

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
Кафедра правознавства і гуманітарних дисциплін ВННІЕ

ЦЮПЕНКО Анатолій Анатолійович

**Саморегуляція як фактор професійно-особистісного розвитку медичних
працівників / Self-Regulation as a Factor in Professional and Personal Development
for Medical Workers**

спеціальність: 053 – Психологія
освітньо-професійна програма – Психологія

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
ПСЗм-22
А. А. Цюпенко

ТЕРНОПІЛЬ-2025

АНОТАЦІЯ

Цюпенко А.А. Саморегуляція, як фактор професійно-особистісного розвитку медичних працівників.-Рукопис.

Дослідження на здобуття наукового ступеня вищої освіти «Магістра» за спеціальністю С4 Психологія . – Західноукраїнський національний університет, Тернопіль, 2025.

У роботі досліджено особливості саморегуляції медичних працівників як важливого чинника їх професійної діяльності. На основі теоретичного аналізу та емпіричного дослідження визначено рівень розвитку компонентів саморегуляції, нервово-психічної стійкості та психічних станів. Проведено формувальний експеримент із використанням тренінгової програми розвитку саморегуляції, результати якого засвідчили позитивну динаміку: підвищення рівня самоконтролю, зниження тривожності, агресивності, фрустрації, зміцнення стресостійкості. Отримані дані демонструють ефективність психокорекційного впливу та підтверджують значущість розвитку саморегуляції для професійного функціонування медичних працівників.

ANNOTATION

Tsiupenko A.A. Self-Regulation as a Factor of Professional and Personal Development of Healthcare Workers. – Manuscript.

Research submitted for obtaining the Master's degree in specialty C4 Psychology. – West Ukrainian National University, Ternopil, 2025.

The study examines the characteristics of self-regulation among healthcare professionals as a key factor in their professional functioning. Through theoretical analysis and empirical research, the levels of self-regulation components, neuro- psychological stability, and emotional states were identified. A formative experiment using a self-regulation training program showed positive changes, including increased self-control, reduced anxiety, aggression, and frustration, and enhanced stress resilience. The findings demonstrate the effectiveness of psychological training and highlight the importance of developing self-regulation skills for healthcare professionals.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРИТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ЯК ЧИННИКА ПРОФЕСІЙНО-ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	7
1.1 Психологічна сутність та теоретичні підходи до вивчення феномена саморегуляції	7
1.2 Психологічна характеристика негативних психічних станів медичних працівників у процесі професійної діяльності	12
1.3 Роль саморегуляції у забезпеченні професійно-особистісного розвитку медичних працівників	22
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ САМОРЕГУЛЯЦІЇ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	28
2.1 Методологічне обґрунтування та організація дослідження саморегуляції медичних працівників	28
2.2 Особливості прояву здатності до саморегуляції в медичних працівників	34
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ТА ПРОГРАМА РОЗВИТКУ САМОРЕГУЛЯЦІЇ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	48
3.1 Програма та методичні засади розвитку психологічної саморегуляції медичних працівників	48
3.2 Результати експериментальної перевірки ефективності програми розвитку саморегуляції медичних працівників	54
ВИСНОВОК	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	70
ДОДАТКИ	76

ВСТУП

Актуальність та обґрунтування вибору теми. Сучасна система охорони здоров'я характеризується високими вимогами до професійної компетентності та психологічної стійкості медичних працівників. Професія лікаря пов'язана з інтенсивними емоційними та стресовими навантаженнями і необхідністю швидкого прийняття рішень в умовах невизначеності, постійної відповідальності за життя та здоров'я людей, особливо в умовах війни. За таких умов здатність до саморегуляції виступає одним із ключових чинників, що забезпечує ефективність професійної діяльності, стабільність психоемоційного стану, збереження психічного та фізичного здоров'я, а також професійне довголіття медичного працівника.

Психологічна саморегуляція розглядається як цілісна система внутрішніх механізмів що забезпечують цілеспрямовано організацію поведінки, контроль емоцій, волюву мобілізацію та керування власними психічними станами. Для медичних працівників розвинені навички саморегуляції визначають якість професійної взаємодії з пацієнтом, здатність долати професійні кризи, запобігати професійному вигорання, підтримувати стійкість до стресу та ефективно функціонувати в умовах значних професійних навантажень.

Незважаючи на значну увагу дослідників до проблеми професійного розвитку медичних працівників, питання ролі саморегуляції як детермінанти їх професійного становлення та особистісного благополуччя залишається недостатньо розкритим, особливо актуальним є пошук ефективних психологічних програм і методів розвитку саморегуляційних навичок у лікарів, що обумовлює наукову і практичну значимість цього дослідження.

Аналіз остніх досліджень та публікацій. У сучасній психолого-педагогічній науці накопичено значний обсяг досліджень, присвячених вивченню різних аспектів феномену саморегуляції починаючи з теоретичних узагальнень і завершується експериментальним аналізом її структурних компонентів і механізмів. Представники різних наукових шкіл розглядали

саморегуляція як складову внутрішньої організації психічної діяльності, що забезпечує узгодження свідомих цілей, емоційних станів і поведінкових реакцій. Зокрема окремі прояви саморегуляції в різних видах діяльності досліджували О. А. Конопкін, Г. С. Нікіфоров, А. К. Осніцький, І. А. Трофімова та інші. Питання морального розвитку особистості на різних вікових етапах розглядали Л.І. Божович, І. В. Дубровіна, В. С. Мухіна, І. С. Кон., тоді як проблему моральної стійкості вивчав В. Е. Чудновський.

Аспекти саморегуляції у зв'язку з процесами рефлексії розробляли І. Д. Бех, В. В. Давидов, А. З. Зак, Б. В. Зейгарник. Питання вольової регуляції особистості висвітлювали у своїх працях Л. С. Виготьський, В. А. Іваніков, В. К. Калін, В. К. Котирло, К.Н. Левін, С. Л. Рубінштейн, та інші дослідники.

Таким чином, аналіз наукових підходів свідчить про багатовимірність і комплексний характер феномену саморегуляції, який охоплює когнітивні, емоційні, вольові та моральні компоненти психічної діяльності людини. Та незважаючи на числені дослідження даної проблеми недостатньо вивченою є саморегуляція саме в процесі професійно-особистісного розвитку медичних працівників. Саме тому актуальним та значущим є вивчення саморегуляції як фактору професійно-особистісного розвитку медичних працівників.

Об'єкт дослідження: саморегуляція особистості.

Предмет дослідження: розвиток здатності до саморегуляції у медичних працівників.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та експериментально дослідити роль саморегуляції в професійно-особистісному розвитку лікарів, а також розробити і перевірити ефективність програми розвитку навичок саморегуляції.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння феномену саморегуляції в психології, обґрунтувати роль саморегуляції в забезпеченні професійно-особистісного розвитку медичних працівників.

2. Провести емпіричне дослідження рівня сформованості здатності до саморегуляції у лікарів.
3. Розробити та впровадити програму розвитку саморегуляції у лікарів та оцінити її ефективність.

Гіпотеза дослідження: припускаємо, що розвиток психологічної саморегуляції сприятиме підвищенню рівня професійно- особистісного розвитку лікарів, позитивно впливатиме на їх емоційну стійкість, рівень самоконтролю та здатність управляти власними психічними станами.

Методи та методики дослідження: теоретичні (аналіз, узагальнення, систематизація наукових джерел); емпіричні (спостереження, бесіда, анкетування, психологічні методики (опитувальник «Стиль саморегуляції поведінки» В.І.Моросанової, тест-опитувальник «Дослідження вольової саморегуляції» А.Зверкова, Є.Ейдмана, тест «Самооцінки психічних станів» Г.Айзенка, тест «Емоційного вигорання» В.В.Бойко, опитувальник «Стратегії подолання стресових ситуацій» SACS С.Хобфола); методи математико- статистичної обробки - t-критерій Стюдента для визначення відмінностей у досліджуваних показниках.

Наукова новизна : вперше теоретично обґрунтовано особливості саморегуляції у професійно-особистісному розвитку саме медичних працівників; посилено та глибше висвітлено поняття «саморегуляція» особистості, розглянуто її як складний, багаторівневий процес, що включає свідоме управління емоційними станами, поведінкою та внутрішніми психічними процесами, що дозволяє людині реалізовувати власні особисті та професійні плани.

Теоретичне значення дослідження полягає у поглибленні уявлень про роль саморегуляції в професійній діяльності медичних працівників та уточнення психологічних механізмів, що забезпечують їх професійну адаптацію і стійкість.

Практичне значення дослідження полягає у тому, що отримані емпіричні результати можуть бути використані лікарями та психологами під

час організації корекційних тренінгових програм. Розроблена тренінгова програма може використовуватись у закладах охорони здоров'я для профілактики емоційного вигорання та підвищення професійної ефективності медичних працівників.

База дослідження: експериментальна частина дослідження проводилась на базі на базі КНП «Хмельницька центральна лікарня», санаторію «Березовий гай» та санаторію «Поділля» у місті Хмельнику. В дослідженні взяло участь 60 лікарів різних спеціальностей зі стажем роботи 5-25 років, 38 жінок та 22 чоловіки.

Апробація матеріалів магістерської роботи: основні положення магістерської роботи були представлені на всеукраїнській науково-практичній конференції «Актуальні питання розвитку науки, економіки та соціуму в умовах війни та повоєнного відновлення», що проходила на базі ВННІЕ ЗУНУ 16-17 жовтня 2025.

Структура та обсяг магістерської роботи: робота складається з вступу, трьох розділів, висновку, списку літератури. Ілюстрована таблицями та рисунками, містить додатки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ЯК ЧИННИКА ПРОФЕСІЙНО-ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.

1.1. Психологічна сутність та теоретичні підходи до вивчення феномену саморегуляції.

Проблема саморегуляції є однією з ключових у сучасній психологічній науці. Ряд зарубіжних та вітчизняних дослідників відзначають вагому роль саморегуляції у професійно-особистісному розвитку особистості, оскільки вона безпосередньо пов'язана з питаннями особистісного розвитку, професійного становлення та ефективності діяльності людини. Саме саморегуляція дозволяє людині керувати своїм психоемоційним станом, що є основою для досягнення продуктивності та стабільності.

