

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
 Кафедра психології та соціальної роботи

КИСИЛИЧИН Галина Богданівна

**Психологічні особливості професійного
 становлення особистості лікаря / Psychological
 characteristics of professional formation of the
 doctor's personality**

спеціальність: 053 - Психологія
 освітньо-професійна програма - Психологія

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи ПСЗ-
 Г. Б. Кисиличин

Науковий керівник:
 к.м.н., В. І. Пришляк

Кваліфікаційну роботу допущено
 до захисту:

"__" _____ 20__ р.

Завідувач кафедри

А. Н. Гіряк

ТЕРНОПІЛЬ - 2025

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1. Професійна діяльність лікаря: структурні та змістовні особливості.

1.2. Задачна організація професійної діяльності медичного працівника.

Висновок до розділу 1

РОЗДІЛ II. ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ ПРОФЕСІЙНОГО СТАНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ ЛІКАРЯ

2.1. Теоретичні та емпіричні підходи у психологічних дослідженнях проблематики професійного становлення особистості.

2.2. Творчий компонент професійної діяльності працівника медичної сфери.

Висновок до розділу 2

РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБИСТІСНИХ ЯКОСТЕЙ ЛІКАРІВ У КОНТЕКСТІ ЇХ ПРОФЕСІЙНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

3.1. Організація та зміст дослідження.

3.2. Аналіз та інтерпретація отриманих емпіричних даних.

Висновок до розділу 3

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

ВСТУП

Актуальність дослідження. У період трансформацій соціально-економічної структури суспільства, що відзначається швидкими змінами, особлива увага приділяється прикладним психологічним дослідженням. Насамперед, це зумовлено необхідністю покращення системи професійної підготовки фахівців та необхідністю підготовки та перепідготовки великої кількості осіб. Це ж, своєю чергою, порушує виникнення цілої низки проблем, одна з яких безпосередньо пов'язана не стільки з самим процесом навчання, скільки з особливостями професійного становлення особистості.

Аналіз процесу професійної підготовки медичних працівників свідчить про поступове погіршення його якості. І це пов'язано з цілою низкою причин. По-перше, частковий перехід на дистанційну форму навчання спочатку через ковід, а потім у зв'язку із військовими діями на території нашої країни. По-друге, це дисбаланс між теорією та практикою, адже у багатьох випадках студенти реально не мають можливості відпрацьовувати отримані теоретичні знання на практиці. По-третє, брак кадрів (знову ж таки через війну, адже багато професійних лікарів опинилися у зоні бойових дій чи поблизу неї, а відтак не мають можливості працювати стаціонарно) як у ЗВО, які готують майбутніх фахівців до професії, так і у медичних закладах. Все це негативно позначається як загалом на якості підготовки лікарів, так і на ефективності їх професійного становлення, від чого нині в прямому сенсі слова залежить життя і здоров'я багатьох наших співгромадян.

Таким чином, актуальним стає протиріччя між вимогами, що ставить суспільство до рівня професійної діяльності лікарів, і реальним станом їх функціональної підготовки.

Основним елементом особистості фахівця, що працює в системі охорони здоров'я, є його особистісні якості, які найбільше впливають на ефективність професійної діяльності і мають бути об'єктом детального дослідження. Очевидно, що особливу увагу слід приділяти питанню вдосконалення процесу професійного становлення лікаря, яке є ключовим для покращення якості медичних послуг.

Виконання складних професійних завдань та зміни в характері професійної діяльності, а також її психологічна трансформація стимулюють постійний психічний розвиток особистості. Вивчення закономірностей цього розвитку та аналіз змін на різних етапах професійної діяльності дасть змогу більш ефективно управляти професійним зростанням фахівця та прогнозувати його подальший розвиток.

Мета дослідження полягає у вивченні особистісних характеристик лікарів, рівня розвитку їх професійно важливих якостей, типологічних властивостей та психологічної готовності до виконання професійної діяльності, а також умов і чинників, що забезпечують її продуктивність.

Об'єкт дослідження – особистість лікаря, а його **предмет** – основні психологічні характеристики особистості і професійної діяльності лікаря, їх розвиток та взаємозв'язок на різних етапах професійного становлення.

Гіпотеза дослідження: успішність професійного становлення лікаря залежить не тільки від складності професії, але й від рівня психологічної готовності до виконання професійних обов'язків, яка проявляється у здатності адекватно оцінювати умови професійної діяльності, наявності необхідних професійних компетентностей й особистісних якостей, що визначають рівень його професійної зрілості.

Завдання дослідження:

- проаналізувати психологічні теорії вітчизняних та закордонних авторів, котрі досліджують вплив діяльності на розвиток особистості та професійне становлення фахівця;
- провести аналіз психологічних аспектів особистості лікаря і визначити структуру та зміст його професійної діяльності;
- виявити умови та фактори, що сприяють ефективному професійному становленню лікаря, зокрема формування його професійної орієнтації, свідомості, авторитету та професійної творчості;
- емпіричним шляхом дослідити психологічні характеристики лікарів, які визначають прогрес їхньої професійної діяльності та фактори, які впливають на цей процес.

Емпірична база та методи дослідження. Дослідження проходило на базі Тернопільноської обласної клінічної психоневрологічної лікарні. В ньому взяли участь 20 лікарів зі стажем роботи від 5 до 25 років і більше. В роботі використано комплекс методів для підготовки та організації дослідження, таких як теоретичний аналіз літератури з проблеми, узагальнення національного та міжнародного досвіду, системно-структурний аналіз і моделювання. Для збору даних застосовувалися анкетування, спостереження, психодіагностичні методики: опитувальник самоствавлення та 16-факторний особистісний опитувальник Р.Б. Кеттела.

Наукова новизна та теоретична значущість дослідження: Встановлено, що серед психологічних характеристик лікарів, які визначають їх професійну діяльність, важливе значення мають такі риси, як критичність, позитивність у ставленні до себе та оточуючих, самооцінка, емоційна стійкість, рівень товариськості та інші. Виявлено, що Я концепція лікарів змінюється залежно від стажу роботи, і ці зміни відображають різні компоненти самосприйняття. Також було виявлено, що лікарі з високим рівнем професійної готовності мають позитивну самооцінку і кращі результати у роботі.

Практична значимість роботи: Результати дослідження можуть бути використані для розробки теоретичних і практичних рекомендацій для підвищення кваліфікації лікарів, створення програм самоосвіти та самовдосконалення медичних працівників, а також для покращення професійної підготовки у медичних університетах. Матеріали роботи також стануть у нагоді фахівцям, які працюють у напрямку профорієнтаційної діяльності.

Структура та обсяг кваліфікаційного дослідження Робота складається з вступу, трьох розділів та висновків до них, висновку, списку використаної літератури, що нараховує 59 найменувань, з них 9 – іноземними мовами. Зміст роботи викладено на 60 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1.Професійна діяльність лікаря: структурні та змістові особливості

При дослідженні психології особистості лікаря, а також умов її становлення та розвитку, ми опираємося на положення, згідно з яким проблема особистості полягає у вивченні її місця та ролі в соціальних зв'язках і взаємодіях. Вона також включає аналіз того, як людина використовує свої вроджені та набуті якості (особливості темпераменту, типологічні властивості, знання, вміння, навички, досвід тощо) та процес адаптації до зовнішніх умов і можливостей для задоволення своїх потреб.

Розвиваючи цю методологічну характеристику, науковці визначають кілька основних напрямків дослідження даної проблематики: дослідження самоставлення лікаря; виявлення рівня розвитку професійно важливих якостей особистості; аналіз типологічних властивостей особистості; вивчення мотиваційних основ та психологічної готовності лікарів до професійної діяльності [5; 8; 12; 15 та ін.].

Також було визначено конкретні умови, що сприяють формуванню особистості лікаря, зокрема формування його професійного інтересу, покликання, авторитету та досвіду творчої діяльності [19; 33 та ін.].

Грунтовний аналіз літературних джерел засвідчив, що розглядаючи дане питання, науковці, насамперед, цікавиться структурою цілеспрямованої діяльності та механізмами її регуляції. На думку більшості з них, останню можна трактувати як "сталу картину взаємних відносин елементів цілісного об'єкта"[13, с. 214], а відтак слід розглядати в єдності з її типологією. Це зумовлено як генетичним зв'язком елементів діяльності в процесі соціалізації індивіда, так і її складним ієрархічним характером.

Педагогічна психологія традиційно виділяє такі види діяльності, як гра, навчання та праця, причому праця є основною формою діяльності людини. Також виокремлюють перетворювальну, пізнавальну, ціннісно-орієнтаційну та комунікативну діяльність. Перетворювальна діяльність, своєю чергою, розподіляється за характером об'єкта: це може бути перетворення природи

(праця), суспільства або "людини", яка є об'єктом і суб'єктом власної діяльності.

У рамках концепції структури діяльності, лікувальна діяльність розглядається через етапи збору анамнезу, дослідження, постановки діагнозу та лікування. Згідно з типологією Борисяк А., остання має практичний характер, а відтак є частиною перетворювальної діяльності, яка здійснюється індивідуально, за винятком деяких видів (наприклад, хірургічних втручань, що виконуються бригадою лікарів) [4].

Таким чином, лікарська діяльність має ознаки перетворювальної праці, але важливо підкреслити, що вона також належить до соціальних професій, оскільки спрямована на взаємодію з людьми, а не лише з природними об'єктами.

Включення безпосередньої соціальної взаємодії з іншими людьми в професійну діяльність лікаря підкреслює важливість розгляду його роботи через призму соціально-психологічної теорії. Це дає змогу розкрити не тільки механізми взаємодії, але й глибше зрозуміти специфіку роботи медичного працівника.

Сучасні труднощі застосування категорії діяльності в соціально-психологічному дослідженні можуть бути подолані, якщо орієнтуватися на підхід, який обстоює думку про те, що для глибокого розуміння психології людей важливо досліджувати їх складні, цілісні прояви в контексті життєвих переживань та дій, а не відокремлено від реального життєвого досвіду. Це також створює передумови для подолання механістичних підходів, коли діяльність сприймається як абстрактне явище, а не як діяльність конкретних людей. Така думка лягла в основу "теорії діяльнісного опосередкування", яка акцентує на важливості вивчення колективної діяльності через її зміст. Її послідовники даної теорії підкреслюють, що предмет діяльності в соціально-психологічних дослідженнях не є просто зовнішньою активністю групи, а включає в себе всі аспекти взаємодії та комунікації, що є ключовим для розуміння механізмів соціальної взаємодії [34].

Таким чином, з позицій соціальної психології діяльність аналізується не тільки через її зовнішні прояви, але й через глибинні соціальні взаємозв'язки, які визначають поведінку людини в рамках професійної діяльності.

Професійна діяльність лікаря включає діагностичні, лікувальні та

профілактичні етапи, кожен з яких має свої специфічні завдання і вимоги до виконання. У діагностичній діяльності лікар проводить збір та аналіз анамнезу, оцінює клінічні, лабораторні та інструментальні дані, проводить диференціальну діагностику та визначає остаточний діагноз. Лікувальна – включає визначення тактики лікування, прогнозування одужання та проведення реабілітаційних заходів. Профілактична ж охоплює заходи щодо виявлення і усунення шкідливих факторів, а також проведення оздоровчих і профілактичних процедур.

Описуючи структуру професійної діяльності, науковці виділяють п'ять основних компонентів: гностичний, проектувальний, конструктивний, комунікативний і організаторський. Вони є універсальними і можуть бути застосовані до практично будь-якої професії.

Важливим аспектом професійної діяльності лікаря є гностичні уміння. Зважаючи на нову концепцію безперервної освіти, яка нині пропагується серед фахівців переважної більшості професій, для лікаря надзвичайно важливо здобувати нові знання протягом усього життя [37]. Щоб стати справжнім професіоналом, він має постійно працювати над собою, і лише той, хто невтомно прагне залишатися на рівні сучасних досягнень медицини, може вважати себе сумлінним у виконанні свого професійного обов'язку. Лікар, який знає лише те, що стосується його безпосередньої спеціальності, фактично є технократом, а не справжнім медичним фахівцем. Сучасний фахівець має бути обізнаний не лише в медичних досягненнях, а й в основах інших наук, оскільки саме на межах різних дисциплін часто народжуються нові ідеї та знання.

Одним з аспектів гностичних умінь є здатність лікаря не тільки ознайомлюватися з новими досягненнями, а й адаптувати свою діяльність до вимог часу. Так, наприклад, важливо вміти оцінювати достовірність інформації без надмірного захоплення сенсаціями, при цьому не слід сліпо дотримуватися застарілих стереотипів. Іншим важливим аспектом є здатність аналізувати власну діяльність, зокрема критично оцінювати свої помилки. Найважливішим компонентом гностичних умінь є здатність лікаря аналізувати індивідуальні особливості пацієнта, враховувати його реакцію на лікування і при необхідності коригувати підхід. Важливою також є здатність розпізнавати фактори

суспільного життя, що впливають на здоров'я населення, і розуміти складні соціальні явища, виділяючи найбільш значущі для здоров'я.

Це вимагає від лікаря т.з. проектувальних умінь, тобто здатності глибоко аналізувати соціальні причини хвороб і ефективно планувати заходи для збереження здоров'я як окремих осіб, так і різних соціальних груп та регіональних спільнот. Розвиненість цих умінь безпосередньо впливає на ефективність лікування, адже вони реалізуються через конструктивні вміння, наприклад, надання невідкладної допомоги.

Для конструктивних та проектувальних умінь лікаря також важлива висока культурна освіченість, яка багато в чому обумовлюється розвитком гностичних умінь та пізнавальної активності. У реальному житті спостерігається діалектична єдність основних компонентів лікарської діяльності: гностичних, проектувальних, конструктивних. Успіх лікування залежить також від того, наскільки фахівець спроможний налагоджувати доброзичливі стосунки з пацієнтом, завоювати його довіру і залучити до лікувального процесу, що робить його активним співучасником лікування.

