситуацій. Важливою складовою є колегіальність, вміння працювати в команді, підтримувати взаємодію з колегами, пацієнтами та їхніми родичами. Особливості медичної професії

вимагають від фахівців постійного самовдосконалення, що охоплює як професійні, так і морально-етичні аспекти, та розвитку здатності протистояти професійним деформаціям.

3. Емпіричне дослідження психологічних проявів професійної деформації медичних фахівців дозволило глибше зрозуміти вплив професійної діяльності на їхній психологічний стан. Результати показали, що професійна деформація проявляється через емоційне вигорання, зниження емпатії до пацієнтів, підвищення рівня цинізму та формування стійкого стресового стану. Зміни в емоційному сприйнятті, підвищена тривожність та зниження задоволення від роботи також виявляються у медичних працівників, особливо тих, хто працює тривалий час у складних умовах. Дослідження підкреслило важливість своєчасної профілактики професійної деформації, оскільки вона не тільки негативно впливає на самих медиків, але й на якість надання медичних послуг. Важливим аспектом є впровадження системи психологічної підтримки на робочому місці та регулярної діагностики психоемоційного стану працівників.

4. Розроблені рекомендації щодо профілактики та подолання професійної деформації медичних фахівців спрямовані на збереження психоемоційної стійкості, підтримку морального та фізичного здоров'я працівників. Основними підходами до профілактики є впровадження програм психологічної підтримки та супервізії, спрямованих на зменшення стресу, розвиток емоційної компетентності, а також підтримка здорових професійних і міжособистісних відносин. Особлива увага приділяється організації робочого середовища, де важливими аспектами є збалансоване навантаження, можливість для професійного розвитку та навчання, а також забезпечення умов для відпочинку. Одним із ключових аспектів є стимулювання особистісного розвитку, формування стратегії самоконтролю та самоаналізу, що сприятиме своєчасному розпізнаванню ознак деформації. Застосування цих рекомендацій може значно покращити психоемоційний

стан медичних фахівців, підвищити їхню стійкість до стресу та забезпечити ефективність професійної діяльності.