Саморегуляція особистості є перспективним і актуальним напрямком досліджень у сучасній науці. Вивчення цього феномену відкриває нові перспективи для глибшого розуміння загальних закономірностей прояву особистісної ефективності людини, процесів прийняття нею значущих рішень та визначення чинників, що зумовлюють успішність її поведінки в цілому. Саморегуляція постає як складне, багатогранне та системне психологічне явище, що відіграє важливу роль у забезпеченні цілісності та гармонійності особистісного функціонування. У сучасній психолого-педагогічній науці накопичено значний обсяг досліджень, присвячених вивченню різних аспектів феномену саморегуляції починаючи з теоретичних узагальнень і завершується експериментальним аналізом її структурних компонентів і механізмів.

У психологічній теорії феномен саморегуляції має різні підходи до тлумачення. У межах біхевіористичного підходу Б. Скіннер, А. Бандура розглядають саморегуляцію як результат навчання та форматування контрольованої поведінки через систему підкріплень і стимулів. Когнітивна психологія трактує саморегуляцію як процес планування, моніторингу й

оцінювання власних дій, у якому провідну роль відіграють когнітивні стратегії, мислення та усвідомлення цілей.[49]

Гуманістичний напрям, представниками якого були К. Роджерс, А. Маслоу та ін., розглядає саморегуляцію як складову внутрішню потребу особистості до самоактуалізації, гармонізації внутрішнього світу та розкриття власного потенціалу. У межах психоаналітичного підходу (З. Фройд, А. Фрейд) саморегуляція тлумачиться як результат взаємодії свідомих і не свідомих процесів, що забезпечують баланс між імпульсивними потягами та вимогами соціуму.

Представники різних наукових шкіл розглядали саморегуляцію як складову внутрішньої організації психічної діяльності, що забезпечує узгодження свідомих цілей, емоційних станів і поведінкових реакцій. Зокрема окремі прояви саморегуляції в різних видах діяльності досліджували О. А. Конопкін, Г. С. Нікіфоров, А. К. Осніцький, І. А. Трофімова та інші. Питання морального розвитку особистості на різних вікових етапах розглядали Л.І. Божович, І. В. Дубровіна, В. С. Мухіна, І. С. Кон., тоді як проблему моральної стійкості вивчав В. Е. Чудновський. [8]

Аспекти саморегуляції у зв'язку з процесами рефлексії розробляли І. Д. Бех, В. В. Давидов, А. З. Зак, Б. В. Зейгарник. Питання вольової регуляції особистості висвітлювали у своїх працях Л. С. Виготьський, В. А. Іваніков, В. К. Калін, В. К. Котирло, К.Н. Левін, С. Л. Рубінштейн, та інші дослідники. []

Таким чином, аналіз наукових підходів свідчить про багатовимірність і комплексний характер феномену саморегуляції, який охоплює когнітивні, емоційні, вольові та моральні компоненти психічної діяльності людини (Яцюк, М. В., 2017).

Українські вчені, такі М. В. Савчин, Г. С. Костюк, С. Д. Максименко, Л. В. Долинська розкривають концепцію активності людини як суб'єкта власної діяльності та поведінки. Науковці підкреслюють, що саморегуляція є невід'ємним механізмом суб'єктивності, який забезпечує цілісність, усвідомленість і цілеспрямованість людської активності.

Дослідження таких науковців як, Г. А. Цукерман, Л. І.Божович, І. В. Дуровіної, присвячені вивченню особливостей формування саморегуляції поведінки особистості у процесі розвитку. Вчені розглядали саморегуляцію як динамічний механізм становлення внутрішнього контролю, що формується в онтогенезі під впливом соціального середовища, навчальної діяльності та міжособистісних взаємин. [12]

Вагома увага в українській психології також приділяється дослідженню саморегуляції в екстремальних та кризових умовах (А. А. Косенко, В. М. Крайнюк, М. С. Корольчук та ін.) А також особливостям саморегуляції в ситуаціях професійного стресу (Н. М. Булатевич, Л. М. Карамушка, І. В. Бринза та ін.). У цих працях підкреслюють, що ефективність саморегуляційних процесів є визначальним чинником подолання професійних криз, емоційного вигорання та збереження психологічної стійкості фахівця. Розглядаючи проблему саморегуляції ми знайшли різні підходи та думки щодо трактування самого феномену саморегуляції.

Так на думку М. Й. Боришевського саморегуляція поведінки - це здатність особистості самостійно забезпечувати узгодженість власних дій і вчинків із прийнятою програмою, нормами, правилами та еталонами, що виступають ціннісними орієнтирами. Саморегуляція, за цим підходом, базується на принципі централізованої діяльності психіки, що забезпечує цілісність, послідовність і свідоме керування поведінкою суб'єкта.

На думку М. Й. Варія, саморегуляція є одним із базових життєвих процесів, що забезпечує гармонійне існування особистості та узгодженість її внутрішнього світу з навколишньою дійсністю. [21]

У дисертаційному дослідженні Т. В. Кириченко, спираючись на концепцію С. Л. Рубінштейна, саморегуляція визначається як функціональний прояв внутрішніх умов, що зумовлюють характер і результативність зовнішніх, у тому числі соціальних впливів. Учена підкреслює важливість вивчення особистісного рівня саморегуляції, наголошуючи, що регулятивні процеси фіксуються в структурі особистості у вигляді стійких рис характеру й

здібностей, проявляючись на всіх рівнях людської активності. Саме ці процеси забезпечують ефективність і результативність будь-якої діяльності.

Вагомим є внесок К. О. Абульханової-Славської, яка розглядає саморегуляцію як структурне утворення особистості. Дослідниця зазначає, що в процесі саморегуляції людина враховує не лише вимоги ситуації та необхідний рівень активності, а й власні можливості, мотиви, соціально- психологічні орієнтації. Завдяки саморегуляції особистість здатна усвідомлено співвідносити особистісну значущість дії з її суспільною користю, опираючи адекватну форму активності (цит. за Тесленко, М. М., 2018). Таким чином, процес саморегуляції розглядається через призму активності людини як суб'єкта, що здатний керувати власною поведінкою, приймати усвідомлені рішення й відповідально діяти. [36]

Саморегуляція, як структурне утворення особистості, інтегрує ціннісне ставлення людини до себе, усвідомлення власних цілей і дій, здатність до рефлексії та самоаналізу. Вона проявляється у виборі способів реалізації намір, оцінці подій і ситуації, а також у корекції власної поведінки. Результатом таких процесів може бути зміна життєвої позиції, вихід за межі наявних соціальних відносин або трансформація самої дійсності через активну діяльність суб'єкта.

Подальший розвиток уявлень про саморегуляцію став можливим завдяки застосуванню системного підходу в психології, який дозволив осмислити це явище як багаторівневу, внутрішню організовану систему з власною структурою, функціями та властивостями. Як зазначає Ж. П. Вірна (2001), системний підхід дав змогу розкрити спільність закономірностей психічної саморегуляції з іншими процесами реальної дійсності, а також сприяв становленню структурного підходу, що уточнив уявлення про компоненти та механізми саморегуляційної діяльності. [14]

На основі вивчення різних випадків професійної діяльності у межах структурного підходу було створено структурно-функціональні моделі регуляції діяльності. Паралельно, у руслі суб'єктного підходу, акцент робився

на індивідуально-психологічних особливостях регуляції довільної активності. Зокрема, у роботі О. В. Олефіра (2016), з опорою на концепцію В. І. Моросанової, описано індивідуально-стильові характеристики усвідомленої саморегуляції, що проявляється у функціях планування, моделювання, програмування, оцінювання результатів і корекції діяльності.

Дослідниця аналізує індивідуальний стилі саморегуляції, виявляючи взаємозв'язки міжособистісними рисами та специфікою регуляторних процесів. На цій основі було розвинуто концепцію усвідомленого саморегулювання довільної активності, суть якої полягає в тому, що саморегуляція виступає цілісною системою, яка поєднує різні рівні особистісної організації та забезпечує єдність суб'єкта в його діяльності. У подальших дослідженнях О. В. Олефір та її колеги увага приділяється проблемі стильової саморегуляції поведінки людини. Науковці вважають, що стильові особливості саморегуляції відображають індивідуальні способи управління й самоорганізація, які визначають внутрішню та зовнішню активність особистості в різних видах діяльності.

Згідно з поглядами М. Й. Боришевського (2003), саморегуляція є здатністю людини усвідомлено вибудовувати власні плани, діяти відповідно до прийнятих норм і правил, які слугують орієнтирами в процесі саморегуляційної діяльності. Учений трактує саморегуляцію як процес цілеспрямованого планування та організації суб'єктом власної поведінки відповідно до особистісного значущих мотивів, цінностей і життєвих цілей. [5]

Ми поділяємо позицію ряду дослідників які наголошують що людина може бути суб'єктом будь-якої діяльності лише за умови що вона усвідомлює себе суб'єктом власної психічної активності тобто внутрішня активність особистості насамперед спрямована на саму себе що дає змогу людині керувати власним розвитком і поведінкою саме завдяки регуляторним механізмом індивід здатний свідомо визначати життєві цілі планувати шляхи їх досягнення це цілеспрямовано формувати вдосконалювати свої психічні якості та можливості.

Отже узагальнюючи викладене можна ствердити, що саморегуляція є одним із фундаментальних життєвих процесів, який забезпечує гармонійне функціонування особистості, вона сприяє розкриттю внутрішнього потенціалу людини, допомагає адаптувати поведінку до вимог конкретної ситуації чи професійної діяльності. Саморегуляція дає змогу людині відчувати власні внутрішні імпульси, усвідомлювати свої потреби та спрямувати активність у конструктивному напрямку.

Водночас готовність до виконання певного виду діяльності безпосередньо залежить від психічного стану особистості тому важливо розвивати здатність до саморегуляції, розпізнавати аналізувати та своєчасно коригувати власні внутрішні переживання, а також усвідомлювати зовнішні впливи що визначають поведінкові реакції людини.

1.2. Психологічна характеристика негативних психічних станів медичних працівників у процесі професійній діяльності.

Медичний працівники - це фахівці, які здійснює діагностику, лікування, профілактику захворювань, а також надають психологічну та соціальну підтримку пацієнтам у процесі збереження їхнього здоров'я. До цієї категорії належать лікарі, медичні сестри, фельдшери, акушери, лаборанти, молодший медичний персонал та інші спеціалісти, чия діяльність безпосередньо пов'язана з турботою про фізичний і психологічний стан людини. Особливість професії полягає у високому рівні відповідальності, необхідності швидкого ухвалення рішень у стресових ситуаціях, постійному контакті з хворими, стражданнями і людським болем. Такі умови спричиняють значне психоемоційне навантаження, що часто призводить до виникнення негативних психічних станів: тривожності, емоційного виснаження, депресивних проявів, фрустрації чи професійного вигорання.