Загалом, лікарська діяльність є складним і взаємопов'язаним процесом, що включає визначення патологічних симптомів, діагностику, вибір методів лікування і профілактики. Професійна діяльність лікаря також нерозривно пов'язана з його професійним мисленням, при описі якого найчастіше використовують терміни "клінічне мислення", "лікарське мислення" та "медичне мислення". Однак деякі дослідники не згодні з використанням цих термінів як синонімів, стверджуючи, що клінічне мислення розвивається тільки на основі лікувальної практики. Зважаючи на це, лікарі, які не мають досвіду в клінічній практиці, не можуть розвинути клінічне мислення [19].

Для усунення даних суперечностей пропонується використовувати термін «мислєдіяльність» та досліджувати структуру лікарського мислення й методи її оцінки через призму трикомпонентної моделі структуру технічного мислення, яка включає теоретичні (понятійні), образні (наглядні) та практичні (дієві) складові, які проявляються при вирішенні професійних завдань, таких як діагностика та лікування. Наприклад, образний та практичний компоненти допомагають лікарю встановити основні симптоми хвороби при обстеженні

пацієнта, а також вивести діагноз на основі зібраних даних. Під час диференціальної діагностики важливими є понятійні та образні компоненти, а практичний компонент є ключовим при прийнятті рішення про лікування.

Ідея про важливість дослідження психологічного аспекту клінічного мислення з'явилася тоді, коли було виловлено думку про те, що її центральним компонентом є процес прогнозування.

Клінічне прогнозування включає врахування патогенезу захворювання, стану організму пацієнта в цілому, вибір оптимальних методів лікування, а також оцінку впливу кожного симптому на ймовірність одужання. Науковці, котрі досліджують дану проблематику зазначають, що цей часто цей процес у досвідчених лікарів протікає в таких формах, які важко спостерігати або самоспостерігати, і тому воно рідко вивчається або описується в сучасній медицині. Адже основне завдання дослідника полягає у розкритті орієнтувальної основи для прийняття рішень у прогнозуванні клінічних завдань. Потім, шляхом поступового формування, здійснюється інтеріоризація зовнішнього матеріалу дії в внутрішній план. Саме здатність до прогнозування і є основою клінічного мислення [19].

Не вдаючись у детальний аналіз існуючих визначень клінічного мислення, можна стверджувати, що всі вони містять певні важливі його характеристики. Однак, здебільшого вони виявляються описовими і не охоплюють глибинні психологічні механізми професійного мислення лікаря.

У контексті розуміння сутності професійної миследіяльності лікаря, ми опираємося на думку про те, що в її основу покладено два типи мислення – емпіричний та теоретичний. Так, на нашу думку, справжній професіоналізм лікаря пов'язаний саме з розвитком теоретичного, рефлексивного, а не алгоритмізованого типу мислення, яке дає лікарю перевагу при вирішенні фахових завдань. Структура теоретичного мислення, своєю чергою, є основою професійної майстерності і творчого потенціалу лікаря [44].

Відтак, професійно-медичне мислення теоретичного типу – рефлексивна миследіяльність лікаря, що уможливорює прийняттям рішення щодо діагностики, лікування, профілактики та інших завдань шляхом аналізу генези та розвитку патологічного процесу (захворювання) і його етіологічних факторів.

Однак, професійна діяльність лікаря може також базуватися на емпіричній мислєдїяльностї. Вїдомо, що в клїнічній практицї широко застосовуються емпіричнї узагальнення та абстракцї, якї дають змогу лїкарю дїяти в обмеженому колї ситуацїй, часто завдяки накопиченому досвїду через методи проб і помилок. Лїкар може замїсть детального аналізу клїнічної картини захворювання використовувати поверхневі ознаки, намагаючись спїввїднести симптоми хвороби пацїєнта з "класичною" картиною. У таких випадках дїагностика та лїкування можуть бути проведенї формально, а помилки в дїагностицї пояснюються атиповїстю симптомів.

Фахївець з теоретичним типом мислєдїяльностї може бути ефективним у типовїй ситуацїї, але нестандартнї випадки потребують творчого мислення. Оскїльки випадки атипових проявів захворювань все частїше зустрічаються в практицї, завдання формування творчого мислення у студентів-медиків стає все бїльш актуальним.

У своїй клїнічній практицї лїкар здебїльшого вирїшує професїйнї завдання, якї можна класифїкувати за типами: дїагностичнї, лїкувальнї (визначення стратегїї та тактики лїкування), профїлактичнї (планування профїлактичних заходів), а також завдання, пов'язанї з аналізом помилок у дїагностицї та лїкуванні [30].

Своєю чергою їх можна подїлити на стандартнї (типовї) та нестандартнї (нетиповї). Першї характеризуються умовами, якї дають змогу знайти рїшення без додаткової інформацїї, використовуючи навчання та попереднїй досвїд. Для їх вирїшення зазвичай застосовуються алгоритмїчнї методи мислення, що включають репродуктивнї компоненти, де кожне дїєве рїшення чїтко регламентоване або зафїксоване в досвїдї. У клїнічній практицї це може стосуватися типових дїагностичних завдань, що мають характернї симптоми, або ситуацїй, де необхідно вибрати оптимальну тактику лїкування на основї вже сформованого дїагнозу.

Вирїшення таких завдань, вимагає здебїльшого алгоритмїчного пїдходу, однак вони обов'язково мають мїстити мїнїмум необхідних ознак, а їнколи навіть надмїрну інформацїю.

Щодо структури, дїагностичнї завдання можуть бути рїзними:

статистичними (коли рішення передбачає виконання одномоментного кроку), динамічними (умови завдання розкриваються поступово, в міру розвитку захворювання), простими (рішення передбачає одну дію), складними (для вирішення необхідно врахувати безліч даних, отриманих через різні методи обстеження).

У результаті, постановка діагнозу часто зводиться до чіткої і регламентованої процедури, де необхідно віднести конкретну патологію до певної нозологічної одиниці. Це вимагає поступу миследіяльності від загального до конкретного (від встановлення захворювання до визначення його форми, стадії та ускладнень).

Натомість нетипові завдання вимагають пошукових, евристичних та творчих процесів, що призводять до виявлення нових, несподіваних шляхів вирішення. Основними елементами таких процесів є інтуїція, гіпотези, плани та стратегії рішень. Кожен з цих елементів виражає можливі способи вирішення, які формуються лікарем або вибираються з числа відомих.

1.2. Задачна організація професійної діяльності медичного працівника.

Рішення діагностичних або лікувальних завдань вимагає виявлення основного генетичного відношення до захворювання. Кожен етап обстеження та лікування будується згідно з логікою розвитку патогенетичної картини, що проявляється різними симптомами. Справжня професійна миследіяльність лікаря полягає не тільки в спостереженні за зовнішніми проявами захворювання, але й у розумінні внутрішніх причин, що вимагають глибокого аналізу механізмів патології. Це й є сутність теоретичної професійної миследіяльності лікаря.

Евристичні процеси тісно пов'язані з так званими "проблемними ситуаціями", які стають частинами проблемно зорієнтованого навчання. В сучасному контексті це поняття часто не має чіткого визначення. З одного боку, терміни "проблемна ситуація" («...містить у собі вимоги до діяльності, початкові умови і фіксовані ускладнення та перешкоди на шляху досягнення потрібного стану») і "проблемна задача" («..ситуації, що вимагає від суб'єкта окремої дії, інтенційованої на знаходження невідомого на засадах використання його

зв'язків з відомим за умов, коли суб'єкт не володіє способом (алгоритмом) цієї дії» інколи вживаються як синоніми, з іншого – як різні поняття [27, с. 72].

Найбільш узагальнена класифікація проблемних задач містить наступні їх типи: 1) з невизначеністю вихідних даних; 2) з невизначеністю постановки питання; 3) з надмірними або непотрібними вихідними даними; 4) з суперечливими або частково неправильними даними; 5) задачі, що допускають лише ймовірнісні рішення; 6) з обмеженим часом для прийняття рішення; 7) задачі, що вимагають використання нестандартних методів їх вирішення; 8) задачі у вигляді ланцюга; 9) на виявлення помилок у рішеннях; 10) з уявними даними.

У клінічній практиці лікар частіше всього зіштовхується майже з усіма вищеперерахованими типами задач. Так, іноді йому доводиться вирішувати такі з них, умови яких можуть бути суперечливими, що виникає через застосування різних методів дослідження, виконаних на різних етапах розвитку захворювання або з участю різних фахівців. Така невизначеність може ускладнити процес прийняття рішення.

Також трапляються ситуації, що вимагають ймовірнісних рішень, наприклад, коли потрібно спрогнозувати подальший розвиток патологічного процесу та наслідки втручання в процес лікування.

Багато медичних задач потребують достатньо часу для вирішення, при цьому часто існують жорсткі часові обмеження, особливо у випадках екстрених станів. У таких ситуаціях лікареві необхідно приймати рішення за мінімальний проміжок часу, встановлюючи діагноз та визначаючи лікувальну тактику швидко і ефективно.

Діяльність лікаря зазвичай починається з визначення діагностичної мети, а потім переходить до збору даних та аналізу симптомів і синдромів, що відображають зовнішні прояви патологічного процесу. Симптоми, як правило, є важливими ознаками хвороби, які допомагають фахівцю у встановленні правильного діагнозу.

Низка вітчизняних дослідників пропонують різні підходи до класифікації симптомів, які класифікують за такими критеріями: «специфічність (належність симптому до певної нозологічної одиниці), сталість (частота прояву симптомів

при певних захворюваннях), локальність (загальні або місцеві симптоми), загроза для життєвих органів і функцій, метод виявлення симптомів (фізичні, лабораторні та інші методи), час прояву (ранні, пізні симптоми), ступінь виразності симптомів, їх стійкість під час хвороби» [30, с. 54].

Важливим для успішного вирішення діагностичних і лікувальних завдань є здатність лікаря помічати навіть незначні зміни в поведінці, зовнішньому вигляді та поведінці хворого – так звану "малу" симптоматику. Для правильної постановки діагнозу або лікувального завдання недостатньо лише виділити симптоми та синдроми, а необхідно встановити їх патогенний зв'язок і оцінити динамічну взаємодію між ними. Адже організм людини є цілісною системою, де всі елементи перебувають у постійному взаємозв'язку, тому кожен симптом потрібно розглядати в контексті інших.

У процесі постановки діагнозу та етапу лікування, вибір найбільш ефективної лікувальної тактики залежить від багатьох факторів, зокрема індивідуальних особливостей пацієнта, можливостей лікувальних методів, кваліфікації лікаря і умов його роботи.

Згідно з дослідженнями [13; 19], серед основних характеристик лікарських задач можна виділити такі особливості, як: самостійна постановка мети та виявлення умов, що впливають на динаміку захворювання, обмеженість часу для прийняття рішення, необхідність створення цілісної клінічної картини, вивчення причин і механізмів хвороби (етологія і патогенез), а також важливість правильного аналізу можливих наслідків помилок у діагностиці та лікуванні. При цьому лікар використовує різні підходи для пошуку оптимального рішення поставленої перед ним задачі.

Перший ґрунтується на методі проб і помилок, коли лікар працює в межах обмеженого кола захворювань. Цей метод передбачає порівняння (або умовного співставлення) конкретної клінічної картини з кількома відомими абстрактними клінічними прикладами для ідентифікації симптомів та синдромів, характерних для певної хвороби. Діагноз вважається встановленим, якщо є схожість між конкретним випадком і однією з відомих лікарю клінічних картин. Основою цього підходу є висновки за аналогією. Це часто веде до помилок, адже симптоми можуть бути схожими на перший погляд, але насправді належати до

різних захворювань, що призводить до шаблонного та догматичного мислення.

Метод аналогії часто використовується студентами та молодими лікарями, які, опираючись на свої знання, намагаються застосовувати готові рішення, не враховуючи індивідуальних особливостей кожного випадку. Це може призводити до грубих помилок, оскільки лікар не завжди враховує можливість атипового прояву захворювання або динамічні зміни патологічного процесу.

Такий підхід більше характерний для емпіричного мислення, яке полягає в накопиченні досвіду через проби та помилки, а не в глибинному розумінні самого механізму хвороби. Лікар, що користується таким типом мислєдіяльності, оперує не теоретичними поняттями, а конкретними образами патологічних проявів. Це може призвести до того, що його підхід до діагностики та лікування обмежений схемами та шаблонами, що не дають змоги виявити справжні причини хвороби і, як наслідок, можуть призводити до помилок.

Другий підхід до вирішення медичних задач базується на аналізі внутрішніх механізмів патологічних процесів. У цьому випадку лікар звертає увагу на етіологію та патогенез хвороб, а не лише на зовнішні симптоми та синдроми. Відтак важливою є не стільки сама наявність останніх, скільки розуміння того, що вони означають та які процеси приховуються за цими зовнішніми проявами. Аналіз фактичних даних дає змогу лікарю переходити від зовнішньої картини хвороби до розуміння внутрішніх динамічних процесів, етіології та розвитку патології.

Завдання такого підходу – не обмежуватися лише зовнішньою схожістю або відмінністю симптомів чи картин хвороб, а розкривати їх глибшу внутрішню суть. Це можна досягти лише через розуміння взаємодії етіологічних факторів і організму пацієнта, а також через вивчення розвитку хвороби, її патогенезу. Мислєдіяльність, яка базується на такому підході, ми трактуємо як теоретичну чи рефлексивну. Лікар, що володіє таким мисленням, при постановці діагнозу не обмежується лише констатацією очевидного, а намагається обґрунтувати теоретичні механізми патології, пояснити виникнення хвороби і симптоматики.

Розкриваючи причини і розвиток конкретного захворювання, лікар може побудувати теоретичну модель цього захворювання, яка дає йому змогу глибше зрозуміти механізми патології. Порівнюючи свої гіпотези з реальними фактами,

фахівець проводить глибокий самоаналіз, зважує всі "за" і "проти", рефлексує та на основі цього обирає найбільшприйнятні діагностичні та лікувальні стратегії [6].

Зрозуміло, що високий рівень професіоналізму лікаря тісно пов'язаний з теоретичним типом мислєдіяльності, адже завдяки йому, фахівець спроможний виявляти і лікувати хвороби, симптоматика яких є суперечливою та нетиповою, знаходити нестандартні, творчі рішення та подолати протиріччя, які виникають під час роботи. Такий підхід є особливо важливим в кризових умовах, коли все частіше зустрічаються атипові прояви захворювань, що вимагає рефлексивного та творчого мислення для виявлення патогенетичних закономірностей, які стоять за різноманітними індивідуальними проявами патологічного процесу.

Також зауважимо, що одним з важливих аспектів професіоналізму лікаря є інтуїція, що складається в неусвідомленому процесі «схоплювання» необхідних умов для вирішення клінічної задачі, прийнятті швидких, але ефективних рішень. Інтуїція є результатом досвіду лікаря і його здатності до швидкого, неусвідомленого реагування на ситуацію. Особливо важливою вона стає при невідкладних станах, коли необхідно швидко оцінити стан пацієнта і прийняти рішення, часто за обмеженої інформації.

Як показує практика, справжній професіоналізм лікаря полягає в здатності поєднувати емпіричний, теоретичний та рефлексивний тип мислєдіяльності, що дає змогу йому бути більш ефективним у професійній діяльності.

Зміст та структура професійної діяльності лікаря передбачають наявність спеціальних, медичних, психологічних та гуманітарних елементів. Це відображає специфіку лікарської професії, що передбачає взаємодію на суб'єкт-суб'єктному рівні. Лікар має організовувати ці взаємини таким чином, щоб максимально залучити пацієнта до процесу лікування і одужання, оскільки без активної участі пацієнта у власному лікуванні успіх є важким для досягнення.

Доведено, що найбільший ефект у медицині досягається, коли лікар будує взаємини з пацієнтом таким чином, щоб останній активно долучався до боротьби за своє здоров'я, приймаючи активну життєву позицію. У такому випадку його робота, як задачно зорганізована діяльність «...перетворюється із простої

лінійної схеми «мета – умови – засоби вирішення – результат» на більш професійну, коли потребує особа змушена не лише самостійно шукати відповіді на свої запитання (психолог при цьому лише спрямовує і супроводжує цей процес), а й розуміти і приймати всю відповідальність за отриманий результат, зокрема й усвідомлювати, що саме її власні зусилля привели до даного фахівця, котрий лише допоміг віднайти попередньо відсутні знання» [27, 81].

Отже, лікування неможливе без комунікації, адже вона є основою переконливого впливу, що вимагає активної взаємодії лікаря і пацієнта для досягнення успіху. Ступінь розвитку цих умінь у лікаря є показником його професійно-моральної культури [3]. У процесі реалізації своїх професійних вмінь лікар неминує виявляє своє ставлення до пацієнта, яке може бути або "технократичним", коли хворий сприймається лише як об'єкт, або гуманістичним, коли лікар бачить у пацієнті не лише об'єкт лікування, а й активного учасника процесу збереження здоров'я. Тому професійні вміння та моральна культура лікаря є нерозривними складовими його професіоналізму.

Відтак, процес лікування можна розглядати як перетворювальну діяльність, що відбувається в рамках взаємодії двох суб'єктів: лікаря, який організовує цей процес, і пацієнта, який виступає рівним партнером у цій взаємодії.

Комунікативні вміння лікаря включають здатність слухати та розуміти думки і погляди інших, а також уміння регулювати власний емоційний стан і орієнтуватися в ситуації спілкування. Вони також полягають у здатності встановлювати психологічний контакт з будь-яким пацієнтом і викликати у нього почуття довіри і симпатії. Для успішної професійної діяльності лікаря необхідно встановити психологічний зв'язок з пацієнтом, при цьому він має не лише враховувати об'єктивний стан пацієнта, але й проникати в його суб'єктивний світ. Як стверджує більшість сучасних дослідників – процес протікання хвороби та шанси на одужання пацієнта тісно пов'язані з його емоційним станом, такими факторами як оптимістичний настрій та віра в себе і лікаря. В медицині важливо розуміти, що межа між об'єктивним і суб'єктивним, матеріальним і духовним є відносною [30].

Значення спілкування в системі «лікар-пацієнт» як складової професійної

діяльності лікаря полягає в тому, що відносини між ним і пацієнтом є одним з найважливіших психологічних факторів лікування. Спілкування в цій системі вивчаються як медичною деонтологією, так і медичною психологією. Основними категоріями медичної деонтології є лікарський обов'язок, моральність та відповідальність, а медична психологія зосереджується на вивченні особистості лікаря та пацієнта, а також на профілактиці патогенних захворювань.

Висновок до розділу 1

Професійна діяльність лікаря є складною, багаторівневою системою, що охоплює гностичні, проектувальні, конструктивні, комунікативні й організаторські компоненти. Вона поєднує перетворювальну працю з активною соціальною взаємодією, що визначає її як тип соціальної професії. Центральне місце в діяльності лікаря займає професійне мислення, зокрема клінічне мислення, яке розглядається як інтегрована форма рефлексивної мислєдіяльності, що забезпечує ефективну діагностику, лікування та профілактику. Успішна реалізація лікарської діяльності потребує поєднання емпіричного досвіду та теоретичного аналізу, розвитку творчого потенціалу та здатності до адаптації у змінних умовах клінічної практики.

Значну роль у професійній мислєдіяльності відіграють інтуїція, евристичні здібності, а також вміння працювати в умовах невизначеності та часових обмежень. Особливу важливість має гуманістичний підхід до пацієнта, побудова партнерських стосунків та ефективна комунікація, що є підґрунтям для успішного лікувального процесу та основою високого рівня професіоналізму медичного працівника.

РОЗДІЛ 2

ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ ПРОФЕСІЙНОГО СТАНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ ЛІКАРЯ

2.1. Теоретичні та емпіричні підходи у психологічних дослідженнях проблематики професійного становлення особистості

Професійне становлення особистості, зокрема в контексті медичної діяльності, виступає як багатокомпонентний і складний процес, що охоплює як об'єктивні соціальні чинники, так і суб'єктивні психологічні аспекти. Науковий інтерес до цієї проблематики зберігає свою актуальність, незважаючи на значний масив досліджень у галузі психології праці та професійного розвитку.

Аналіз професійного вибору, як індивідуального акту, що має особистісну та соціальну значущість, залишається пріоритетним напрямом наукового вивчення. Це зумовлено не лише впливом змін у соціально-економічному середовищі, а й необхідністю відповідності між особистісними прагненнями індивіда та потребами суспільства в конкретних професіях.

Складність проблеми зумовила її вивчення в рамках міждисциплінарного підходу: дослідники різних галузей – економіки, соціології, педагогіки, права та психології – надають власну інтерпретацію ключовим поняттям, що стосуються професійного самовизначення, орієнтації та розвитку особистості.

У науковій літературі спостерігається варіативність у трактуванні таких понять, як «професійне становлення», «професійна орієнтація», «особистісний і професійний розвиток», «життєвий шлях» тощо [18; 26; 31 та ін.]. Це свідчить про складність досліджуваного феномену та необхідність чіткого розмежування між різними рівнями аналізу – соціально-економічним та психолого-педагогічним.

Таке двовимірне бачення професійного становлення пояснюється специфічними суперечностями, які виникають на різних рівнях: на макросоціальному – між потребами суспільства в певних фахівцях та індивідуальними професійними намірами; на мікропсихологічному – між прагненням до самореалізації та бажанням бути корисним соціуму.

Варто наголосити, що ефективне розв'язання зазначених суперечностей можливе лише за умови взаємного впливу соціального контексту і внутрішнього

світу особистості, адже жодна соціальна модель не здатна повністю відповідати інтересам кожної окремої людини. Так само, як і індивідуальні прагнення не можуть бути виведені винятково із зовнішніх обставин.

Одним із тих, хто зацікавився тематикою формування психологічного підходу до вивчення професійного становлення був Ф. Парсонс, який розробив модель відповідності особистісних якостей індивіда до вимог конкретної професії [59]. Згідно з цією концепцією, ефективність професійної діяльності та рівень задоволеності працею значною мірою залежать від відповідності індивідуальних характеристик (психологічних і фізіологічних) професійним вимогам. У цьому контексті було вперше введено поняття професійно важливих якостей (ПВЯ), яке згодом стало центральним у багатьох емпіричних дослідженнях [17].

Попри вагомий внесок Парсонса, його підхід піддавався критиці за недооцінку динамічності як особистісних структур, так і змін професійного середовища. Адже сучасна професійна діяльність характеризується високим ступенем варіативності та адаптивності, що суперечить статичному баченню професійних вимог.

Проте модель Парсонса не втрачає наукової актуальності й нині, оскільки дає змогу інтегрувати різноманітні діагностичні методики в контексті дослідження професійного становлення, зокрема у сфері медичної діяльності, де рівень відповідальності й емоційне навантаження потребують високого рівня сформованості ПВЯ.

Альтернативні моделі професійного становлення пропонували й інші дослідники, зокрема Ш. Бюлер, Е. Гінцберг, З. Шпранглер, Д. Сьюпер та інші. У рамках цих підходів професійний вибір розглядається як складова вікової динаміки розвитку особистості. Так, за спостереженнями авторів, перші уявлення про майбутню професію формуються ще в дитинстві на основі ігор, фантазій та рольового моделювання. У юності цей процес активізується, залежно від розвитку здібностей, схильностей та рівня самосвідомості.

Особливу увагу ці дослідники приділяють тому, що професійне самовизначення – довготривалий, багатоетапний процес, який не є повністю зворотним: ранні вибори часто звужують подальші професійні можливості. У результаті процес вибору зазвичай завершується своєрідним компромісом між

зовнішніми (економічна доцільність, престижність професії) та внутрішніми (інтереси, потреби, особистісні цінності) чинниками.

Е. Гінцберг, зокрема, виділив низку ключових проблем, що постають перед молоддю у процесі професійного вибору: ефективне використання власних здібностей, прогнозування професійного майбутнього, пошук способів задоволення особистісних потреб у контексті соціальної реалізації.

Серед сучасних концепцій особливе місце займає теорія професійного розвитку Д. Сьюпера, яка базується на моделі поетапного становлення «Я концепції» [57]. У цій моделі розвиток професійної ідентичності відбувається як послідовність змін у самосприйнятті індивіда, що адаптується до різних життєвих ситуацій і професійних викликів.

У межах одного з сучасних напрямів дослідження професійного становлення (Х. Томе, О'Хара) наголос робиться на трактуванні професійного вибору як системи орієнтації в альтернативних професійних можливостях, що супроводжується процесом прийняття рішень. Автори зазначають, що вибір професії зумовлюється низкою факторів: очікуванням успіху, ймовірністю невдачі, готовністю індивіда до ризику, а також актуалізованими життєвими цілями, які виступають орієнтирами в цьому процесі [35].

Окремий підхід до розуміння професійного становлення пов'язаний із розробкою типологій професій і типів особистості. Найбільш значущими в цьому контексті є роботи О. Ліппмана та Дж. Голланда [56]. Зокрема, О. Ліппманом було запропоновано класифікувати професії за трьома рівнями: «вищого», «середнього» та «нижчого» типу. При цьому критеріями відповідності для кожної групи є: для «вищих» - узгодженість між особливостями особистісної спрямованості та характеристиками професії; для «середніх» - відповідність типу професійного мислення; для «нижчих» - наявність базових психофізіологічних якостей, зокрема розвиток психомоторних функцій.

Дж. Голланд, своєю чергою, створив одну з найвідоміших типологій особистості в контексті професійної орієнтації. Згідно з його теорією, особа надає перевагу тій професії, яка найбільше відповідає її індивідуальному психологічному типу. Він виділяє шість базових типів особистості: реалістичний, дослідницький, артистичний, соціальний, підприємницький і

конвенційний. Кожна професійна сфера, на його думку, має власний психологічний «профіль», і людина схильна обирати ту сферу діяльності, яка максимально відповідає її типу. При цьому, як зазначає автор, відбувається не лише адаптація індивіда до професійного середовища, а й своєрідне «взаємне тяжіння» - професійне середовище також «відбирає» осіб відповідного типу. Таким чином, Голланд пропонує концепцію, що об'єднує теорію особистості та професійного розвитку через призму взаємодії індивіда та професійного середовища.

Тема професійного середовища також розглядається в контексті теорії компенсації А. Адлера [50]. На відміну від Голланда, Адлер вважав, що індивіди схильні обирати ті професії, які дозволяють їм компенсувати наявні особистісні чи фізичні обмеження. Таким чином, професійне самовизначення постає не як реалізація наявних якостей, а як засіб подолання вроджених або набутих вад. Хоча ця теорія не набула широкого прикладного застосування в практиці профорієнтації, деякі емпіричні дослідження свідчать на користь її часткової валідності – зокрема, щодо мотивів вибору професій, пов'язаних із подоланням внутрішніх комплексів або недоліків.

Загалом концепція відповідності особистості професійній діяльності стала теоретичною основою для подальших досліджень і прикладних розробок у сфері професійного самовизначення. Вона лягла в основу теорій профорієнтації, професійного добору, професійного навчання та адаптації.

Особливий науковий інтерес становлять роботи, що досліджують значення міжособистісних взаємодій у формуванні професійного самовизначення. Зокрема, значну роль у цьому процесі відводять родинному вихованню, зокрема батьківсько-дитячим стосункам (У. Мозер, Д. Баумрінд, Е. Рау). Автори підкреслюють, що стиль взаємодії в сім'ї, ставлення батьків до праці та до вибору дитиною майбутньої професії формують первинні уявлення молодшої особистості про професійну діяльність, її соціальну значущість та індивідуальну доцільність.

У контексті вивчення професійного становлення особистості значний науковий інтерес становлять напрацювання вітчизняних психологів, які відзначаються як глибиною аналізу, так і концептуальним різноманіттям. Ґрунтовний аналіз літературних джерел [34] дав змогу виділити основні

напрями, що відображають специфіку основних підходів, які вони обстоюють та умовно згрупувати їх за п'ятьма ключовими напрямками:

1. Загальні принципи професійного вибору. У цьому напрямі розглядаються базові умови, що повинні забезпечити ефективність процесу професійного самовизначення. Автори підкреслюють важливість того, щоб вибір професії був вільним від соціальних обмежень, усвідомленим, а також здійснювався самостійно. Саме така модель, на їхню думку, сприяє підвищенню задоволеності працею та її продуктивності. Однак, як зауважують дослідники, ці положення часто залишаються на рівні загальних декларацій і недостатньо адаптовані до практичного застосування.