Дослідження свідчать, що серед медичних працівників найбільш поширеними деструктивними психічними станами є хронічний стрес, тривожність, емоційне виснаження, депресивні прояви, фрустрація та ригідність. За даними ВООЗ, понад 30-45% лікарів відзначають відчуття

внутрішнього спустошення та втрати професійної мотивації, а близько 25% ті чи інші соматичні прояви психоемоційного перенапруження (головний біль, порушення сну, проблеми з серцем, розлади травлення). Це вказує на тісний взаємозв'язок між психологічним станом медика та його соматичним здоров'ям. Ці деструктивні стани можуть мати як тимчасовий так і хронічний характер, впливаючи на ефективність професійної діяльності міжособисті стосунки та загально- психологічне благополуччя працівника.

Для більш глибокого усвідомлення природи психічних станів, зокрема негативних, важливо звернутися до аналізу наукових джерел, присвячених цій проблематиці. Вітчизняні та зарубіжні дослідники відзначають, що психічний стан є однією з ключових категорій психологічної науки, оскільки вони безпосередньо впливають на поведінку, діяльність та загальне функціонування особистості.

За свідченням Юрченка В. М. у статті «Психічні стани в працях вітчизняних психологів ХХ ст.», одним з найбільших обґрунтованих теоретичних підходів до розуміння феномену психічних станів є концепція М. Д. Левітова. Учений розглядав психічний стан як особливу психологічну категорію, що відображає цілісну характеристику психічної діяльності людини за певний проміжок часу. На його думку, специфіка психічного стану визначається своєрідністю перебігу психічних процесів, які залежать від впливу зовнішніх обставин, внутрішніх властивостей особистості та її попереднього психічного досвіду [Юрченко, В. М., 2019] Таким чином, психічний стан є не випадковим моментом, а закономірним результатом взаємодії людини з навколишнім середовищем. [44]

Поряд із цим, низка науковців підкреслює, щоб психічні стани є стійкими, багаторівневими та структурно організованими утвореннями, які визначають функціональну готовність особистості до діяльності та впливають на її результативність. [цит. за: Томчук, М. І., 2018] В науковій літературі існує значна кількість класифікаційних психічних станів, однак найпоширенішим підходом є поділ їх на позитивні та негативні. Позитивні стани сприяють

активності, розвитку та гармонійному функціонуванні особистості, тоді як негативні - навпаки, можуть обмежувати її ресурси та можливості.

Особливу увагу дослідники звертають на деструктивні психічні стани, які характеризують яскраво вираженим негативним впливом на психічне і фізичне здоров'я людини. До таких станів належить тривога, депресія, агресія, фрустрація, страх, апатія, емоційне виснаження, стресові та ефективні реакції. Деструктивні стани здатні спричиняти порушення когнітивних процесів, емоційної регуляції, поведінкової активності, а в окремих випадках - призводити до розвитку психосоматичних захворювань або навіть підвищувати ризик суїцидальної поведінки.

Причини виникнення деструктивних психічних станів є багатофакторними. Вони можуть бути пов'язані з міжособистісними конфліктами, професійними перевантаженнями, тривалим стресом, сімейними труднощами, впливом травматичних подій чи хронічними захворюваннями. Особливо відчутним їх вплив у професійному середовищі, де підвищений рівень відповідальності та емоційних навантажень може знижувати ефективність діяльності, порушувати здатність до саморегуляції та створювати передумови для професійних деформацій

Проблемі дослідження негативних та деструктивних психічних станів присвятили свої праці такі відомі українські та зарубіжні вчені, як М. Боришевський, Л. С. Виготський, Л. П. Гримак, М. І. Дяченко, Л. А. Кандибович, М. І. Томчук, С. М. Томчук та ін. Особливості перебігу окремих негативних психічних станів розглядались у роботах Ф. С. Василюка, С.В. Гузенко, Є. М. Калюжної, К. В. Максименко, В. П. Москальця, Н. І. Насико та ін. Питання оптимізації, профілактики та корекції психічних станів відображено в дослідженнях І. В. Волженцевої, Т. К. Гречко, В. Р. Павелківа, С. Ю. Шебанової, Т. С. Яценко та інших науковців. [38]

Розкриємо суть найбільш типових деструктивних психічних станів, з якими стикаються медичні працівники у процесі професійної діяльності. Ці стани описуються дослідниками по-різному, однак у наукових працях

простежується спільне розуміння їхньої природи та механізмів виникнення. Одним із найбільш поширених негативних станів, з якими зустрічаються медичні працівники у своїй діяльності є стрес. У широкому розумінні стрес визначають як реакцію організму на ситуації, що потребують адаптації, зміни або мобілізації внутрішніх ресурсів. Він може виконувати як конструктивну функцію (стимулювати активність і концентрацію), так і деструктивну, коли перевищує особистісні можливості людини до відновлення.

Однак у професійному середовищі медичних працівників стрес часто набуває стійкого та виснажливого характеру. У такому випадку він розглядаються як професійний стрес стан емоційного й фізичного перенапруження, що виникає у процесі виконання службових обов'язків. Професійний стрес пов'язаний, насамперед з особливостями медичної діяльності: високою відповідальністю за життя здоров'я пацієнтів, необхідністю прийняття швидких і точних рішень, інтенсивністю робочих змін, а також постійним контактом із болем, стражданням і травматичними ситуаціями. Серед чинників, що є найбільш стресогенними для медичних працівників, виділяють:

- емоційне навантаження, пов'язане зі станом пацієнтів і їхніх родичів;
- хронічну втому та порушення режиму праці й відпочинку (зокрема нічні зміни);
- дефіцит часу та ресурсів для надання допомоги;
- недостатньо соціальну та матеріальну підтримку;
- невідповідність очікувань умовами реального професійного середовища.

Тривале перебування у стані професійного стресу призводить до виснаження адаптаційних механізмів особистості, викликає емоційну напругу, роздратованість, зниження емпатії.

У своєму науковому досліді Людмила Лотоцька-Голуб вказує на наявність суб'єктивних чинників, що посилює вплив професійного стресу на особистість медичного працівника. До таких чинників належить: рівень соціально-професійної активності; особливості спілкування та міжособистісної взаємодії в колективі; зміна індивідуального стилю професійної діяльності; трансформація професійних установок; коливання рівня домагань і самооцінки; незадоволеність професійним статусом і умовами праці; низький рівень матеріального забезпечення; потреба у самоповазі та саморегуляції; « Я- професіонал » із реальним досвідом та результатами діяльності. Такі внутрішні суб'єктивні фактори знижують здатність до ефективного психологічного відновлення, ускладнюють адаптацію до професійних навантажень.

Тривалий вплив професійного стресу може призводити до формування синдрому емоційного вигорання, який розглядається в сучасній психології як особлива форма психічного виснаження, що виникає внаслідок хронічного емоційного перенапруження у професійній діяльності, орієнтована на взаємодію з іншими людьми.

Поняття емоційне вигорання було введено американським психіатром Г. Фройденбергером у 1974 році, який описав його як стан фізичного й емоційного виснаження з почуттям власної непотрібності. Згодом К. Маслач та С. Джексон уточнили структуру синдрому, виділивши три ключові компоненти: емоційне виснаження, деперсоналізація (цинічне ставлення до пацієнтів або клієнтів) та продукцію професійних досягнень (суб'єктивне відчуття зниження власної компетентності та ефективності).[47]

Синдром емоційного вигорання призводить до поступового зниження професійної продуктивності, погіршення професійної самооцінки, виникнення почуття безмістовності та безрезультативності власної діяльності. У поведінці та психоемоційній сфері це може проявлятися у вигляді апатії, депресії, хронічної втоми, дратівливості, а також підвищення схильності до соматичних захворювань та залежнісних форм поведінки.

Для медичних працівників феномен емоційного вигорання є особливо актуальним, оскільки їхня професійна діяльність пов'язана з високою відповідальністю за життя і здоров'я людей, необхідністю прийняття швидких рішень, часто в умовах невизначеності. Крім того, робота в екстрених або критичних ситуаціях, регулярний контакт із бодем, стражданням і смертю а також емоційно насичена взаємодія з пацієнтами та їхніми родичами створюють високі емоційне навантаження, яке постійно потребує внутрішньої мобілізації ресурсів.

Неможливість передбачити рівень складності випадку, необхідність працювати у стані постійної готовності, нерідко в умовах кадрового дефіциту, часті порушення режиму праці та відпочинку, низька оцінка праці з боку суспільства та відсутність відчуття стабільності формують ґрунт для виснаження та деперсоналізації. З часом у медичного працівника може з'явитися відчуття безвиході, емоційної „порожнечі“, байдужість до пацієнтів, втрата сенсу професійної діяльності.

У стані емоційного виснаження особистість починає сприймати навіть нейтральні професійні ситуації як потенційно загрозові, що посилює внутрішню напругу. На цьому ґрунті часто формується інший деструктивний психічний стан- тривога, яка є стійкою та супроводжує професійну діяльність медичного працівника. Саме тривога як внутрішній стан невизначеного напруження і очікування небезпеки, часто виступає наступним етапом розвитку психічного виснаження, поглиблює деструктивний вплив стресу та ускладнює саморегуляцію.

Як зазначають М. І. Томчук та С. М. Томчук у монографії „Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі“, поняття „тривога“ було введене в психологію З. Фрейдом, який уперше розглянув її як самостійну психологічну проблему. Відповідно до психоаналітичної концепції, структура особистості включає три основні компоненти: Id, Ego і Super-Ego, що перебувають у динамічній взаємодії. Id репрезентує сферу інстинктивних потягів, Super-Ego виступає внутрішній моральним регулятором, а Ego виконує

функцію посередника між потребами індивіда та вимогами реальності. Саме в Ego й виникає стан тривоги як реакція на внутрішні конфлікт (Томчук, С.М., Томчук, М. І 2018). [37]

О.Б. Ігумнова визначає тривогу як «стан емоційного напруження і невизначеного відчуття загрози, що супроводжує очікування несприятливого розвитку подій» (Ігумнова, 2014). У сучасній психології тривога часто розглядається як різновид страху, при цьому їх відрізняють за характером загрози: страх пов'язаний із конкретною небезпекою, тоді як тривога відображає „страх невідомості" (Ігумнова, 2009).