2. Вікові аспекти професійного становлення. Дослідження в межах цього підходу акцентують увагу на тому, як закономірності вікового розвитку особистості впливають на процес професійного самовизначення. Формування професійної ідентичності розглядається як важливий компонент загального розвитку в юнацькому віці.

3. Роль здібностей та інтересів. Третій напрям зосереджений на значенні індивідуально-психологічних особливостей у професійному становленні. Зокрема, представники даного напрямку аналізують, яким чином здібності та інтереси особистості впливають на процес професійного вибору та подальшої реалізації в обраній сфері.

4. Формування особистості як суб'єкта професійної діяльності. В межах цього напрямку розкривається ідея про те, що професійне становлення є невід'ємною частиною загального процесу особистісного розвитку. У цьому контексті ключову роль відіграє усвідомлення себе як суб'єкта діяльності, здатного до саморегуляції, планування та цілепокладання.

5. Життєве самовизначення та професійна ідентичність. Науковці наголошують на тому, що професійне самовизначення є складовою ширшого процесу життєвого шляху особистості, що включає мотивацію, оцінку власних можливостей, і планування кар'єри.

Незважаючи на велику кількість цінних теоретичних розробок, слід зазначити, що багато з них ще не трансформовані у практичні інструменти для підтримки професійного розвитку. Як наслідок, процес професійного самовизначення у значної частини молоді реалізується пізно, часто без належної

підтримки, що ускладнює адаптацію до трудової діяльності.

У працях багатьох авторів акцентується важливість розвитку особистості в контексті навчально-професійної діяльності [22; 26; 31-33 та ін.]. Професійне становлення, на їхню думку, включає не лише формування уявлень про професію та її зміст, а й розвиток власних здібностей, самосвідомості, ставлення до себе як до активного суб'єкта професійної діяльності.

Процес професійного становлення розглядається як динамічний, поетапний і багаторівневий. Він включає формування професійних намірів, проходження етапу професійного навчання, соціально-професійної адаптації, а також досягнення професійної самореалізації. У дослідженнях аналізуються як окремі етапи, так і критерії успішності їх проходження, пропонуються діагностичні методики оцінки професійної готовності.

Згідно з сучасними психологічними підходами, готовність до професійної діяльності визначається як «...інтегральна характеристика особистості, що відображає ступінь її відповідності вимогам обраної професії» [17, с. 59]. Для з'ясування цієї відповідності необхідне професіографічне вивчення самої діяльності.

Питання внутрішньої позиції особистості в системі професійного становлення ґрунтується на теорії відносин. У цьому контексті система ставлень особистості до світу, до себе, до інших людей розглядається як провідний механізм її поведінки. Стратегічні та ситуативні дії людини формуються внаслідок інтерпретації зовнішніх впливів через призму її внутрішньої позиції.

Сформована система ціннісних орієнтацій є мотиваційною основою поведінки, що визначає її спрямованість у значущих ситуаціях соціальної взаємодії. Отже, саме ціннісно-сміслова регуляція діяльності виступає вищим рівнем організації особистості у процесі її професійного розвитку.

Відтак, професійна позиція особистості, що ґрунтується на системі її ціннісних орієнтацій, виступає основним регулятором суб'єктивного ставлення до соціально значущих об'єктів, пов'язаних із професійною діяльністю. Ця система, що має диспозиційний характер, відображає стійкі тенденції індивідуальної схильності до певних видів діяльності та рівень психологічної готовності до їх реалізації [16; 39].

Таким чином, процес професійного становлення особистості, що включає

генералізованим емоційно-мотиваційним станом особистості, який включає очікування, передбачення результатів діяльності, рівень впевненості та емоційні реакції на професійні події [48].

Кожен із зазначених компонентів проявляється на різних етапах професійного становлення і формує своєрідну динаміку просування особистості в професійній сфері. Професійна готовність, як системна характеристика, не лише сприяє ефективній діяльності, але й визначає вектор подальшого особистісного і професійного розвитку.

2.2. Творчий компонент професійної діяльності працівника медичної сфери

Творчий компонент професійної діяльності є однією з ключових характеристик, що визначає ефективність і адаптивність особистості в умовах постійно змінюваної соціальної реальності. У зв'язку з цим мета сучасної освіти полягає у формуванні творчої особистості – індивіда, здатного до самореалізації, відкритого до нового досвіду, схильного до глибокого самопізнання та духовного зростання не лише в межах професійної сфери, а й у цілісному особистісному розвитку [14; 23; 25 та ін.].

З позицій сучасної психології, розвиток творчого потенціалу особистості ґрунтується на загальних здібностях, що виступають фундаментом для становлення спеціальних здібностей та професійної обдарованості. Відтак, рівень сформованості творчого ядра особистості, зокрема її спрямованості на інших людей та здатності до креативної діяльності, є визначальним фактором готовності до професійної реалізації.

Професійна творчість передбачає не лише прагнення до новизни, але й здатність до перетворення, виходу за межі стандартного, шаблонного мислення. Це особливо актуально в медицині, де діяльність лікаря не може бути зведена до рутинних дій: вона є процесом соціального творення, що включає активацію внутрішнього потенціалу як самого лікаря, так і пацієнта.

Структура творчої діяльності лікаря включає низку взаємопов'язаних компонентів: діагностичний, проєктувальний, конструктивний, організаційний та комунікативний. Вони функціонують у системі, реалізуючи творчу сутність професійної діяльності. Центальною умовою розвитку творчого потенціалу є сформоване професійне самоусвідомлення [5].

Готовність до творчої професійної діяльності лікаря – не просто етап, а стійка особистісна характеристика, яка формується безпосередньо в діяльності й стає її невід’ємною частиною. Вона передбачає здатність до усвідомленого і відповідального виконання професійних обов’язків, базуючись на високому рівні особистісної зрілості.

У структурі цієї готовності виділяються чотири основні рівні:

1. «Соціальний рівень – включає усвідомлення себе як активного суб’єкта професійної діяльності, розуміння соціального значення праці, а також здатність до морального самовизначення у професійній сфері.

2. Психологічний рівень – передбачає розвиток емоційної чутливості, рефлексії, потреби в самореалізації та самовдосконаленні.

3. Теоретико-методологічний рівень – охоплює наявність цілісного уявлення про структуру та динаміку розвитку людини, готовність до науково обґрунтованого підходу в лікувальній практиці, спроможність орієнтуватися в сучасних наукових парадигмах і технологіях.

4. Практично-діяльнісний рівень – характеризується наявністю сформованих професійних навичок, умінням формулювати цілі, проєктувати ефективні стратегії лікування, діагностувати, прогнозувати та здійснювати вибір адекватних методів впливу. Суттєвим також є прагнення до безперервної професійної освіти» [18, с. 25].

Готовність до професійної діяльності в широкому сенсі охоплює інтелектуальні, емоційні, вольові та практичні аспекти підготовки до реалізації професійної ролі. Творчість же в професійній сфері є вищим проявом цієї готовності, що поєднує прагнення та здатність до реалізації особистого потенціалу в інтересах пацієнта і суспільства загалом.

У дослідженні окреслено низку критеріїв, що свідчать про готовність лікаря до професійної творчості, серед яких: професійна спрямованість у процесі вирішення складних завдань; рефлексія як зв’язок між професійною свідомістю і самосвідомістю; потреба у самонавчанні та самовихованні; здатність до імпровізації як прояв зрілих професійних навичок; володіння культурою професійного спілкування; прагнення до інновацій [19].

У межах аналізу наукової літератури не виявлено суттєвих розбіжностей між поняттями «професійна майстерність» і «творчість» [37]. Обидва терміни

використовуються для позначення високого рівня професійної готовності, однак відрізняються за цілепокладальним змістом: майстерність орієнтована на ефективне досягнення заданих цілей, тоді як творчість – на їх самостійну постановку.

Таким чином, професійна майстерність виступає фундаментом, на якому вибудовується професійна творчість як вища форма професійного розвитку фахівця. Саме вона забезпечує інноваційний підхід, ефективність діяльності та її глибоку гуманістичну наповненість, особливо у сфері охорони здоров'я.

Творчість як особистісна характеристика розглядається сучасною наукою як один з провідних чинників життестійкості та результативності діяльності індивіда в умовах динамічного соціального середовища [25; 36; 46 та ін.]. У зв'язку з цим, завдання освітніх і виховних систем зосереджені на формуванні творчої особистості – людини, здатної до новаторського мислення, повної самореалізації у професійній діяльності та міжособистісному спілкуванні, глибокого самопізнання, а також гармонійного розвитку духовного потенціалу.

Згідно з позиціями сучасної психології, креативність є похідною від загальних здібностей, які слугують підґрунтям для розвитку спеціальних умінь і професійної обдарованості. Відтак, рівень готовності до професійної діяльності прямо залежить від ступеня сформованості творчого ядра особистості, що характеризується гуманістичною орієнтацією та здатністю до новаторських рішень [55; 58].

Професійна творчість за своїм сутнісним змістом є потребою у створенні нового, у зміні усталеного, у виведенні діяльності за межі стандартних алгоритмів. Цей феномен активно вивчається як в психології, так і в суміжних науках.

У сфері медицини творчий підхід є не просто бажаною, а необхідною умовою ефективної діяльності. Робота лікаря неможлива в межах чітко визначених, повторюваних схем – вона завжди вимагає індивідуального підходу, розкриття внутрішнього потенціалу, пошуку унікальних рішень, адаптованих до конкретного пацієнта та його життєвих обставин.

Творчість у професійній діяльності лікаря формується за рахунок взаємодії діагностичних, проєктувальних, організаторських, конструктивних і комунікативних компонентів, що об'єднуються в єдину систему. Справжнє

творче виконання професійних функцій передбачає наявність розвиненого професійного самосвідомлення – усвідомлення себе як суб'єкта унікального процесу творення.

У контексті професійної творчості готовність лікаря – стійка інтегративна характеристика, яка формується в процесі практики і проявляється через здатність свідомо, ефективно й інноваційно виконувати професійні функції. Ця готовність реалізується на кількох рівнях:

- соціальний рівень передбачає усвідомлення себе як активного учасника соціального процесу, здатного впливати на розвиток особистості пацієнта, а також усвідомлення соціальної цінності та відповідальності професійної діяльності;
- психологічний рівень виявляється в умінні співпереживати, ідентифікувати себе з іншими, у потребі самореалізації, внутрішній мотивації до вдосконалення та зростання;
- теоретико-методологічний рівень охоплює здатність до осмислення складності людського розвитку, до трансляції гуманістичних і наукових цінностей, а також готовність впроваджувати сучасні технології лікування;
- практично-діяльнісний рівень передбачає сформовану концептуальну позицію в професії, уміння визначати та розв'язувати суперечності, планувати лікувальний процес, прогнозувати розвиток індивіда, володіти необхідними професійними методами й інструментами, а також потребу в безперервному саморозвитку [48].

Отож, готовність до професійної діяльності охоплює всі аспекти підготовки особистості до реалізації себе в обраній професії – теоретичний, практичний, інтелектуальний, емоційний і вольовий. А готовність до творчої діяльності виступає вищим її проявом, коли поєднуються потреба в самореалізації, здатність до інноваційного мислення і бажання досягти якісно нових результатів у лікувальній практиці.

Критерії готовності лікаря до творчої діяльності включають: професійну спрямованість у вирішенні складних клінічних завдань; рефлексивність як інструмент взаємозв'язку між професійною свідомістю та самосвідомістю; потребу в самостійній професійній освіті та самоудосконаленні; здатність до імпровізації, що базується на високому рівні професійних навичок; наявність

професійної комунікативної культури; інноваційність як мотиваційна потреба і реальна компетентність.

Отже, професійне творче мислення лікаря формується на перетині професійної майстерності та самосвідомості, а висока готовність до творчості є ознакою зрілості фахівця, що забезпечує не лише ефективність, а й гуманістичну цінність медичної діяльності.

У нашому дослідженні ми виходимо з положення, згідно з яким творчість є внутрішньо притаманною властивістю людської природи та виявляється у всіх видах діяльності особистості, включаючи професійну. Згідно з його засадничими ідеями, до структурних компонентів професійної творчості лікаря належать: досвід творчої діяльності як базовий елемент професійної активності, емоційно-чуттєве переживання цієї діяльності та досвід як невід’ємна складова професійної готовності фахівця.

Під досвідом творчої діяльності лікаря слід розуміти взаємопов’язаний процес здобуття нових знань через практичну діяльність та формування нових умінь на основі здобутої інформації. Формування індивідуального досвіду творчої діяльності (ІДТД) відбувається поетапно, охоплюючи репродуктивний, нормативний та власне творчий рівні професійної активності [55].

Репродуктивний етап передбачає засвоєння загальнолюдського досвіду через передачу знань і вмінь від досвідчених фахівців до молодих фахівців. На цьому рівні відбувається засвоєння основ творчого мислення, знайомство з методологією творчості, її принципами та технологіями. В межах цього етапу лікар виступає переважно як об’єкт навчання, опановуючи базові алгоритмічні моделі вирішення стандартних клінічних завдань без істотної адаптації до змінних умов.

Нормативний етап характеризується зростанням самостійності та мотивації лікаря до професійної діяльності. У цей період (зазвичай охоплює перші п’ять років практики) фахівець опановує творчі підходи до вирішення проблем, освоює методи критичного аналізу, розробки альтернативних рішень. Лікар стає не лише об’єктом, а й суб’єктом професійного пошуку. Методика навчання включає проблемне навчання, рольові та ділові ігри, які стимулюють самостійне мислення і рефлексію. Досвідчені наставники надають консультативну підтримку, спрямовують процес осмислення здобутих знань і

заохочують до їх критичного переосмислення та збагачення.

На цьому етапі лікар уже частково володіє творчими навичками, здатен імпровізувати, аналізувати складні клінічні випадки, формувати попередні гіпотези, що є ознаками переходу до власне творчої діяльності.

Етап власне творчої діяльності, який, як правило, починається після п'яти років стажу, засвідчує зрілість професійної особистості. Лікар виявляє високу ступінь самостійності, діє як повноцінний суб'єкт професійної діяльності, інтегруючи в роботі чуттєво-емоційний, вольовий і когнітивний компоненти. Цей рівень характеризується здатністю до продукування індивідуальних рішень, формування власного стилю роботи, адаптації методів до унікальних обставин кожного клінічного випадку.