Підвищений рівень тривожності може спостерігатися:

- у людей, які переживають психотравмуючі ситуації;
- при нервово-психічних та соматичних порушеннях;
- у осіб із підвищеною відповідальністю та внутрішнім контролем;

Для медичних працівників тривога має особливу професійну природу. Вона часто зумовлена високою відповідальністю за життя пацієнтів, необхідністю ухвалення рішень у короткі терміни, роботою в умовах невизначеності, дефіциту ресурсів, складним клінічним ситуаціям та взаємодії з близькими пацієнтів, що перебувають у кризовому стані. Постійна готовність до ризику та невідкладних дій сприяє формуванню хронічного психоемоційного напруження. Тривога може викликати зміни у роботі нервової, серцево-судинної та дихальної системи, впливати на мислення, пам'ять, увага та прийняття рішень. Зовні вона проявляється в змінах міміки, швидкій мові, метушливих рухах, утруднені концентрації. При цьому певний рівень тривоги є адаптативним і виконує сигнальну функцію - він допомагає медичному працівнику бути уважним, зібраним та обережним у критичних ситуаціях. Однак надмірна тривожність дезорганізує діяльність: знижує професійну ефективність, ускладнює контакт із пацієнтом, підвищує ризик помилок. Типовими проявами тривожності у медичних працівників є

невпевненість у правильності професійних дій, гіперконтроль, підвищена чутливість до критики, труднощі в ухваленні рішень, схильність уникати відповідальних ситуацій, емоційне виснаження.

Таким чином, тривога, будуючи одним із найбільш поширених негативних психічних станів, може виступати водночас і стимулюючим, і руйнівним фактором у професійній діяльності медичних працівників, залежно від її інтенсивності та здатності особистості до саморегуляції.

Після тривалих переживань стану тривоги, особливо якщо вона не знаходить конструктивного виходу та не супроводжується ефективними механізмами саморегуляції, у людини може з'явитися інший деструктивний психічний стан - фрустрація. Вона виникає в ситуаціях, коли досягнення важливої для особистості мети виявляється неможливим або суттєво ускладнюється.

У своєму дослідженні О. Б. Ігумнова зазначає, що фрустрація - це негативний емоційний стан, переживання невдачі, пов'язаний з наявними або суб'єктивно сприйнятими нездоланими труднощами на шляху до реалізації цілі. По суті, фрустрація є реакцією психіки на зіткнення бажань та обмежуючих обставин, коли внутрішнє прагнення не можуть бути реалізованими. [17]

Виникнення фрустрації зазвичай супроводжується зниженням волевого контролю, що може виявлятися у дезорганізації поведінки, імпульсивних діях, неадекватності реакції. Людина фіксується на незадоволеній потребі, що призводить до викривлення сприйняття реальності та переоцінки значущості проблеми.

Джерела фрустрації умовно поділяють на внутрішні та зовнішні. Внутрішні джерела пов'язані з особистісними характеристиками: низькою самооцінкою, страхом соціального, внутрішніми конфліктами, суперечливими цілями. Зовнішні джерела пов'язані з умовами середовища:

перешкодами, непередбачуваними обставинами, діями оточення, чи об'єктивними обмеженнями.

Особливості перебігу фрустрації залежать від індивідуально-психологічних властивостей, рівня нервово-психічної стійкості та попереднього досвіду людини. Так у осіб з сильною нервовою системою фрустрація зазвичай виникає після тривалого накопичення невдач і частіше проявляється у формі активних реакцій та прагненні відновити контроль над ситуацією. Натомість у людей і слабкої нервової системи фрустрація може виникати навіть при незначних труднощах і проявлятися у вигляді астенії, відмови від діяльності, втечі від проблемних ситуацій.

У разі тривалої інтенсивної дії фруструючих факторів можливий розвиток глибокої депресії, яка може супроводжуватися порушенням пізнавальних процесів, зниження пам'яті, втратою сенсу діяльності та життя.

Для медичних працівників фрустрація є особливо актуальною, у скільки їх професійна діяльність часто пов'язана з високими очікуваннями та моральними зобов'язаннями, які не завжди можуть бути реалізовані через обмежені ресурси, нестача часу, труднощі взаємодії з пацієнтами та непередбачуваність клінічних ситуацій. Несумісність між бажаним результатом (одужання пацієнта) та реальністю (ускладнення, хронічні стани, смерть) створює глибокий внутрішній конфлікт, що нерідко стає основою фрустраційного переживання.

Однією з поширених реакцій на фрустрацію є агресія. Л. Берковіц відзначає, що «фрустрація сама по собі створює готовність до агресивної реакції, однак її реалізація залежить від наявності відповідних пускових стимулів.» Таким стимулом можуть стати критичні зауваження колег, незадоволені претензії пацієнтів, жорсткі управлінські вимоги.

Водночас агресія може бути не лише деструктурною, але і функціонально адаптивною, виконуючи роль засобу захисту власних кордонів, самоствердження та подолання перешкод. Е. Фром виокремлював, «доброякісну» агресію, що сприяє адаптації та збереженню життя, і

«злякисну», яка руйнує міжособистісні стосунки та внутрішню цілісність людини.

Таким чином, фрустрація у професійній діяльності медичних працівників може проявлятися як: емоційне виснаження і зниження мотивації, агресивні або пасивно-унікальні реакції, апатія, депресія, ригідність поведінки, соматичні прояви напруги.

Подальший перебіг фрустрації або її тривале переживання може спричинити розвиток інших деструктивних станів, серед яких особливо значущими є апатія та депресія. В умовах тривалої психоемоційної напруги, професійної відповідальності та ресурсного виснаження, медичні працівники нерідко стикаються з відчуттям втрати інтересу, емоційний реактивності та внутрішньої мотивації.

Апатія, за визначеннями М. Д. Левітова, - це пасивний психічний стан, що проявляється у переживанні внутрішньої порожнечі, незадоволеності та відчуття ця гра існування (цит. за: Кушнірова Т. В., Чичуга М. М., 2014). Для медичних працівників причинами апатії можуть бути: повторюваність та одноманітність клінічних випадків, емоційне виснаження, пов'язане з постійним контактом і стражданнями та болем пацієнтів, високий рівень відповідальності за результати лікування, адміністративний тиск, дефіцит часу та кадрових ресурсів, відсутність емоційної підтримки у колективі.[21]

На цьому етапі фахівець втрачає інтерес до професійної діяльності, відзначає зниження наполегливості, прагнення до розвитку та включення у взаємодію з пацієнтами та колегами. Соціальна активність скорочується, виникає тенденція до відсторонення від робочих і міжособистісних контактів.

Якщо стан апатії зберігається протягом тривалого часу і не супроводжується належним відновленням психоемоційних ресурсів, це може призвести до депресії. Депресія - це негативний психічний стан, який супроводжується глибоким емоційним пригніченням, втратою сенсу діяльності та зниженням життєвої активності. У в такому стані людина сприймає світ як ворожий, себе - як не здатного впливати на події, а майбутнє - як

безперспективне (Кушнірова Т. В., 2014). Для медичного працівника це може проявлятися у відчутті безсилля перед хворобами пацієнтів, емоційні онімилості щодо людського болю, втраті віри у професійний сенс діяльності, знижені самооцінки та професійної впевненості, розладах сну, апетиту, енергійності, ризиком зловживання психостимуляторами чи алкоголем. У крайніх стадіях депресії можлива дезорганізація фізіологічних потреб, що ускладнює виконання професійних обов'язків і життєвих функцій у цілому.

Таким чином, у професійній діяльності медичних працівників можуть виникати різні деструктивні психічні стани - стрес, тривога, емоційне вигорання, фрустрація, апатія та депресія. Вони є наслідком високої інтенсивності професійних навантажень, відповідальності за життя та здоров'я інших людей, емоційної включеності в ситуації страждання, а також організаційних труднощів системи охорони здоров'я.

Ці стани знижують особистісні та професійні ресурси, ускладнюють ефективну взаємодію з пацієнтами і колегами, порушують процеси саморегуляції та саморозвитку, можуть призводити до емоційного вигорання та професійної деформації. Тому вивчення та своєчасне виявлення деструктивних психічних станів у медичних працівників, а також формування навичок, їх подолання та профілактики є важливим завданням психологічного супроводу професійної діяльності у сфері охорони здоров'я. Особливої актуальності набуває розвиток умінь емоційної та поведінкової саморегуляції, спрямованих на підтримання оптимального рівня психічної стійкості, збереження внутрішніх ресурсів та запобігання професійному вигоранню.

1.3 Роль саморегуляції у забезпеченні професійно-особистісного розвитку медичних працівників.

Професійні деструктивні стани, що були розглянуті вище, такі як стрес, емоційне вигорання, тривога, апатія та депресивні прояви, знижують адаптаційні можливості медичних працівників та негативно впливають на їхню професійну ефективність. В умовах зростаючих вимог до якісного надання

медичної допомоги, значних психологічних і фізичних навантажень, а також ситуаційної непередбачуваності робочого процесу, особливої ваги набуває здатність особистості до внутрішнього відновлення та керування власними психічними станами. Саме тому поняття саморегуляції постає ключовим чинником професійно-особистісного розвитку медичних фахівців.

Як уже зазначалося у пункті 1.1, саморегуляція розуміється як цілісний процес свідомого управління людиною власними психічними станами, поведінкою, емоційними реакціями та мотивацією з метою забезпечення адаптації та ефективної діяльності. Вона передбачає здатність контролювати власні емоції, відновлювати внутрішню рівновагу, управляти психофізіологічними ресурсами та підтримувати працездатність у складних умовах.

Підтримуємо позицією ряду науковців, які підкреслюють, що людина може повноцінно виступати суб'єктом професійної діяльності лише за умови, що вона є активним суб'єктом власної психічної реальності. Тобто особистість спрямовує свою діяльність перш за все на саму себе, на здатність усвідомлювати, регулювати та змінювати власні стани і реакції. Саме завдяки процесам саморегуляції людина формує свідомі цілі, вибудовує стратегії їх досягнення та розвиває індивідуальні психологічні характеристики.

Таким чином, на основі аналізу розглянутих джерел можемо зробити висновок, що саморегуляція виступає важливим механізмом розкриття особистісного потенціалу, забезпечує узгодженість психофізіологічних функцій із вимогами ситуації та дозволяє адаптувати поведінку відповідно до поставлених завдань. Потреба у володінні навичками саморегуляції виникає у всіх сферах життєдіяльності людини та сприяє підвищенню її соціально- психологічної компетентності. Особливо актуальною вона є для представників професій, де особистість людини сама є головним інструментом діяльності.

У своїх дослідженнях М. В. Гринців підкреслює, що основними принципами саморегуляції діяльності людини є системність, активність і усвідомленість. Психологічні основи саморегуляції включають управління

пізнавальними процесами (сприйманням, увагою, уявою, мислення, пам'яттю, мовленням), а також власної поведінкою, емоціями та діями як реакціями на життєву ситуацію. Саморегуляція вольових процесів є центральною ланкою, адже саме воля сприяє трансформації внутрішніх станів у цілеспрямовану поведінку. Гринців розмежовує діяльнісну та особистісну саморегуляцію: перше визначає контроль дій у конкретних робочих ситуаціях, друга - формує ставлення людини до себе, інших та професійної діяльності загалом. Особистісна саморегуляція розглядається як найвищий рівень адаптаційної здатності, оскільки її предметом є зміна внутрішніх установок, цінностей, смислів і ставлень (Гринців, М. В., 2016).[13]

Особливої актуальності роль саморегуляції набуває у професійній діяльності медичних працівників, яка характеризує високим рівнем відповідальності, необхідністю приймати швидкі рішення, що інколи визначають життя та здоров'я пацієнтів, а також постійним контактом із людським стражданням, болем і кризовими станами. Медичні працівники нерідко стикаються з емоційним тиском, моральними дилемами, дефіцитом часу та необхідністю діяти в умовах невизначеності. Невдачі у лікуванні, смерть пацієнтів або ускладнення під час медичних втручань можуть викликати почуття провини, внутрішню виснаженість та зниження професійної самооцінки. У таких ситуаціях саме навички саморегуляції дозволяють підтримувати психологічну рівновагу та професійну компетентність.

Особливо складними є умови професійної діяльності військових медиків, які працюють у зоні бойових дій. Вони не тільки надають невідкладну допомогу у ситуаціях високого ризику, але й взаємодіють із сильно травмованими, пораненими або такими, що перебувають у критичних станах. Постійна зосередженість, необхідність діяти швидко та точно, висока емоційна насиченість подій, обмежені ресурси та загроза власному життю спричиняють значне психоемоційне напруження. У таких умовах саморегуляція є не лише складовою професійної майстерності, але із засобом виживання. Вона допомагає уникати емоційного зламу, зберігати ясність мислення,

підтримувати працездатність і не піддаватись деструктивному впливу шоку, страху або виснаження.

Здатність до особистісної саморегуляції також тісно пов'язана з опануванням конструктивних копінг-стратегій. Медичний працівник, який володіє навичками усвідомленого управління власними станами, здатний не лише зменшувати силу негативних переживань, але й підтримувати внутрішні ресурси через рефлексію, самопідтримку, пошук сенсу професійної діяльності та емоційне відновлення. Водночас недостатній розвиток саморегуляції призводить до використання непродуктивних механізмів психологічного захисту - уникання, заперечення, проекції, що з часом лише посилює психоемоційне виснаження.

Слід підкреслити, що формування саморегуляції є неодноразовим актом, а процесом, який потребує систематичної практики. Для узагальнення значення саморегуляції у професійній діяльності медичних працівників доцільно представити порівняння її ролі в контексті професійних особливостей та ризиків.

Табл.1.1.Особливості діяльності медичних працівників,психологічні ризик та компенсаторна роль саморегуляції.

Особливості професійної діяльності медичних працівників	Психологічні ризики та деструктивні стани.	Компенсаторна роль саморегуляції.
Висока відповідальність за життя та здоров'я пацієнтів.	Хронічний стрес страх помилки емоційне виснаження.	Стабілізація емоційного стану зниження тривожності.
Робота в умовах дефіциту часу та невизначеності.	Перевтома, імпульсивність, професійне вигорання.	Підтримання концентрації та оптимального психофізичного стану.

Контак з полем стражданям та смертю.	Співпереживання перевтома	Зниження емоційної рівноваги та гуманості.
Обмежені можливості допомоги в окремих випадках.	Почуття безсилля внутрішні конфлікти апатія.	Відновлення мотивації та професійного сенсу.
Робота в умовах війни для військових медиків.	Депресивні переживання бойовий стрес психічна травматизація виснаження.	Формування стійкості адаптації та швидкого психічного відновлення.

Отже, саморегуляція є ключовим механізмом забезпечення професійно-особистісного розвитку медичних працівників. Вона сприяє зображенню психічного здоров'я, підвищує адаптативність у складних умовах, допомагає уникати деструктивних емоційних станів та забезпечує стабільність у прийнятті рішень. Розвинені навички саморегуляції дозволяють медичним працівникам зберігати працездатність, професійну ефективність, емпатійність та здатність до гуманістичної взаємодії, що є надзвичайно важливими в умовах сучасних викликів, зокрема під час воєнного стану.

Висновки до розділу. Здоров'я людини - це найцінніше, що їй належить та в процесі життя людина зустрічається з різноманітними хворобами та травмами і саме в таких ситуаціях потребує допомоги медичних працівників, які допомагають вирішувати різноманітні проблеми пов'язані із здоров'ям та супроводжують людину в процесі одужання. Вагому роль в ефективності в наданні якісних послуг та професійної діяльності медичних працівників займає саме саморегуляція, як чинник особистісно-професійного розвитку.

Розглядаючи наукові джерела дослідження феномену саморегуляції нами були виявлені різні підходи до трактування цього явища. Розглянуто поняття

саморегуляція як складного, багаторівневого процесу, що включає свідоме

управління емоційними станами, поведінкою та внутрішніми психічними процесами. Погоджено, що особистість може бути активним суб'єктом професійної діяльності лише за умови, що вона здатна бути суб'єктом власної психічної активності, здійснюючи постійне усвідомлення та перетворення власних внутрішніх станів.

Висвітлено психологічні особливості негативних психічних станів, що виникають у професійній діяльності медичних працівників, зокрема стрес, професійне емоційне вигорання, тривогу, фрустрацію, апатію та депресію. Показано, що дані стани можуть не лише значно знижувати рівень професійної продуктивності, але й впливати на якість соціальної взаємодії, професійного мислення та психофізіологічний стан людини. Особливо актуальною проблема стає в умовах сучасних викликів для медичної сфери, зокрема у зв'язку з підвищеною інтенсивністю праці, дефіцитом ресурсів, підвищеною відповідальністю за життя і здоров'я пацієнтів, а також у ситуаціях експериментального навантаження, таких як робота медиків у зоні бойових дій.

Саме ефективна саморегуляція допомагає уникати деструктивних емоційних станів та забезпечує стабільність у прийнятті рішень. Розвинені навички саморегуляції дозволяють медичним працівникам зберігати працездатність, професійну ефективність, емпатійність та здатність до гуманістичної взаємодії, що є надзвичайно важливими в умовах сучасних викликів, зокрема під час воєнного стану.

РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ САМОРЕГУЛЯЦІЇ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.

2.1 Методологічне обґрунтування та організація дослідження саморегуляції медичних працівників.

Емпіричне дослідження саморегуляція у медичних працівників потребує чітко визначеної методологічної основи, що забезпечує валідність і надійність отриманих результатів. Враховуючи специфіку професійної діяльності лікарів, яка характеризується високим рівнем відповідальності емоційної напруги необхідністю швидкого прийняття рішень у ситуаціях невизначеності, розвиток механізмів психологічної саморегуляції набуває особливої значущості. Саморегуляція забезпечує збереження внутрішньої рівноваги, оптимізацію поведінки, стійкість до негативних психічних станів і відповідно сприяє професійно особистісному розвитку лікаря.

Методологічне підґрунтя дослідження ґрунтується на положеннях системного, діяльнісного та особистісного підходів, які дозволяють розглядати саморегуляцію як комплекс взаємопов'язаних процесів свідомого і несвідомого контролю емоцій, дій, поведінкових реакцій та психічних станів. Саме взаємозв'язок особистісних характеристик регуляторних механізмів визначає рівень готовності до ефективного виконання професійних обов'язків у медичній сфері.

Розвиток саморегуляції у лікарів сприяє підвищенню їхньої психологічної стійкості та професійної надійності. Водночас своєчасна діагностика таких характеристик, як емоційно врівноваженість, вольовий контроль, здатність до самоконтролю та самокорекція поведінки, дозволяє оцінити рівень сформованості механізмів саморегуляції. Таким чином виникає потреба в комплексному дослідженні взаємозв'язку між особистісними якостями лікаря та його здатністю до ефективного управління власним психічними станами в умовах професійного навантаження.

Емпіричне дослідження було спрямоване на вивчення таких аспектів психологічної саморегуляції, як рівень самооцінки, вольовий і комунікативний

самоконтроль, емоційне самовладання, наполегливість, а також особливості проявів негативних психічних станів. Зазначені показники є інформативними щодо функціонування механізмів саморегуляції та їх впливу на професійну діяльність лікаря.

Емпірична частина дослідження проводилась на базі КЗ «Хмельницька центральна району лікарня», санаторію «Березовий гай» та санаторію «Поділля» у місті Хмельнику. В дослідженні взяло участь 60 лікарів різних спеціальностей зі стажем роботи 5-25 років, 38 жінок та 22 чоловіки.

Для досягнення поставленої мети у дослідженні використано комплекс психо-діагностичних методик, що дозволяють оцінити як структурні так і функціональні характеристики саморегуляції лікарів, виявити рівень емоційної напруги, а також визначити індивідуальні особливості реагування на професійні стресори. Зокрема нами були підібрані та використані дані методики:

- опитувальник «Стиль саморегуляції поведінки» В.І.Моросанової;
- тест-опитувальник «Дослідження вольової саморегуляції» А.Зверкова,Є.Ейдмана;
- тест «Самооцінки психічних станів» Г.Айзенка;
- тест «Емоційного вигорання» В.В.Бойко;
- Опитувальник «Стратегії подолання стресових ситуацій»(SACS) С.Хобфола.

Таким чином обґрунтований вибір методів параметрів оцінювання та категорії досліджуваних лікарів різних спеціальностей забезпечує можливість цілісного аналізу ролі саморегуляції в професійно-особистісному розвитку медичних працівників.

Методика діагностики саморегуляції (В. Моросанова). Метою даної методики є вивчення індивідуально-стильових особливостей саморегуляції у навчальній діяльності студентів (ССПМ). В основу розробки методики була покладена концепція усвідомленої регуляції діяльності (О. Конопкін) та

положення про індивідуально-стильові особливості саморегуляції діяльності (О. Конопкін, В. Моросанова). [24]

Метою останньої версії цієї методики (ССП–98) є діагностика розвитку індивідуальної саморегуляції та її індивідуального профілю, що містить показники планування, моделювання, програмування, оцінки результатів, гнучкості та самостійності (В. Моросанова).

Опитувальник містить шість шкал, виділених відповідно до основних регуляторних процесів: планування, моделювання, програмування, оцінки результатів, а також регуляторно-особистісних властивостей – гнучкості і самостійності.