У цьому контексті індивідуальний досвід творчої діяльності лікаря включає як засвоєний (інтеріоризований) загальнолюдський досвід, так і результати особистої професійної активності. Зміна ролі наставника в процесі професійного зростання є важливою складовою: від навчального супроводу на початковому етапі – до консультативної взаємодії на фінальних стадіях. У результаті фахівець і наставник можуть стати рівноправними партнерами в обговоренні клінічних рішень, що стимулює обопільний професійний розвиток.

Ключовим елементом у процесі формування ІДТД є стажерська практика, яка виступає прогностичною моделлю майбутньої професійної діяльності. Вона забезпечує перевірку рівня сформованості здобутих знань, умінь і навичок, дозволяє оцінити їхню ефективність у реальних умовах і сприяє становленню творчої професійної особистості.

Отже, формування творчої індивідуальності лікаря повинно реалізовуватись у межах системної програми підвищення кваліфікації, яка включає гармонійне поєднання теоретичної підготовки, практичної діяльності та стажерської практики. Такий підхід сприяє не лише зростанню професійної компетентності, а й розвитку здатності до творчого самовираження та адаптації до складних клінічних ситуацій.

Висновок до розділу 2

Професійне становлення особистості розглядається як складний, багатовимірний процес, що інтегрує соціальні, психологічні, культурні та

особистісні чинники. Теоретичні та емпіричні підходи до вивчення цієї проблематики демонструють різноманіття концепцій, серед яких провідне місце займають моделі відповідності індивідуальних якостей вимогам професії, етапність розвитку професійної ідентичності, типологічні підходи та аксіологічна складова самовизначення. Професійне становлення охоплює розвиток особистості як суб'єкта праці, передбачає формування професійної готовності та ціннісної орієнтації, а також залежить від міжособистісних впливів, життєвих цілей і соціального контексту. Незважаючи на значну теоретичну базу, актуальним залишається завдання трансформації цих підходів у дієві практичні інструменти підтримки професійного розвитку.

Поведений аналіз наявних літературних джерел, який стосується дослідження проблематики особистісного й професійного становлення та розвитку працівників медичної сфери засвідчив, що творчість є невід'ємним компонентом професійної діяльності лікаря, що визначає її гуманістичну спрямованість, ефективність та інноваційність. Вона ґрунтується на інтеграції загальних і спеціальних здібностей, високому рівні професійного самосвідомлення та готовності до самореалізації. У структурі творчої діяльності медичного працівника виокремлюють кілька взаємопов'язаних рівнів готовності – соціальний, психологічний, теоретико-методологічний і практично-діяльнісний. Становлення індивідуального досвіду творчої діяльності відбувається поступово – від репродуктивного до власне творчого рівня – і забезпечується через систему неперервної освіти, наставництва та практичного досвіду. Таким чином, професійна творчість лікаря є не лише функцією компетентності, а й виявом особистісної зрілості та здатності до новаторського мислення в умовах динамічного медичного середовища.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБИСТІСНИХ ЯКОСТЕЙ ЛІКАРІВ У КОНТЕКСТІ ЇХ ПРОФЕСІЙНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

3.1. Організація та зміст дослідження

Одним з важливих понять, що потребує деякої уваги при дослідженні визначеної нами проблематики є питання життєдіяльності, яке охоплює як зовнішні, так і внутрішні фактори існування та розвитку особистості. Через орієнтацію на життєдіяльність, особливо на її ключові елементи – спрямованість на бажане майбутнє, ступінь зрілості особистості, самовизначення, навчання способам вирішення життєвих ситуацій, забезпечується розвиток особистості. Таким чином, етапи життєдіяльності є етапами становлення особистості.

Не лише розвиток психологічної теорії вимагає звернення до понять «особистість» і «життєдіяльність», а й низка практичних фактів свідчить про важливість вивчення «особистісного фактора». Зокрема, його значення особливо зростає в процесі вдосконалення професійної майстерності, коли фахівець після завершення навчання переходить до самостійної роботи. Як він ставиться до своєї професійної діяльності – чи вважає її важкою і виснажливою, чи сприймає як можливість перевірити свої сили, а також як оцінює себе – чи вважає себе людиною, яка ще багато чого має дізнатися і освоїти, чи вже сформованим професіоналом – все це визначатиме результат його професійного розвитку та динаміку зростання.

Ці та інші факти підтверджують, що особистість фахівця є важливим, а на етапі самостійної роботи – найважливішим джерелом внутрішнього спонукання до вдосконалення своєї професійної майстерності.

При дослідженні професійно значущих якостей особистості лікаря ми виходили з того, що специфіка роботи такого фахівця ставить перед ним певні вимоги, що змушують його розвивати визначені характеристики, які максимально відповідають поставленим цілям та завданням.

Відповідно до мети нашого дослідження, аналіз було зосереджено на вивченні рівня вираженості особистісних якостей і характеристик лікарів, які, маючи соціальну природу, на нашу думку, найбільш адекватно відображають психологічні особливості їхньої професійної діяльності.

У межах обраного методологічного підходу було також проаналізовано низку типологічних властивостей особистості лікарів. Ми не ставили за мету

охопити весь спектр таких властивостей, зосередившись лише на тих, що визначають індивідуальні риси професійного функціонування та мають значущий вплив на психологічний портрет лікаря як суб'єкта професійної діяльності.

Дослідження проходило на базі Тернопільноської обласної клінічної психоневрологічної лікарні. В ньому взяли участь 20 лікарів зі стажем роботи від 5 до 25 років і більше. При зборі психодіагностичного матеріалу використовувалися наступні методики: опитувальник самоствердження особистості та 16-факторний особистісний опитувальник Р.Б. Кеттела [45].

Вибір першої був продиктований думкою про те, що перелік змістовних характеристик щодо уявлень лікарів про себе (самоповага, аутосимпатія, очікуване ставлення з боку інших, самоцікавість, самовпевненість, самоприйняття, самопослідовність, самозвинувачення), формують як емоційні, так і поведінкові аспекти їхньої особистості. Відтак, на основі отриманих даних була зроблена спроба визначити структурні рівні самоствердження за ступенем їх узагальненості, а саме:

1. Інтегральне самоприйняття – показник загального емоційного ставлення до власного "Я";
2. Диференційовані уявлення про себе – включають рівень самоповаги, самоприйняття, очікувану оцінку з боку інших;
3. Пов'язані з поведінкою установки – характеризують ступінь готовності до дій, спрямованих на зміну або підтримку власного образу "Я".

Використовуючи 16-факторний особистісний опитувальник Р.Б. Кеттела ми розглянули лише 10 факторів, що, на нашу думку, мають безпосередній вплив на формування Я концепції лікаря. Решта шість факторів (інтелектуальні здібності, рівень тривожності, м'якість/жорсткість характеру, практичність/мрійливість, наївність/обережність, радикалізм/консерватизм) не були включені до аналізу через їхню відносно низьку інформативність щодо специфіки медичної діяльності.

3.2. Аналіз та інтерпретація отриманих емпіричних даних

Отож, проаналізуємо дані, отримані за допомогою опитувальника самоствердження.

Сукупний показник інтегрального "Я", що відображає загальне ставлення

до себе, свідчить про відносно нейтральну оцінку власної особистості лікарями (у середньому 12 балів із 30 можливих). Це означає, що, загалом, ставлення до себе є стримано позитивним, без надмірної критичності або ідеалізації.

Порівняльний аналіз отриманих даних в залежності від професійного стажу дає змогу зафіксувати наступну закономірність: молоді фахівці, з досвідом до 10 років, демонструють переважно низький рівень позитивного ставлення до власного «Я». Цікаво, що лікарі зі стажем 5–10 років мають навіть нижчі показники, ніж ті, чий стаж становить менше 5 років. Зокрема, середні значення інтегрального «Я» становили 10,7 та 11,0 балів відповідно. Це може вказувати на те, що випускники медичних університетів часто виявляються не повністю готовими до реалій практичної медицини, у тому числі до психологічних викликів професії. Невпевненість у власній компетентності може проєктуватися на загальну самооцінку, зумовлюючи її зниження.

Особливу увагу заслуговує і той факт, що найглибше зниження позитивного ставлення до себе фіксується саме у фахівців з досвідом роботи від 5 до 10 років. У цей період часто спостерігається зростання професійного вигорання та відтік кадрів з клінічної медицини до інших сфер – адміністративної, санітарно-гігієнічної тощо.

Водночас важливо враховувати ще один вагомий чинник – особливості процесу самовизначення лікаря. Часто особистісні прагнення до професійного зростання та реалізації вступають у конфлікт із потребою у фінансовій стабільності, що створює додаткову психологічну напругу. У тих же фахівців, які залишаються у професії, незважаючи на труднощі, поступово формується більш стабільне та позитивне ставлення до себе як до фахівця. Так, починаючи з 10-річного стажу, показники інтегрального «Я» мають тенденцію до зростання. Найвищі вони у групі лікарів зі стажем 20–25 років.

Підсумовуючи результати дослідження інтегрального самосприйняття лікарів, можна стверджувати, що загалом фахівці схильні до позитивної оцінки себе, хоча її рівень залишається помірним. Це свідчить про наявність потенціалу до особистісного і професійного зростання, однак також вказує на необхідність підтримки лікарів у ранні етапи їх професійної кар'єри.

Самоповага як елемент самосприйняття лікаря. Самоповага відображає внутрішню узгодженість особистості, рівень самоусвідомлення, впевненості у власних силах, а також здатність до контролю за власним життям і оцінку

особистих можливостей. Це комплексне емоційно-змістове утворення, що включає віру в себе, свої здібності та енергію, прагнення до автономії й самостійного прийняття рішень.

У середньому рівень самоповаги серед лікарів є досить позитивним – 7,3 бала з 15 можливих. Хоча між сільськими та міськими лікарями статистично значущих розбіжностей не зафіксовано, показник дещо вищий у міських фахівців (7,5 бала проти 7,0 у сільських).

Водночас значущі відмінності виявлені залежно від професійного стажу. Найвищий рівень самоповаги спостерігається у лікарів зі стажем до 5 років (7,6 бала), тоді як у групі зі стажем 5–10 років цей показник суттєво знижується. Ймовірно, на початковому етапі трудової діяльності молоді фахівці мають високу мотивацію, впевненість у власному потенціалі та ідеалізовані уявлення про себе. Однак зіткнення з реальними професійними викликами та психологічним навантаженням поступово формує більш критичне ставлення до себе, що знижує рівень самоповаги.

Подальше накопичення досвіду сприяє стабілізації та зростанню самоповаги, яка досягає пікових значень у групах зі стажем 15–20 та 20–25 років. Це свідчить про зростання впевненості у своїй компетентності, професійну зрілість та досягнення внутрішньої стабільності. Водночас у лікарів зі стажем понад 25 років спостерігається незначне зниження самоповаги, що, ймовірно, зумовлено втому, зниженням енергії та зменшенням впевненості у майбутніх успіхах. Незважаючи на це, рівень залишається позитивним (7,5 бала).

Аутосимпатія: емоційна налаштованість до себе. Аутосимпатія – показник дружнього або ворожого ставлення до власного «Я», що відображає емоційно-оцінковий компонентсамоприйняття. У середньому цей показник становить 8 балів із 16, що свідчить про загальну емоційну прихильність лікарів до самих себе.

Аналіз залежності показників аутосимпатії від стажу роботи виявив певні закономірності. Найнижчий рівень спостерігається у фахівців із досвідом до 5 років (7,2 бала), а його зростання до 8,1 бала фіксується вже в групі зі стажем 5–10 років. Це, ймовірно, пов'язано з формуванням емоційної зрілості, здатності до конструктивної самокритики та зміцненням професійної ідентичності.

Найвищі показники аутосимпатії спостерігаються у лікарів зі стажем 20–25 років. Це можна пов'язати з відчуттям самодостатності, професійного

завершення та емоційної задоволеності результатами власної діяльності. Проте у групі зі стажем понад 25 років знову спостерігається тенденція до незначного зниження (7,7 бала). Причиною цього, ймовірно, є переосмислення пройденого професійного шляху, зміна соціальних очікувань та зменшення особистої включеності у професійний розвиток.

Очікуване ставлення з боку інших: соціальний компонент самосприйняття. Цей показник є важливою складовою структури самосвідомості особистості, що істотно впливає на професійну і соціальну поведінку. Найвищий його рівень зафіксовано у лікарів із професійним стажем до п'яти років (9,8 бала з 13 можливих), що підтверджує їхню відкритість до соціальної взаємодії, бажання бути прийнятими та включеними до професійного середовища.

На початковому етапі професійної діяльності молоді лікарі зазвичай відчують підтримку з боку колег, легше адаптуються до нових соціальних ролей і активно прагнуть до формування професійної ідентичності. Успішне входження в професію позитивно впливає на їхню "Я-концепцію" та сприяє формуванню впевненості в собі.

Водночас у фахівців зі стажем від 5 до 10 років спостерігається зниження рівня очікування позитивного ставлення з боку інших (8,5 бала), що є значними як у порівнянні з початківцями, так і з групою лікарів зі стажем 10–15 років. В останніх, навпаки, спостерігається підвищення цього показника.

Зниження очікувань у період 5–10 років можна пояснити низкою чинників. По-перше, незважаючи на спад, рівень залишається позитивним. По-друге, відбувається зміна фокусу з зовнішнього визнання на внутрішній рефлексивний аналіз власної діяльності. По-третє, лікарі не зазнають соціальної відчуженості, а, навпаки, частіше отримують схвальні оцінки з боку колег. Водночас інтерпретація цих оцінок набуває більшого особистісного змісту – оцінюється не лише дія, а й її значення для професійного становлення. Таким чином, формується глибший, більш структурований рівень самосприйняття.

Лікарі з досвідом 10–15 років демонструють суттєве зростання очікувань позитивного ставлення з боку інших. Це може свідчити про формування стійкого уявлення про «унікальність» власного «Я», що супроводжується прагненням до соціального визнання. У подальшому цей показник стабілізується, хоча істотних змін залежно від стажу вже не фіксується.