Структура опитувальника така, що низка тверджень одночасно входять до складу двох шкал. Це стосується тих тверджень опитувальника, які характеризують як регуляторний процес, так і регуляторно-особистісну якість. Загальний рівень саморегуляції характеризує загальний рівень сформованості індивідуальної системи саморегуляції довільної активності людини.

Функціональне призначення шкал питальника, відображає сутність регуляторних процесів та регуляторно-особистісних якостей. Планування характеризує особливості цілетворення та підтримання цілей, рівень сформованості у людини усвідомленого планування діяльності. Моделювання дає змогу діагностувати індивідуальну розвиненість уявлень про систему зовнішніх і внутрішніх значущих умов, ступінь їх усвідомленості, деталізованості та адекватності. Програмування діагностує індивідуальну розвиненість усвідомленого програмування людиною своїх дій. Оцінювання результатів характеризує індивідуальну розвиненість і адекватність оцінки досліджуваним себе і результатів своєї діяльності та поведінки. Гнучкість діагностує рівень сформованості регуляторної мінливості, тобто здатності перебудовувати систему саморегуляції у зв'язку зі зміною зовнішніх і внутрішніх умов. Самостійність характеризує розвиненість регуляторної автономності.

Інтерпретація отриманих результатів здійснюється на основі аналізу піків і спадів ланок саморегуляції, що утворюють певний регуляторний профіль.

Методика дослідження вольової саморегуляції А. Зверкова і Є. Ейдмана передбачає дослідження вольової саморегуляції особистості. Загалом, під рівнем вольової саморегуляції розуміється міра оволодіння власною поведінкою в різних ситуаціях, здатність свідомо керувати своїми діями, станами і спонуканнями. Рівень розвитку вольової саморегуляції може бути охарактеризований в цілому і окремо за такими властивостями характеру, як наполегливість і самовладання.

Рівні вольової саморегуляції визначаються відносно середнього значення кожної зі шкал: «Загального рівня вольової саморегуляції», «Наполегливості» і «Самовладання». Високий бал за кожною зі шкал свідчить про емоційну зрілість, активність, незалежність, самостійність, спокій, впевненість у собі, стійкість намірів тощо. Низький бал характеризує людей чутливих, емоційно нестійких, ранимих і невпевнених у собі.

Методика визначення нервово-психічної стійкості, ризику дезадаптації в стресі «Прогноз» призначена для визначення рівня нервово-психічної стійкості і дає змогу виявити окремі ознаки особистісних порушень, а також оцінити ймовірність виникнення нервово-психічних зривів. Результати обстеження виражаються кількісним показником (у балах), на підставі якого робиться висновок про рівень нервово-психічної стійкості та ймовірності нервово-психічних зривів. Завдяки чіткості, простоті питань, їх адекватності віковому періоду методика дає змогу отримати достатньо повноцінні дані. Якісний аналіз відповідей дозволяє спрогнозувати особливості поведінки і стану психічної діяльності людини в різних ситуаціях.

Методика діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка дає змогу виявити рівні чотирьох показників: тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності.

Особистісна тривожність свідчить про схильність індивіда до переживання тривоги, що характеризується низьким порогом виникнення реакції тривоги.

Фрустрація виражає психічний стан, що виникає внаслідок реальної чи уявної перешкоди, який заважає досягненню мети.

Агресія свідчить про підвищену психологічну активність, прагнення до лідерства шляхом застосування сили щодо інших людей.

Ригідність вказує на труднощі у зміні наміченої суб'єктом діяльності в умовах, що об'єктивно вимагають її перебудови.

Методика діагностики самооцінки психічних станів за Г. Айзенком дає змогу реалізувати скринінговий зріз за один раз багатьох типологічних компонентів.

За допомогою опитувальника С. Хобфолла «SACS» досліджувалися особливості поведінкових моделей вирішення психологічно напружених ситуацій, що можуть викликати стрес та стратегій і моделей копінг-поведінки як типів реакцій особистості, спрямованих на подолання стресових ситуацій.

Багатовимірну модель «поведінки подолання» С. Хобфоллом було запропоновано у 1994 році, вона вважається найсучаснішою моделлю вивчення індивідуальних поведінкових моделей вирішення стресових ситуацій. На відміну від попередніх моделей, копінг-поведінка розглядається як стратегії (тенденції) поведінки, а не як окремі типи поведінки. Запропонована модель має дві основні вісі (просоціальна–асоціальна, активна–пасивна) і одну додаткову вісь (пряма–непряма), які являють собою вимірювання загальних стратегій подолання. Введення просоціальної і асоціальної осей ґрунтується на наступному: багато життєвих стресорів є міжособистісними або мають міжособистісний компонент; навіть індивідуальні зусилля з подолання мають потенційні соціальні наслідки; для подолання часто необхідна взаємодія з іншими людьми.

Як зазначає С. Хобфолл, дані моделі поведінки характеризують три пересічні координатні вісі (напрямки й індивідуальну активність)

стресодолаючої поведінки особистості в ситуаціях проблемного спілкування в системі людина-людина. Стратегічний напрямок копінг-поведінки у змістовному плані повинен описуватися за допомогою мінімум трьох координат: вісь активності – пасивності, вісь просоціальної – асоціальної стратегії, вісь пряма - непряма (маніпулятивна) поведінка. За допомогою цих даних ми виміряли загальні стратегії подолання. Стратегії й моделі поведінки, залежно від ступеня конструктивності, можуть сприяти або, навпаки, перешкоджати успішності подолання професійних стресів, кризових явищ та впливати на збереження здоров'я суб'єкта діяльності. Побудований на основі даної моделі опитувальник «SACS» дозволяє корегувати копінг-поведінку.

Враховуючи зазначене, було визначено такі інтегральні показники рівня сформованості копінг-поведінки:

високий рівень (3) – копінг-моделі: асертивна, вступ у соціальний контакт, пошук соціальної підтримки представлені у профілі копінг-поведінки особистості на високому рівні, копінг-моделі: обережна, імпульсивна, уникання – на середньому або низькому рівнях, копінг-моделі: маніпулятивна, асоціальні дії, агресивна – на середньому або низькому рівнях (індекс конструктивності від 1,11 до 2);

середній рівень (2) – копінг-моделі: обережна, імпульсивна, уникання представлені у копінг-поведінці майбутніх психологів на високому рівні, моделі: асертивна, вступ у соціальний контакт, пошук соціальної підтримки – на середньому або низькому рівнях; копінг-моделі: маніпулятивна, асоціальні дії, агресивна – на низькому або усі моделі копінг-поведінки представлені на середньому рівні (індекс конструктивності від 0,86 до 1,1);

низький рівень (1) – копінг-моделі: маніпулятивна, асоціальні дії, агресивна представлені на високому рівні; моделі асертивна, вступ у соціальний контакт, пошук соціальної підтримки, обережна, імпульсивна, уникання – на середньому або низькому рівнях (індекс конструктивності від 0,2 до 0,85).

2.2 Особливості прояву здатності до саморегуляції в медичних працівників.

Продуктивне дослідження саморегуляції медичних працівників важливо провести за допомогою комплексу якісних психодіагностичних методик, що вивчають такі складові, як самооцінка, психічні стани людини, комунікативний та вольовий самоконтроль, наполегливість та самовладання. Данні показники з однієї сторони являються детермінантами особистісного розвитку, а з іншої- властивостями, що характеризують особистісну саморегуляцію. Саме тому ми зупинились на вивченні даних змінних.

Перед початком дослідження нами були проведенні попередні індивідуальні та групові зустрічі з частиною досліджуваних нами лікарів, де ми мали можливість познайомитись з ними ближче, оцінити їх психологічний стан та їхнє розуміння об'єкту даного дослідження.

На початку дослідження першою нами була використана методика опитувальник «Стиль саморегуляції поведінки» В.І.Моросанової. В таблиці 2.1 нами представлений аналіз отриманих результатів.

Таблиця 2.1

Результати дослідження стилів саморегуляції у лікарів (N=60)

№ з / п	Показники	Рівні розвитку					
		Високий		Середній		Низький	
		К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%
1	Планування	11	16,7	41	70	8	13,3
2	Моделювання	12	15	39	65	9	20
3	Оцінювання результатів	8	13,3	44	73,4	8	13,3
4	Програмування	9	15	43	71,7	8	13,3
5	Самостійність	11	18,3	42	70	7	11,7

6	Гнучкість	10	16, 7	42	70	8	13 .3
7	Загальний рівень саморегуляції	8	13, 3	45	75	7	11 ,7

Отже як видно з результатів дослідження представлених у таблиці 2.1. високий показник загального рівня саморегуляції становить 13.3%, що свідчить про їхню самостійність та гнучкість. Дані лікарі володіють адекватною реакцією на зміни умов та непередбачуваних факторів. При високій мотивації вони спроможні формувати такий стиль саморегуляції, який компенсує особистісні характеристики, що перешкоджають ефективній діяльності. У 70% опитаних загальний рівень саморегуляції становить середній рівень і 11,7% мають низький рівень, що свідчить про несформованість у них таких компонентів як усвідомлене планування та програмування своєї поведінки. Дані респонденти залежні від думок оточуючих і володіють низькою можливістю компенсації несприятливих для досягнення поставлених цілей.

Якщо зробити аналіз окремо по кожній шкалі, то можна побачити що за шкалою планування 16,7% опитаних володіють високим рівнем планування, у 70% він середній і у 13,3%- низький. Це говорить про те що більшість опитаних володіють сформованою потребою у плануванні своєї діяльності. Володіють реалістичними планами та чітко розуміють як їх втілити у життя. Зокрема у бесіді з лікарем-неврологом Олександром К. виявлено, що саме чітке планування як повсякденних справ так і майбутнього загалом дозволяє вчасно реалізовувати свої плани.

За шкалою «Моделювання» високий рівень спостерігається у 15% опитаних, у 65% виявлено середній рівень і 20% володіють низьким рівнем, що є свідченням володіння більшістю опитаних достатнім ступенем деталізованості та адекватності у процесі досягнення власних цілей.

За шкалою оцінювання результатів отримали такі результати: у 13,3 % високі показники оцінювання власних результатів ,у 73,4% -середні,у 13,3- низькі , що є свідченням адекватності та розвиненості самооцінки у більшості опитаних лікарів. Вони можуть адекватно оцінити себе і наслідки своєї діяльності,причини які призводять до тих чи інших результатів, а також бути гнучкими при зміні умов та обставин.