Самоцікавість як індикатор професійного саморозвитку та рефлексії. Ще

одним значущим показником у структурі самосвідомості лікаря виступає рівень самоцікавості, який у середньому становить 6,5 бала з 8 можливих. Цей показник відображає ступінь усвідомленої зацікавленості особистості у власному розвитку та самопізнанні, є важливою умовою ефективного функціонування професійного «Я».

Професійне самосприйняття набуває повноти тоді, коли лікар не лише усвідомлює себе як суб'єкта діяльності, а й спроможний об'єктивно оцінити наявність чи відсутність необхідних якостей, умінь та знань. У цьому контексті самоцікавість є інтегрованою складовою «Я концепції», що забезпечує внутрішню мотивацію до вдосконалення та самореалізації.

Високі показники цього показника свідчать про впевненість у власній значущості – як для себе, так і для інших. Ця впевненість, своєю чергою, стимулює лікаря до активної діяльності, сприяє вирішенню завдань професійного та особистісного зростання, а також підвищує рівень самореалізації.

Найнижчі рівні самоцікавості зафіксовано серед лікарів зі стажем до 5 років (5,2 бала). Цей показник відрізняється від результатів групи з досвідом 5–10 років (6,2 бала). Зниження самоцікавості на початковому етапі професійного становлення можна трактувати як прояв невизначеності у сприйнятті власного образу, емоційної нестабільності та суперечливості «Я концепції». Молоді спеціалісти часто демонструють розрив між реальним і ідеальним «Я», що може породжувати внутрішню напругу, але водночас стимулює прагнення до вдосконалення та професійного саморозвитку.

Зі зростанням професійного досвіду відзначається поступове підвищення рівня самоцікавості, хоча статистично значущих відмінностей між окремими групами за стажем роботи виявлено не було. Найвищий рівень зафіксовано у фахівців зі стажем від 20 до 25 років, що також корелює з даними щодо інтегрального позитивного ставлення до власного «Я».

Самовпевненість як елемент професійної стабільності. Результати дослідження свідчать про загальний позитивний рівень самовпевненості у лікарів, що проявляється в готовності до дій у складних або стресових ситуаціях без втрати внутрішньої стійкості.

Найвищий рівень самовпевненості демонструють фахівці з досвідом роботи від 10 до 20 років. Помітна різниця спостерігається між лікарями зі

стажем 5–10 років та 10–15 років. Цей період, імовірно, є фазою професійного та особистісного стабілізаційного зростання. Водночас у лікарів зі стажем понад 25 років рівень самовпевненості суттєво знижується (3,5 бала), що, найімовірніше, обумовлено віковими та соціальними факторами: зниженням емоційної стійкості, труднощами адаптації до змін у системі охорони здоров'я, а також зменшенням суб'єктивного відчуття контролю над професійною діяльністю.

Самоприйняття як індикатор внутрішньої інтеграції. Даний показник самоприйняття – важлива складова у структурі Я концепції лікаря, що характеризує міру прийняття індивідом власних якостей, особистісних рис та професійної ідентичності. У середньому, рівень самоприйняття в обстежених лікарів є досить високим (5,3 бала з 7 можливих), що свідчить про тенденцію до збереження позитивного самоставлення та потреби в самореалізації.

Аналізовані показники помітно змінюються відповідно до професійного стажу. Найвищі значення зафіксовані у групі зі стажем 10–15 років (6,2 бала), що відрізняються від групи з досвідом 5–10 років (5,3 бала). У подальшому показники демонструють відносну стабілізацію, однак після 25 років професійної діяльності відзначається зниження рівня самоприйняття до 4,9 бала.

Причини такого зниження в групах із найменшим і найбільшим стажем мають різну природу. У молодих лікарів воно, ймовірно, пов'язане з дисонансом між уявленням про ідеальне «Я» і реальним рівнем професійної компетентності. У фахівців із великим стажем зниження самоприйняття може бути обумовлено віковими змінами, зокрема поступовими інволюційними процесами в психоемоційній сфері, що проєктуються на власний образ «Я».

Самопослідовність як ознака внутрішньої узгодженості. Поняття самопослідовності (або самокерівництва) у структурі Я концепції лікаря можна інтерпретувати, спираючись на підхід Р. Бернса, який розглядає Я концепцію як механізм забезпечення внутрішньої цілісності особистості. Самопослідовність вказує на рівень відповідності між поведінкою особистості та її внутрішніми переконаннями, а також на здатність індивіда діяти відповідно до власних установок та цінностей, не втрачаючи при цьому самоідентичності в умовах професійних викликів.

Згідно з отриманими даними, середній рівень самопослідовності та самокерівництва лікарів становить 3,6 бала з 7 можливих, що свідчить про достатню внутрішню організованість та відсутність проявів дезінтеграції,

психологічного дискомфорту чи когнітивного дисонансу. Такий рівень дозволяє підтримувати особистісну цілісність і послідовність у поведінці.

Найнижчий рівень самопослідовності зафіксований у лікарів зі стажем роботи від 5 до 10 років (3,3 бала), що статистично значуще нижче, ніж у групи зі стажем до 5 років та від 10 до 15 років. Це може бути зумовлено періодом активного переосмислення професійного шляху та побудови публічного образу, що часто супроводжується внутрішньою напругою і тимчасовою втратою стабільності у самосприйнятті.

Самозвинувачення як елемент самокритичності. У контексті формування Яконцепції самозвинувачення може розглядатися як вияв внутрішньої суперечності. Високий рівень критичного ставлення до себе може відігравати конструктивну роль у розвитку особистості, стимулюючи самовдосконалення та зростання рівня професійних домагань.

Цікаво, що рівень самозвинувачення у лікарів зі стажем 10–15 років знижується (5,6 бала), а потім знову зростає у групі 15–20 років (6,7 бала), що, ймовірно, відображає зміну динаміки професійного самосприйняття. У подальшому цей показник знижується (5,3 бала в групі 20–25 років) і знову зростає у лікарів зі стажем понад 25 років (5,5 бала). Такі коливання можна інтерпретувати як відображення різних фаз особистісного розвитку та професійного становлення.

Цей узагальнений аналіз окреслює особливості формування Я концепції у лікарів з різним професійним стажем та умовами праці, і може слугувати основою для подальших психодіагностичних досліджень або створення програм підтримки професійного розвитку медичних працівників.

Хоча результати, отримані шляхом аналізу особливостей самоставлення лікарів, надають цінну інформацію щодо внутрішнього образу «Я» медичних працівників, вони не завжди дають змогу повноцінно охарактеризувати особистісний профіль лікаря в контексті його професійної діяльності. Для отримання більш цілісної уяви про індивідуально-психологічні характеристики медичних фахівців нами був використаний ще й 16-факторний особистісний опитувальник Р.Б. Кеттела.

Проаналізуємо отримані результати.

Комунікабельність (фактор А). Цей фактор варіюється між афектомією (емоційною теплою, доброзичливістю) та

сензитивною шизоїмією (емоційною відстороненістю, стриманістю у спілкуванні). Середній бал лікарів за цим фактором становить 5,37, що можна розглядати як оптимальний рівень для ефективного професійного функціонування. Це дає змогу підтримувати баланс між емоційною чутливістю до пацієнтів і здатністю до саморегуляції, що є критично важливим у медичній практиці. Отримані дані вказують, що лікарі зазвичай демонструють чуйність, емпатію, готовність до співпраці, водночас залишаючись вимогливими та стриманими у проявах емоцій.

У динаміці професійного стажу також простежуються певні закономірності. Так, у лікарів зі стажем до 5 років комунікабельність є дещо вищою (5,54 бала) порівняно з колегами зі стажем від 5 до 10 років (5,7 бала), що вказує на зростання емоційної відкритості на початку професійної діяльності. У подальшому спостерігається тенденція до зниження рівня афектомії (до 5,3 бала у групі 10–15 років), що може бути наслідком професійної адаптації та нарощування емоційної витривалості.

У лікарів зі стажем 15–25 років рівень комунікабельності стабілізується (5,1 бала), утримуючись у межах середніх значень. Це забезпечує емоційну рівновагу в роботі. Натомість у лікарів із досвідом понад 25 років спостерігається помітне зниження показників (до 4,8 бала), що може свідчити про втому від постійної взаємодії з пацієнтами, зниження толерантності до афективних ситуацій та підвищену чутливість.

Аналіз розподілу лікарів за рівнем вираженості фактора А засвідчує таку структуру:

- низький рівень комунікабельності зафіксовано у 15,6% респондентів. Для цієї групи характерні емоційна стриманість, дистанційованість, схильність до конфронтаційного стилю спілкування. Їхній професійний стиль зазвичай має авторитарні риси, що може ускладнювати ефективну взаємодію з пацієнтами.

- середній рівень спостерігається у 55,4% опитаних. Ці лікарі демонструють помірну відкритість у спілкуванні, уважність до пацієнтів, емоційну рівноваженість. Такий профіль є найбільш оптимальним для забезпечення стійкого професійного функціонування.

- високий рівень комунікабельності виявлено у 27% лікарів. Представники цієї групи відзначаються яскравими емоційними реакціями, схильністю до швидкого прийняття рішень, високою соціальною активністю. Їх настрій може

суттєво коливатись упродовж дня. Через підвищену афективність таким фахівцям може бути необхідна психологічна підтримка з метою гармонізації внутрішнього образу «Я» та збереження мотивації до професійного зростання.

Емоційна стійкість як професійно значуща характеристика особистості лікаря. Емоційна стійкість є однією з ключових особистісних якостей, що визначають ефективність професійної діяльності лікаря. Згідно з результатами 16-факторного особистісного опитувальника Р. Б. Кеттела, середнє значення цього показника у вибірці лікарів становить 5,9 бала, що відповідає загальноприйнятим середнім нормативам. Це свідчить про достатній рівень здатності лікарів до емоційного самоконтролю, врівноваженості та адекватної емоційної регуляції у професійній сфері.

На позитивному полюсі цей фактор відображає силу «Я», а на протилежному – його слабкість. Отже, за отриманими даними, більшість лікарів демонструють переважання внутрішньої сили «Я», що підтверджується також іншими аспектами самосприйняття, зокрема позитивною Я-концепцією (табл. 1).

Разом з тим, слід зауважити, що для збереження високої ефективності діяльності медичного працівника бажано, аби показники емоційної стійкості перебували на рівні вище середнього. Це особливо важливо з огляду на високі психоемоційні навантаження, характерні для медичної професії.

Згідно отриманих даних спостерігається тенденція до зниження цього показника зі зростанням професійного стажу. Хоча середні значення залишаються в межах норми, помітно, що тривалий досвід роботи негативно впливає на емоційний ресурс лікаря. Це, ймовірно, пов'язано з тривалою психологічною включеністю у професійну діяльність, що сприяє поступовому виснаженню нервово-психічної сфери та підвищує рівень психоемоційного напруження.

Так, на пізніх етапах професійного становлення (понад 15 років стажу) спостерігається посилення психічної втоми, що супроводжується зниженням емоційної витривалості. Проте збереження відносної стабільності цього показника у таких лікарів зумовлюється формуванням високого рівня фрустраційної толерантності, яка є результатом багаторічного професійного досвіду.

Цікаво, що у групі лікарів зі стажем понад 25 років знову спостерігається тенденція до підвищення особистісної стійкості до негативних зовнішніх

впливів. Це пояснюється переорієнтацією на глибші ціннісні та мотиваційні чинники, що сприяють стабілізації емоційного стану.

За результатами дослідження, 16,7% лікарів мають низький рівень емоційної стійкості. Ця категорія характеризується підвищеною збудливістю, емоційною лабільністю, невротичною втомлюваністю, схильністю до тривожності, дратівливості, гіпохондричних тенденцій і уникання відповідальності. Такий емоційний профіль свідчить про ослаблення «Я» та формування менш стабільної Я концепції. Варто зазначити, що значна частина цієї групи – лікарі з професійним стажем понад 15 років, що підтверджує вплив накопиченого психоемоційного виснаження.

Водночас, 30,4% респондентів продемонстрували високий рівень емоційної стійкості. Ці фахівці виявляють спокій, впевненість, сталість інтересів, відсутність схильності до невротичних реакцій та високу здатність протистояти стресогенним факторам. У професійній взаємодії такі лікарі зазвичай користуються довірою пацієнтів, мають високий рівень самодисципліни, вимогливості, волевій якості й орієнтацію на результат.

Найбільша частка лікарів (52,3%) має середні показники емоційної стійкості. Вони демонструють загалом стабільну поведінку та позитивне самоставлення, що дозволяє підтримувати ефективність професійної діяльності на належному рівні. Проте, з огляду на зростаючі вимоги до лікарів, для забезпечення довготривалої продуктивності доцільно сприяти підвищенню рівня цієї характеристики через впровадження програм емоційної саморегуляції та психологічної підтримки.

Домінантність як характеристика професійної поведінки лікаря. Домінантність є важливим фактором, що визначає рівень самостійності та здатність лікаря впливати на навколишнє середовище. За результатами дослідження, середнє значення доміантності лікарів становить 4,8 бала, що свідчить про схильність до конформності. Однак ці дані не дозволяють стверджувати, що лікарі повністю піддаються тиску з боку оточення або є надмірно поступливими.

Професія лікаря, яка вимагає дотримання високих етичних стандартів та врахування соціальних вимог, сприяє формуванню середнього рівня доміантності. Лікарі зазвичай не виявляють агресивності у відстоюванні своїх прав на самостійність, але й не проявляють агресії перед старшими колегами або

пацієнтами. Така позиція, на наш погляд, є результатом балансу між зовнішніми соціальними вимогами та внутрішньою потребою зберігати самостійність. Присутність позитивної Я концепції дає змогу лікарям уникати повного підкорення соціальним вимогам і зберігати баланс у взаємодії з оточенням.

Зрозуміло, що початкові роки професійної діяльності лікарів зазвичай супроводжуються високим рівнем конформності, оскільки необхідно влитися в соціальну роль і адаптуватися до вимог оточення. Проте в лікарів з досвідом роботи від 15 до 25 років спостерігається зниження рівня домінантності, що може свідчити про розвиток пасивності та більш схильну підкорятися вимогам оточення. У лікарів зі стажем понад 25 років прагнення до самостійності знову зростає, але не перевищує середніх значень. Це може бути проявом механізмів психологічної захисту Я концепції, які допомагають лікарю зберегти внутрішню стійкість в умовах професійного вигорання.

Аналіз результатів дослідження показує, що 31,4% лікарів мають низький рівень домінантності, що вказує на їхню підкореність, конформність, недостатню здатність відстоювати власну точку зору і схильність слідувати за сильнішими. Ці лікарі часто виявляють залежність від думки оточення, що може негативно впливати на їх професійну діяльність, знижуючи рівень впевненості в собі.

15,6% лікарів мають високий рівень домінантності, що свідчить про їх прагнення до незалежності, самостійності та ігнорування соціальних обмежень і авторитетів. Вони проявляють лідерські якості, активні в професійній діяльності, готові відстоювати свої права та права оточуючих. Проте така поведінка може бути також пов'язана з конфліктними ситуаціями, що породжують стресові умови і в кінцевому підсумку можуть негативно вплинути на їхнє психічне здоров'я. Тим не менш, вони залишаються авторитетними фігурами серед колег.

Більшість лікарів (52,4%) демонструють середні показники домінантності, що оптимально сприяє формуванню позитивної Я концепції і дозволяє зберігати баланс у взаємодії з оточенням, що є необхідним для успішної професійної діяльності.

Соціальна зрілість як фактор професійної діяльності лікаря. Соціальна зрілість виявляється через ступінь дотримання особистістю моральних і громадських норм. У контексті професійної діяльності лікаря цей фактор найбільш точно описує його сумлінність, відповідальність та здатність до

самоконтролю.

За результатами дослідження, середнє значення соціальної зрілості серед лікарів становить 6,1, що вказує на тенденцію до високого рівня розвитку "над-Я". Це означає, що лікарі демонструють високу моральну стійкість, відповідальність, здатність до самоконтролю, а також прагнення до підтримки загальнолюдських цінностей. Однак, незважаючи на загальну схильність до дотримання норм, більшість лікарів не досягають високого рівня соціальної свідомості.

10,5% лікарів, які отримали низькі оцінки за фактором соціальної зрілості, проявляють непостійність, схильність до лінії та нечесності, а також егоїстичні тенденції. Вони часто не прикладають достатніх зусиль для виконання громадських вимог і можуть ставити власні інтереси вище суспільних. Хоча це не завжди призводить до порушення норм, такі лікарі зазвичай мають мало обов'язків і значно більше прав, якими ніколи не готові поступитися. Така "свобода" від соціальних вимог може іноді призводити до конфліктів у колективі, хоча ці лікарі не завжди ефективно працюють у команді.

Незважаючи на це, слабкість "над-Я" у таких лікарів не обов'язково веде до негативного впливу на їх Я-концепцію. Навпаки, у деяких випадках ця особливість може сприяти її активному захисту.

31% лікарів мають високі оцінки за фактором соціальної зрілості, що вказує на їхню точність, акуратність, відповідальність і строгість у дотриманні правил навіть у випадках, коли вони здаються формальними. Такі лікарі вірні своїм обов'язкам, вимогливі до себе, прагнуть досягти високих результатів у професійній діяльності та керуються почуттям морального обов'язку. Вони мають високу Я-концепцію, що позитивно впливає на їх взаємовідносини з пацієнтами, які часто оцінюють їх високо. Популярність серед пацієнтів підвищує їхнє усвідомлення своєї ролі в соціумі, що сприяє розвитку професійної і соціальної зрілості.

56,1% лікарів мають середні показники за фактором соціальної зрілості. Це свідчить про наявність у них певних проявів недбалості та безвідповідальності, але загалом вони не демонструють значної негативності в своїй Я концепції. Зазначені характеристики скоріше вказують на недостатню регуляцію власної діяльності та відсутність достатньої наполегливості.

Згідно з дослідженнями, лікарі зі стажом роботи до 5 років мають помірні

показники соціальної зрілості (5,64). Однак з часом цей показник значно зростає, досягаючи стабільного рівня середніх значень (5,6) серед лікарів із досвідом від 5 до 15 років. Зі стажем від 15 до 25 років рівень соціальної зрілості знову зростає, досягаючи 6,14. У лікарів, які працюють понад 25 років, соціальна зрілість досягає найвищих значень (6,1), що може свідчити про наявність компенсаторних механізмів, які допомагають зберігати високу професійну активність і виконувати соціальну роль на високому рівні.

Соціальна сміливість як фактор професійної діяльності лікаря. Соціальна сміливість, як фактор особистісної зрілості, може проявлятися як сміливість або боязкість, в залежності від ситуації. Позитивний прояв цього фактора характеризується здатністю лікаря до рішучих дій, а негативний – страхом або невпевненістю в собі. Виходячи з результатів дослідження, середнє значення соціальної сміливості серед лікарів складає 6,28, що вказує на схильність до сміливості. Це свідчить про здатність лікарів до легкого вступу в контакти, подолання труднощів у спілкуванні, забування невдач та здатність зберігати спокій у несподіваних ситуаціях.

Ми вважаємо, що цей рівень соціальної сміливості є оптимальним для лікарів, оскільки їх професійна діяльність часто вимагає подолання втоми та здатності витримувати емоційні навантаження.

Рівень соціальної сміливості лікарів змінюється в залежності від їхнього стажу. Зокрема, у лікарів зі стажем роботи від 5 до 15 років фактор соціальної сміливості значно зростає, від 6,12 до 6,49. Однак у лікарів з досвідом роботи від 15 до 20 років спостерігається незначне зниження цього показника (6,7), що відрізняється від лікарів зі стажем роботи від 10 до 15 років. Це можна пояснити появою деякої тривожності, яка може бути пов'язана з переживаннями через збереження свого статусу і увагою колег до професійного досвіду.

З часом, після 20 років роботи, рівень соціальної сміливості знову зростає (6,22), і цей показник є статистично значущим порівняно з лікарями, які працюють від 15 до 20 років. Це може вказувати на накопичення досвіду, що дозволяє лікарям діяти більш рішуче. Однак, у лікарів зі стажем понад 25 років соціальна сміливість зберігається на високому рівні (6,2), і статистичні відмінності між ними та лікарями з досвідом роботи від 20 до 25 років не виявляються.

Впевненість (фактор О). Середній показник цього фактору становить 4,79

бала, що дещо нижче за середні значення, прийняті за тестом Р. Б. Кеттела. Це свідчить про те, що більшість лікарів здатні ефективно справлятися з невдачами, адекватно оцінюють події та відповідають на них, виявляючи впевненість у своїх можливостях, успіхах та вільність від депресивних тенденцій і схильності до самоприпинення. Однак спостерігається деяка підвищена вразливість лікарів, проте вони рідко схильні до стурбованості, самозаперечення чи приниження власної компетентності, знань і можливостей.

Цікаво, що з ростом стажу роботи ці тенденції зберігаються. Наприклад, лікарі зі стажем від 5 до 15 років виявляють більшу схильність до почуття провини, порівняно з лікарями, що мають досвід до 5 років. Однак, починаючи з лікарів зі стажем 15-20 років, спостерігається значне зростання рівня впевненості.

32,5% лікарів мають низькі оцінки за фактором впевненості. Вони зазвичай спокійні, нетривожні та впевнені у своїх здібностях, проте вони можуть проявляти недостатню чутливість до колег, що може викликати антипатії та недовіру. Надмірна самовпевненість та "безтурботність" у професійній діяльності є небажаними рисами.

12,3% лікарів показують високий рівень тривожності, частіше демонструючи депресивні тенденції. Ці лікарі постійно відчують занепокоєння, пригніченість і негативні передчуття, знижують свою оцінку власних можливостей і схильні до надмірної скромності та замкнутості. З огляду на це, можна припустити, що середні оцінки фактору впевненості сприяють успішній професійній діяльності. Вони притаманні 54,6% лікарів.

Самостійність (фактор О, про). Середній рівень цього фактору у лікарів становить 5,63 бали, що свідчить про їх здатність до самостійної роботи, проте вони також готові враховувати пропозиції та рекомендації оточуючих, а також нести відповідальність за свої рішення.

Професія лікаря, як уже зазначалося, вимагає як самостійності, так і здатності працювати в колективі, отримувати підтримку та схвалення від оточення. Рівень їх самостійності у нашому дослідженні відповідає загальним професійним вимогам.

Так, 20% лікарів мають низькі оцінки за фактором самостійності, що свідчить про їх емоційну залежність від групи. Вони потребують постійної підтримки та схвалення від оточуючих, не проявляючи ініціативи або сміливості

у прийнятті рішень.

20,5% лікарів, навпаки, демонструють високу самодостатність, вважають за краще працювати самотійно, нехтуючи думкою інших. Хоча вони часто досягають успіху у своїй діяльності, в колективі їх не завжди поважають за відсутність гнучкості та здатності до співпраці.

56,3% опитаних мають середні оцінки за фактором самотійності. Це свідчить про оптимальний рівень самотійності, який дозволяє зберігати баланс між індивідуальною незалежністю та здатністю до співпраці, що є важливим для ефективної професійної діяльності.

Самоконтроль (фактор Ц3). Лікарі в цілому демонструють високі показники за фактором самоконтролю (6,2), що вказує на принциповість і дотримання моральних і громадських норм. Вони намагаються діяти планомірно та впорядковано, хоча інколи не доводять справу до кінця, але мають здатність долати труднощі та перешкоди.

57,9% лікарів мають середні оцінки за самоконтролем. 7,3% лікарів виявляють низькі оцінки за цим фактором, що свідчить про низьку здатність до самоконтролю та слабку волю. Такі фахівці схильні до хаотичної, невпорядкованої діяльності та не здатні організувати свій час і робочі процеси.

35% лікарів мають високі оцінки за самоконтролем, що свідчить про високу організованість та увагу до соціальної репутації. Вони зазвичай турбуються про свою самоповагу та дотримуються високих стандартів поведінки.

Збудливість та надійність (фактор Q4). Середній показник цього фактору в лікарів близький до високих значень, що свідчить про наявність деякої напруженості та неспокійності, збудливості в нервово-психічній сфері. Це може бути пов'язано з професійною діяльністю та типологічними властивостями особистості лікаря, що визначають індивідуальний стиль роботи.

7,3% лікарів мають низькі оцінки за цим фактором, що вказує на відсутність тривоги і напруженості, на неактивність та байдужість до професійних досягнень. 16,9% - виявляють високу збудливість і напруженість, що може призводити до емоційної нестабільності та труднощів у взаємодії з колективом.

Загалом, вивчені особливості особистості лікарів можуть бути віднесені до професійно значущих рис, що безпосередньо впливають на ефективність їх

діяльності. Формування кожної з цих рис важливе для підтримки високого рівня професіоналізму та адаптації до умов медичної практики.

Отож, узагальнюючи вищеописані емпіричні дані можна висновувати, що професійно значимі властивості особистості лікарів можуть бути представлені в рамках кількох ключових факторів, що найбільше відповідають вимогам професійної діяльності. Професійний особистісний профіль лікарів включає наступні психологічні характеристики: ділова товариськість (фактор А) – спроможність підтримувати ефективні міжособистісні стосунки без надмірної емоційної залежності; сила "Я" (фактор С) – емоційна стійкість, здатність зберігати рівновагу в стресових ситуаціях; соціальна сміливість (фактор Н) – чуйність та здатність ініціювати контакти, ефективно взаємодіяти в умовах непередбачуваних обставин; соціальна зрілість (фактор В) – орієнтація на загальнолюдські цінності, моральну відповідальність та сумлінність; розумна довірливість (фактор L) та самоконтроль (фактор Q) – здатність до самоврядування та контролю за емоціями і поведінкою в умовах професійної діяльності, хоча деяка фрустрація і напруженість можуть бути притаманними.

У цьому контексті підвищена впевненість (фактор О), домінантність (фактор Е) та самостійність (фактор Qg) відіграють важливу роль в оптимізації особистісної Я концепції лікаря та можуть сприяти підвищенню ефективності їх професійної діяльності через самоактуалізацію.

Стаж роботи також має суттєвий вплив на прояви професійно значущих властивостей особистості лікарів. Зокрема, такі характеристики, як комунікабельність, емоційна стійкість, домінантність, впевненість, самоконтроль, збудливість та напруженість зростають до 15 років роботи. Згодом деякі з цих характеристик стабілізуються і залишаються на тому ж рівні (наприклад, самоконтроль, впевненість), а інші (як-от емоційна стійкість, збудливість) можуть зменшуватися. Також можуть знову зростати рівні свідомості, соціальної сміливості та самостійності у досвідчених лікарів.

Незважаючи на різні акценти в проявах особистісних властивостей залежно від місця і стажу роботи, усі ці характеристики є важливими для професійної діяльності лікарів. Природа їх домінування в різні періоди кар'єри відображає формування особистісних структур, які гарантують стійкість Я концепції та адаптацію до змінних умов роботи.

Висновок до розділу 3

У процесі дослідження професійно значущих якостей особистості лікаря встановлено, що рівень самосприйняття та психологічні характеристики фахівців суттєво змінюються залежно від професійного стажу. Молоді лікарі часто демонструють нестабільну самооцінку, знижену самоповагу та невпевненість, що пов'язано з адаптацією до професійних викликів. Найбільш критичним виявився період 5–10 років стажу, який супроводжується зниженням багатьох показників «Я-концепції» та може бути пов'язаний із професійним вигоранням. Зі збільшенням досвіду спостерігається поступове зростання позитивного ставлення до себе, самовпевненості, самоприйняття та самопослідовності, що свідчить про формування стабільної професійної ідентичності. Отримані результати підкреслюють важливість психологічної підтримки лікарів, особливо на ранніх етапах професійної діяльності, з метою збереження їхньої внутрішньої цілісності, професійної мотивації та особистісного розвитку.