Згідно з шкалою «Програмування» високі показники показують 15% респондентів, у 71,7 вони середні і у 13,3-низькі, що свідчить про те,що більшість опитаних нами лікарів володіють здатністю продумування власних дій та поведінки для досягнення власних цілей.

Отримані дані за шкалою «Самостійність» показують,що 18,3% опитаних володіють високим рівнем самостійності, тобто високо розвиненою регуляторною автономністю, у 70 % вона знаходиться на середньому рівні і у 12,7 %-на низькому.

За шкалою «Гнучкість» отримали такі результати: високі показники у 70 % опитаних, середні показники демонструють 16,7% респондентів і 13,3%-низькі, що дає нам можливість констатувати пластичність регуляторних процесів у більшості опитаних, хоча частина з них не може своєчасно та ефективно реагувати на зміну зовнішніх умов і своєчасно здійснювати відповідну корекцію.Це говорить про потребу в покращенні свого рівня гнучкості.

Проаналізувавши в загальному отримані результати за даною методикою вважаємо,що вони є свідченням сформованості у опитаних лікарів індивідуальної системи саморегуляції.

Результати дослідження представлено на рис.2.1.

Наступним у дослідженні був використаний тест-опитувальник «Дослідження вольової саморегуляції» А.Зверкова, Є.Ейдмана.За даною методикою були отримані результати,представлені нами у таблиці 2.2.

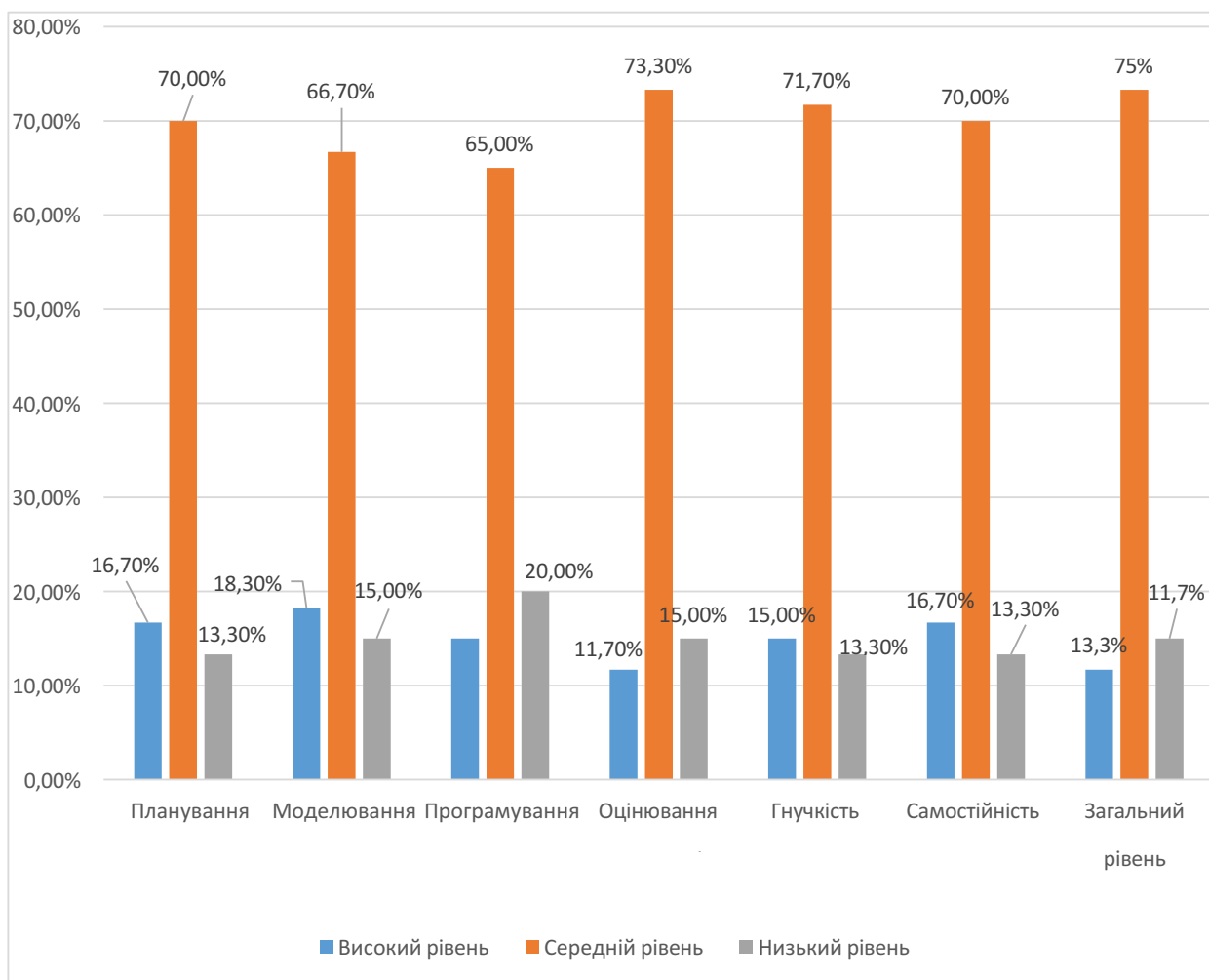


Рис.2.1. Розподіл рівнів сформованості стилів саморегуляції серед лікарів у відсотковому співвідношенні.

Таблиця 2.2.

Показники рівня вольової саморегуляції у лікарів (N=60)

№ з/п	Показники	Рівні розвитку					
		Високий		Середній		Низький	
		К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%
1	Загальний показник	8	13,3	40	66,7	12	20

	вольової саморегуляції						
2	Субшкала «Настирливість»	9	15	39	65	12	20
3	Субшкала «Самовладання»	14	23,3	36	60	10	16,7

Діагностика рівня вольової саморегуляції проведена за допомогою відповідної методики, засвідчила що за інтервальним показником «Загальний рівень вольової саморегуляції» у більшості лікарів домінує середній рівень розвитку цього конструкту, який спостерігається у 66,7% респондентів. Такий рівень характерний для фахівців, які в загальному здатні усвідомлювати внутрішні мотиви, планувати власні дії та послідовно реалізовувати професійні наміри, однак у складних чи нестандартних умовах можуть потребувати додаткових ресурсів для підтримання самоконтролю.

Високий рівень вольової саморегуляції було зафіксовано у 8% лікарів, для таких фахівців властиво виражена цілеспрямованість, уміння розподіляти власні сили, контролювати поведінку навіть у напружених умовах лікарської практики, вони схильні до відповідальної та соціально-орієнтованої поведінки, демонструють стійкість у стресових ситуаціях, разом з тим надмірне прагнення контролювати кожну деталь професійної поведінки інколи може призводити до підвищеної внутрішньої напруги або тривожності щодо можливих помилок чи проявів спонтанності.

У 20% лікарів зафіксовано низький рівень вольової саморегуляції, що є досить значною величиною для професій пов'язаних із високою відповідальністю. Фахівці з таким рівнем контролю частіше відчують потребу у структуруванні власних дій, можуть залежати від ситуаційних чинників чи думки оточення, приймати рішення під впливом зовнішніх умов, їм складніше компенсувати індивідуально-психологічні труднощі у ситуаціях, які потребують швидкої та точної професійної реакції. Це у свою чергу може

ускладнювати опанування нових видів діяльності, деяких клінічних навичок чи методів роботи якщо вони не відповідають значним стильовим особливостям регуляції.

Аналіз результатів за субшкалами наполегливість та самовладання також свідчить про переважання середніх та високих значень над низькими.

Також важливо зазначити що під час обробки результатів методики та аналізу бесіди з лікарями було виявлено певні відмінності пов'язані зі стажем професійної діяльності, зокрема загальний показник вольової саморегуляції у лікарів з більшим стажем понад 10 років виявився вищим ніж у лікарів чий досвід становить до п'яти років. На нашу думку це пояснюється тим, що триваліший професійний шлях сприяє формуванню більш високого рівня самоконтролю, вміння планувати та програмувати власні дії а також здатності до ефективного подолання стресових ситуацій. Досвідчені лікарі як правило краще усвідомлюють свої професійні мотиви, впевненіше приймають рішення, мають ширші можливості для компенсації несприятливих умов та демонструють більш стабільні показники саморегуляції в складних робочих ситуаціях.

Натомість лікарі з невеликим стажем частіше відзначали труднощі самоконтролю і підвищену залежність від зовнішніх обставин, невпевненість у власних діях та емоційні труднощі під час взаємодії з пацієнтами. Це закономірно, оскільки саме в перші роки професійної діяльності відбувається активне становлення ідентичності фахівця, вироблення індивідуального стилю роботи та поступове вдосконалення механізмів саморегуляції. Результат дослідження представлено на рис.2.2

Результати, які були отримані в результаті використання даних методик можна частково пояснити саме тими психічними станами в яких перебувають досліджувані нами лікарі. Тому наступною методикою, яку ми використали в процесі дослідження був тест «Самооцінки психічних станів» Г.Айзенка для того щоб їх продіагностувати. Отримані результати представлені нами в таблиці 2.3.

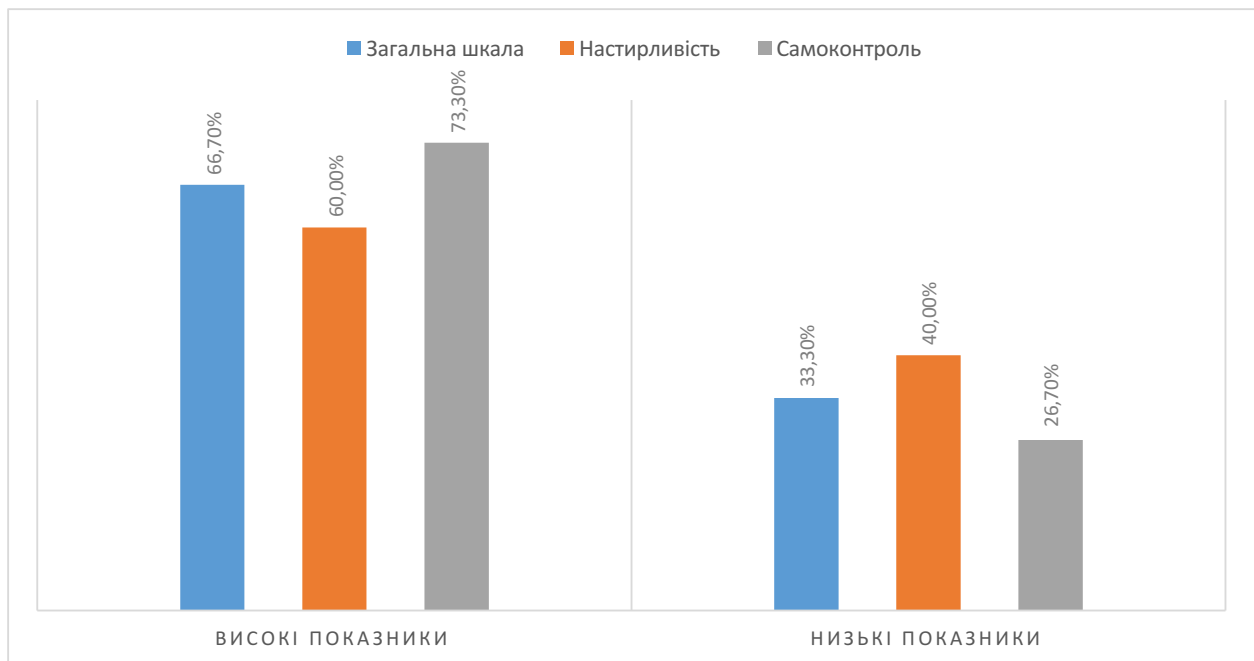


Рис.2.2 Порівняльний розподіл рівнів вольової саморегуляції серед лікарів за методикою А.Зверкова,Є.Ейдмана.