Дослідження професійно значущих особистісних рис лікарів за допомогою 16-факторного опитувальника Р.Б. Кеттела дало змогу отримати комплексну характеристику їх психологічного профілю. Основними якостями, що забезпечують ефективність професійної діяльності, виявлено ділову товариськість, емоційну стійкість, соціальну сміливість, соціальну зрілість, самоконтроль, а також розумну довірливість і оптимальний рівень домінантності та самостійності. Зміни в інтенсивності прояву цих рис залежать від стажу роботи, що відображає поступове професійне становлення, адаптацію до психоемоційних навантажень і формування зрілої Я-концепції. Отже, особистісний профіль лікаря формується як динамічна система, адаптована до вимог медичної практики та значуща для підтримки професійної ефективності й психологічної стійкості.

ВИСНОВОК

Комплексний аналіз феноменології професійного становлення лікаря, здійснений у межах системного підходу до розуміння готовності, підтверджує необхідність цілеспрямованого психологічного супроводу медичних фахівців на різних етапах їхнього професійного шляху. Такий супровід має базуватись на глибокому психологічному аналізі структури відповідних феноменів у межах загальної технології діяльності практичного психолога – від діагностики та інтерпретації до корекційних заходів і прогнозування ефективності впливу.

Ключовим чинником ефективності професійної діяльності є психологічна готовність лікаря, яка особливо значуща на етапі переходу від навчально-професійної до самостійної діяльності. Вона визначається не лише сформованими знаннями, вміннями та навичками, а й інтегрованими особистісними характеристиками – відповідальністю, самоконтролем, соціальною зрілістю, здатністю до професійної ідентифікації.

Готовність до творчої діяльності лікаря розглядається як багаторівнева характеристика, що включає мотиваційно-ціннісні, особистісні, когнітивні й операційні компоненти. Центральним інтегративним елементом при цьому виступає професійна спрямованість, що поєднує в собі психологічну, теоретичну та практичну готовність до здійснення ефективної професійної діяльності.

Особистість лікаря є складним системним утворенням, що формується в результаті різноманітної професійної діяльності. Вона реалізується через конструктивні, проектувальні, комунікативні, гностичні та організаторські компоненти. Рівень професійної майстерності лікаря визначається сформованістю конкретної системи знань, навичок, умінь та розвиненістю професійного мислення.

Системне вивчення особистості лікаря, яке враховує його місце в загальній історично обумовленій системі буття людини, є важливим орієнтиром для виявлення факторів, що впливають на формування образу «Я» лікаря. Це дозволяє виділити ключові особистісні характеристики, які визначають психологічну структуру лікаря, зокрема, через призму самовідношення, типологічних особливостей та мотиваційних аспектів.

В результаті проведеного емпіричного дослідження було з'ясовано, що серед ключових особливостей особистості лікарів можна виокремити:

домінуючу інтернальність; самокритичність; помірковану позитивність образу «Я», самоповагу та аутосимпатію; орієнтацію на позитивне ставлення з боку оточуючих; високий рівень самоцікавості та середній рівень самовпевненості; дружнє ставлення до себе, послідовність у діях; високі рівні ділової комунікабельності та емоційної стійкості; помірну витриманість та схильність до конформізму; високий самоконтроль; соціальну сміливість і здорову довірливість; підвищену вразливість і чутливість; середній рівень самостійності з потребою у підтримці та схваленні з боку колег; виражену збудливість і напруженість, а також схильність до тривожності та нейротизму; адекватну самооцінку, домінування мотиву прагнення до успіху над униканням невдач. Отож, Я концепція лікарів в цілому є позитивною, з тенденцією до зростання позитивного самоствавлення у зв'язку зі збільшенням стажу роботи.

Професійно значущі характеристики, типологічні властивості особистості лікаря та його мотиваційні основи є важливими чинниками, що визначають психологічну складову його професійної діяльності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аверінцев С. Софія-Логос. Словник. К.: ДУХ І ЛІТЕРА, 2007. 650 с.
2. Андрущенко В., Яценко Т. Філософсько-психологічні проблеми методології пізнання психіки. Психологія і суспільство. 2012. № 3. С. 63 –77.
3. Балл Г. О. Категорія культури у дослідженні професійної діяльності. Я-концепція академіка Неллі Ничкало у вимірі професійного розвитку особистості : зб. наук. пр. / ред. І.А. Зязюн та ін.; Ін-т пед. освіти і освіти дорослих НАПН України. К., 2014. С. 55–62.
4. Борисяк А. Психологічні особливості професійної діяльності лікаря. Актуальні питання суспільних наук та історії медицини. 2015. № 4. С. 56-72.
5. Боришевський М. Самосвідомість як фактор психічного розвитку особистості. Психологія і суспільство. 2009. №4. С. 128–135.
6. Бугерко Я. М. Рефлексивний характер освітньої діяльності як ціннісний фактор професійного становлення сучасного фахівця. Psychological journal. Volume 8 Issue 2 (58) 2022с. С.39-54.
7. Визначення поняття особистості у вітчизняній психології. URL:http://ni.biz.ua/10/10_16/10_164380_sushchnost-ponyatiya-lichnost.html
8. Галецька І.І. Самоефективність у структурі соціально-психологічної адаптації. Вісник Львівського університету. Серія: Філософські науки. 2003. Вип. 5. 2003. Львів : Вид-во ЛНУ імені Івана Франка. С. 433–442.
9. Гірняк А.Н. Поняттєво-категорійне поле і наукові підходи до розуміння взаємодії у психології. Психологія і суспільство. 2017. № 3. С. 112–126.
10. Гуменюк О. Розвиток професійної «Я-концепції» студента як фактор його фахової адаптації. Гуманітарні основи професійної адаптації майбутніх фахівців: Монографія. Львів: Сполом, 2009. С. 44–56.
11. Гуменюк О.Є. Психологія Я-концепції: монографія. Тернопіль: Економічна думка, 2002. 186 с.
12. Емішянц О.Б. Особливості самоставлення особистості. Virtus: Scientific Journal / Editor-in-Chief M.A. Zhurba. 2019. № 34. Р. 49-53. URL : <http://conference-ukraine.com.ua/ua/virtus/archive/> (Last accessed: 19.03.2021).
13. Зінзюк Л. А. Професійна компетентність як системоутворюючий фактор професійної підготовки фахівця з медицини. Зб. наук. пр. інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. К., 2008. Т. X, Ч. 4. С. 213-220.
14. Клименко В. В. Психологія творчості: навч. посіб. К.: Центр навчальної літератури, 2006. 480 с.
15. Климчук В. А. Феномени розвитку внутрішньої мотивації. Соціальна психологія. 2008. № 6 (32). С. 70-77.

16. Коваленко Е.А. Ціннісна природа усвідомленого саморозвитку особистості: соціально-філософський аналіз : Автореф. дис. к. філос. н. : 09.00.03. Х., 2005. 16 с.

17. Кокун О.М. Психологія професійного становлення сучасного фахівця: Монографія. К.: ДП "Інформ.-аналіт. агенство", 2012. 200 с.

18. Левко О. Психологічні особливості професійного становлення майбутніх лікарів. Психологія: реальність і перспективи. Збірник наукових праць РДГУ. 2023. № 20. С. 23-36.

19. Лисенко О. Г. Психологічні особливості професійної діяльності медичних працівників. Актуальні проблеми психології. 2020. Том I. Випуск 45. С. 61 –

20. Лябик С. І. Проблеми підготовки спеціалістів. Професійне становлення особистості. Хмельницький національний університет. URL: <http://www.rusnauka.com>

21. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості: монографія. К.: Видавництво ТОВ «КММ», 2006. 240 с.

22. Мишина Н.В., Ільченко С.І., Єфанова А.О. Динаміка показників навчальної мотивації студентів медичного ВНЗ на різних етапах навчання. Здоров'єребенка. 2019. 14(2). С. 96–102. URL : <https://doi.org/10.22141/2224-0551.14.2.2019.165545> (дата звернення: 16.03.2021).

23. Моляко В. О. Психологічна теорія творчості. Обдарована дитина, 2004. № 6. С. 2-9.

24. Москалець В.П. Психологія особистості. Навчальний посібник. К.: Видавництво «Центр учбової літератури», 2013. 262 с.

25. Музика О. Л. Розвиток здібностей та обдарованості в процесі вікового розвитку особистості / О.Л. Музика; за ред. В.О. Моляко. Актуальні проблеми психології: проблеми психології творчості та обдарованості: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2007. С. 142–148.

26. Надвинична Т.Л. Оцінка та контроль професійної підготовки компетентного фахівця у ЗВО: психодіагностичний вимір. Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія. 2021. Випуск 3.82-88.5

27. Надвинична Т., Крупник З. Задачна організація професійної діяльності психолога. Психологія і суспільство. 2024. № 1. С. 63–87.

28. Онищенко В. Д. Професійна Я-концепція як інтегральна складова ноологічної Я-концепції особистості. Педагогіка і психологія професійної

освіти. 2013. № 3. С. 39 – 50.

29. Основні теорії особистості в дослідженнях зарубіжних і вітчизняних психологів. URL: <https://mozilla-team.org.ua/teori%D1%97-osobistosti-v-doslidzhennyax-zarubizhnix-i-vitchiznyanix-psixologiv/>

30. Особливості праці лікарів різних спеціальностей. URL : [https://emergency.vnmu.edu.ua > uploads > 2019/02 > tema-8..](https://emergency.vnmu.edu.ua/uploads/2019/02/tema-8..)

31. Петренко В.В., Василенко О.М. Професійна спрямованість та чинники, що впливають на вибір професії студентами закладів вищої освіти. Актуальні питання соціальної роботи: надбання, проблеми, перспективи: збірник наукових праць студентів та викладачів. Хмельницький, 2020. Вип. 1. С. 90 – 93.

32. Подоляк Л.Г., Юрченко В.І. Професійне становлення особистості студента як майбутнього фахівця з вищою освітою. URL: <https://www.psych.kiev>

33. Пономарюк Л.П. Професійна спрямованість та її вплив на формування відповідальності молодшого медичного спеціаліста в процесі фахової підготовки. Наука і освіта. 2015. №5. С. 96 – 101.

34. Рибалка В. В. Теорії особистості у вітчизняній психології. К.: ІПППОАПН України, 2006. 530 с.

35. Різні напрямки і теорії особистості у закордонній теорії. URL: <https://alexus.com.ua/rizni-napryamki-i-teori%D1%97-osobistosti-v-zakordonnij-psixologi%D1%97/>

36. Роменець В. Психологія творчості: навч. пос. К.: Либідь, 2004. 288 с.

37. Сисоєва С.О. Творчий розвиток особистості в процесі неперервної професійної освіти. Неперервна професійна освіта: теорія і практика: зб. наук. пр. ; за ред. І.А.Зязюна і Н.Г. Ничкало. У 2 ч. Ч.1. К., 2001. С. 45 – 53.

38. Тарасюк О.В., Найчук В.В. Особливості самоставлення студентів у процесі навчання у закладі вищої освіти. Подільський науковий вісник. 2018. № 1. С. 103–108. URL : [https://pvn.in.ua/images/ Magazine/1_2018.pdf](https://pvn.in.ua/images/Magazine/1_2018.pdf) (дата звернення: 19.03.2021).

39. Фурман А. А. Психологія смисложиттєвого розвитку особистості: [монографія]. Тернопіль: ТНЕУ, 2017. 508 с.

40. Фурман А. В. Теорія навчальних проблемних ситуацій: психолого-дидактичний аспект : монографія. Тернопіль: Астон, 2007. 164 с.

41. Фурман А. В., Шандрук С. К Сутність гри як учинення: монографія. Тернопіль: ТНЕУ, 2014. 120 с.

42. Фурман О.Є. Я-концепція як предмет багатоаспектного теоретизування. Психологія і суспільство. 2018. № 1-2. С. 38-67.

43. Хомуленко Т.Б. Аналіз змісту поняття креативність. Вісник ХНУ . № 539. Сер. Психологія. 2002. С. 211-216.

44. Хохліна О. Особистісний підхід як методологічний інструментарій забезпечення становлення в людини її індивідуальності. Індивідуальність у психологічних вимірах спільнот та професій в умовах мережевого суспільства: Монографія колективна / За ред. Л.В. Помиткіної, О.П.Хохліної. – К.: ТОВ «Альфа ПК», 2019. С. 76 – 85.

45. Чала Ю.М., Шахрайчук А.М. Психодіагностика: навчальний посібник / Ю.М. Чала, А.М. Шахрайчук. Харків: НТУ «ХПІ», 2018. 246 с.

46. Чухрай З.Б. Проблема розвитку дослідницьких здібностей у студентів. Педагогічні науки. 2008. С. 435–444.

47. Шандрук С. К. Психологія професійних творчих здібностей : монографія. Тернопіль : Економічна думка, 2015. 357 с.

48. Шевченко Л.М. Професійна спрямованість: методологічний аспект. Науковий вісник. Київ, 2005. Випуск 88. С. 204 – 215.

49. Щербакова Д.К. Розвиток професійної спрямованості студентів вищих навчальних закладів. URL : 23.08.2014 <http://virtkafedra.ucoz.ua>

50. Adler A. Science of Living. Ne York, Garden City, 1929.

51. Cattell R. B. Structured personality learning theory. New York: Praeger. 1983. 148 p.

52. Cattell R. B. Advances in Cattellian personality theory. In L. A. Pervin (Ed.), Handbook of personality. NY: Guilford Press. 1990. pp. 347-396.

53. Eysenck H. J., Eysenck S. B. Manual of the Eysenck Personality Questionnaire. San Diego, CA: EdITS. 1975. 324 p.

54. Goldstein, K. and Scheerer, M. Abstract and concrete behavior: an experimental study with special tests. Psychological Monograph, 1941. 53(2).

55. Guilford J. P. Intelligence, creativity and its Educational Implications. Publisher San Diego, California, 1968. 229 p.

56. Holland J. A theory of vocational choice. Journal of Counseling Psychology. 1959. Vol. 6(1). pp. 35–45. URL: id=10002791 (дата звернення: 20.03.2014).

57. Super D. E., The psychology of careers. New York: Harper & Brothers, 1957. 150 p.

58. Taylor I. A. The nature of the creative process. New York, NY: Hasting House, 1959. PP. 51-82.

59. Parsons P. The Vocational "bureau" first report to Executive Committee & Trustees 1908. In Appendix history of vocational guidance. I. M. Brewer, New York London, 1942.