Таблиця 2.3.

Показники дослідження психічних станів у лікарів.

№ з/п	Показники	Рівні розвитку					
		Високий		Середній		Низький	
		К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%
1	Тривожність	8	13,3	43	71,7	9	15
2	Фрустрація	6	10	42	70	12	20
3	Агресивність	6	10	44	73,3	10	16,7

4	Ригідність	7	1	44	7	9	15
	ь		1		3		
			7		3		

На основі результатів поданих у таблиці 2.3 можна зробити висновок, що серед обстежених лікарів найбільш вираженим негативним психічним станом є тривожність, високий рівень тривожності виявлений у 13,3 % респондентів, середній у 71,7 %, а низький у 15 %. Під час індивідуальних бесід декілька лікарів зазначили, що відчуття тривоги для них пов'язане з високою відповідальністю за життя пацієнтів, зростання професійного навантаження та побоюванням допустити помилку в умовах складних клінічних ситуацій.

Загальний аналіз таблиці 2.3 показав домінування середніх показників за більшістю шкал, найвищі значення середнього рівня були зафіксовані за шкалами агресивність та ригідність.

Переважаання низького та середнього рівнів тривожності свідчить, що більшість лікарів достатньо стійко реагують на професійні труднощі та зберігають здатність адекватно оцінювати ситуацію в умовах воєнного стану та високої соціальної напруги, ці результати можна розглядати як відносно сприятливі.

Узагальнено дані свідчать, що більшість лікарів мають помірний рівень фрустрації, агресії та ригідності, попри певні труднощі на роботі, часті зміни умов, нестачу ресурсів чи необхідність коригувати плани, більшість зберігають емоційну стабільність, контроль поведінки та достатньо гнучкість у складних ситуаціях. Отримані дані за методикою представлено на рисунку 2.3

Однак результати цього опитування не дозволяють повною мірою охарактеризувати специфічні стани, пов'язані саме з професійною сферою. Медична практика передбачає необхідність швидкого прийняття рішень та частого контакту з стражданням, що може зумовлювати формування особливого комплексу виснаження.

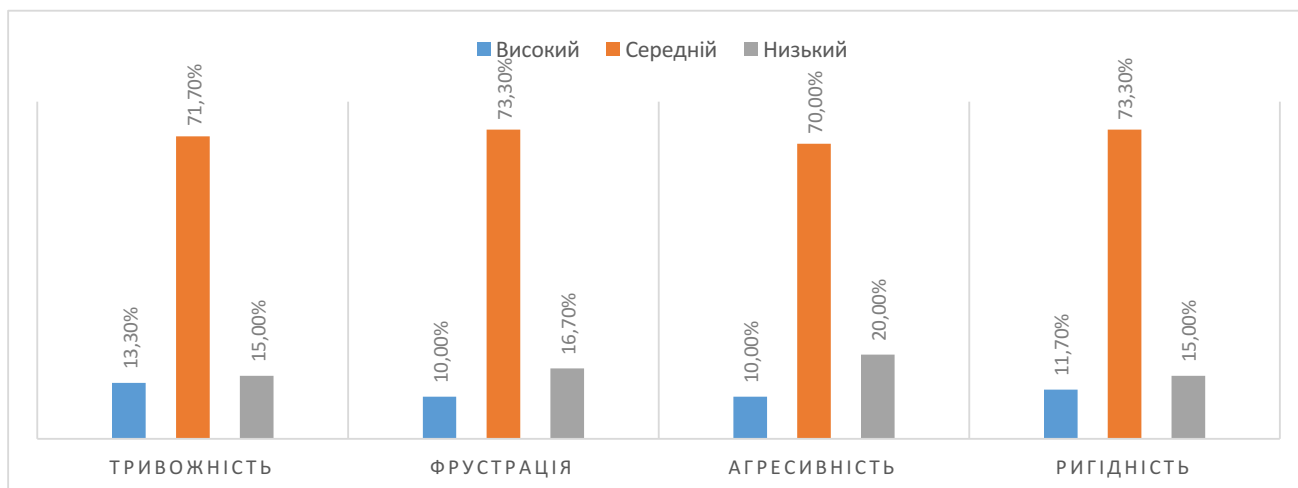


Рис.2.3. Показники самооцінки психічних станів лікарів за методикою Г.Айзенка.

Тому наступним кроком нашого дослідження стало вивчення симптомів професійного вигорання лікарів за допомогою тесту емоційного вигорання В.В. Бойка, який дозволяє виявити динаміку розвитку вигорання, оцінити наявність напруження, резистентності та виснаження, а також встановити характерні симптоми, що супроводжують процес емоційного виснаження у медичних працівників. Показники сформованості симптомів фаз емоційного вигорання представлені нами у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4. Розподіл лікарів за рівнем прояву професійного вигорання (N=60)

Рівень вигорання	Кількість лікарів	%	Характеристика проявів
Високий	6	10	Значна емоційна втома, дратівливість, зниження мотивації, негативне ставлення до роботи.
Середній	39	65	Помірний стрес і втома здатність контролювати емоції підтримка професійної діяльності.
Низький	15	25	Стабільна емоційна рівновага, висока активна робота в стресових умовах.

Результати дослідження показали наступні тенденції: серед 60 лікарів високий рівень вигорання зафіксований у 10 % респондентів, ці лікарі

демонструють значну емоційну втому, зниження мотивації, підвищену дратівливість та негативне ставлення до професійних завдань. Середній рівень вигорання спостерігається у 65% лікарів, вони відчують помірний стрес та втому, проте здатні контролювати емоції та продовжувати професійну діяльність. Низький рівень вигорання характерний для 25% респондентів. Ці лікарі демонструють емоційну рівновагу, високу мотивацію та здатність до ефективної професійної діяльності навіть у стресових умовах.

Важливо зазначити, що високий та середній рівень емоційного вигорання у більшості випадків пов'язаний з тривалим робочим навантаженням, необхідністю прийняття швидких рішень, емоційною напругою при контакті з пацієнтом та високими професійними вимогами.

За даними таблиці видно, що більшість лікарів мають середній рівень професійного вигорання, що потребує профілактичних заходів психологічної підтримки та розвиток навичок саморегуляції, лише незначна частина респондентів демонструє високий рівень вигорання, що свідчить про критичну необхідність втручання для запобігання зниженню якості професійної діяльності та погіршення психічного стану.

Після оцінки рівня професійного вигорання лікарів за методикою В.В. Бойка наступним кроком нашого дослідження було вивчення стратегії подолання стресових ситуацій у медичних працівників. Для цього була використана методика стратегії подолання стресових ситуацій, яка дозволяє виявити які поведінкові та когнітивні стратегії застосовують учасники у стресових умовах. Результати проведеного дослідження наведено у таблиці 2.5. Аналіз даних показав, що лікарі частіше використовують просоціальні копінг-стратегії: пошук соціальної підтримки 16,7 % опитаних, це є свідченням готовності звертатися по допомогу та отримувати підтримку колег у складних професійних ситуаціях. Вступ у соціальний контакт використовують 15% лікарів, такі дії демонструють прагнення лікарів взаємодіяти із колегами та обмінюватися досвідом при вирішенні певних питань у кризових ситуаціях.

Таблиця 2.5

Стратегії подолання стресових ситуацій лікарями.

Модель	Кількість	%
Асертивні дії	6	10
Вступ у соціальний контакт	9	15
Пошук соціальної підтримки	10	16,7
Обережні дії	7	11,7
Імпульсивні дії	7	11,7
Уникнення	6	10
Маніпулятивні(непрямі)дії	6	10
Асоціальні дії	5	8,3
Агресивні дії	4	6,6

Інтерв'ю з респондентами підтвердили, що лікарі, особливо з більшим стажем активно звертаються до більш досвідчених колег або беруть участь у колегіумах для обговорення складних випадків. Стратегію обережних дій застосовують 11,7% лікарів, з одного боку така стратегія є доцільною в професійній діяльності лікаря, де важлива точність аналіз та обережність у прийнятті рішень, з іншого боку у критичних ситуаціях, які вимагають швидкої реакції надмірна обережність може уповільнювати процес подолання стресу та прийняття рішень.

Таким чином результати методики SACS показують що досліджувані нами лікарі здебільшого орієнтується на соціальну підтримку та взаємодію, що є важливим фактором підвищення їхньої психологічної стійкості та професійної ефективності.

Менш вираженими у лікарів виявились такі копінг-стратегії, як асертивні дії - 10%, що викликає певне занепокоєння, оскільки професійна діяльність лікаря передбачає впевненість у власних рішеннях та адекватну демонстрацію рішучої поведінки в стресових ситуаціях; уникнення-8,3%, що є пасивною стратегією подолання стресу, тобто не передбачає активних дій для вирішення проблем; маніпулятивні, тобто непрямі дії-8,3%. Також було зафіксовано асоціальні дії на рівні 10 %, які які можуть проявлятися у вигляді жорсткості, цинічності або недружньої поведінки та агресивні дії-8,3%.

Враховуючи високий рівень професійного навантаження та численні стресові ситуації можна припустити що ці менш виражені стратегії виконують певну захисну функцію тобто дозволяють лікарям частково зменшувати стрес і тимчасово уникати деяких проблем не порушуючи при цьому основного процесу професійної діяльності.

Результати дослідження за даною методикою подано на рис.2.5.

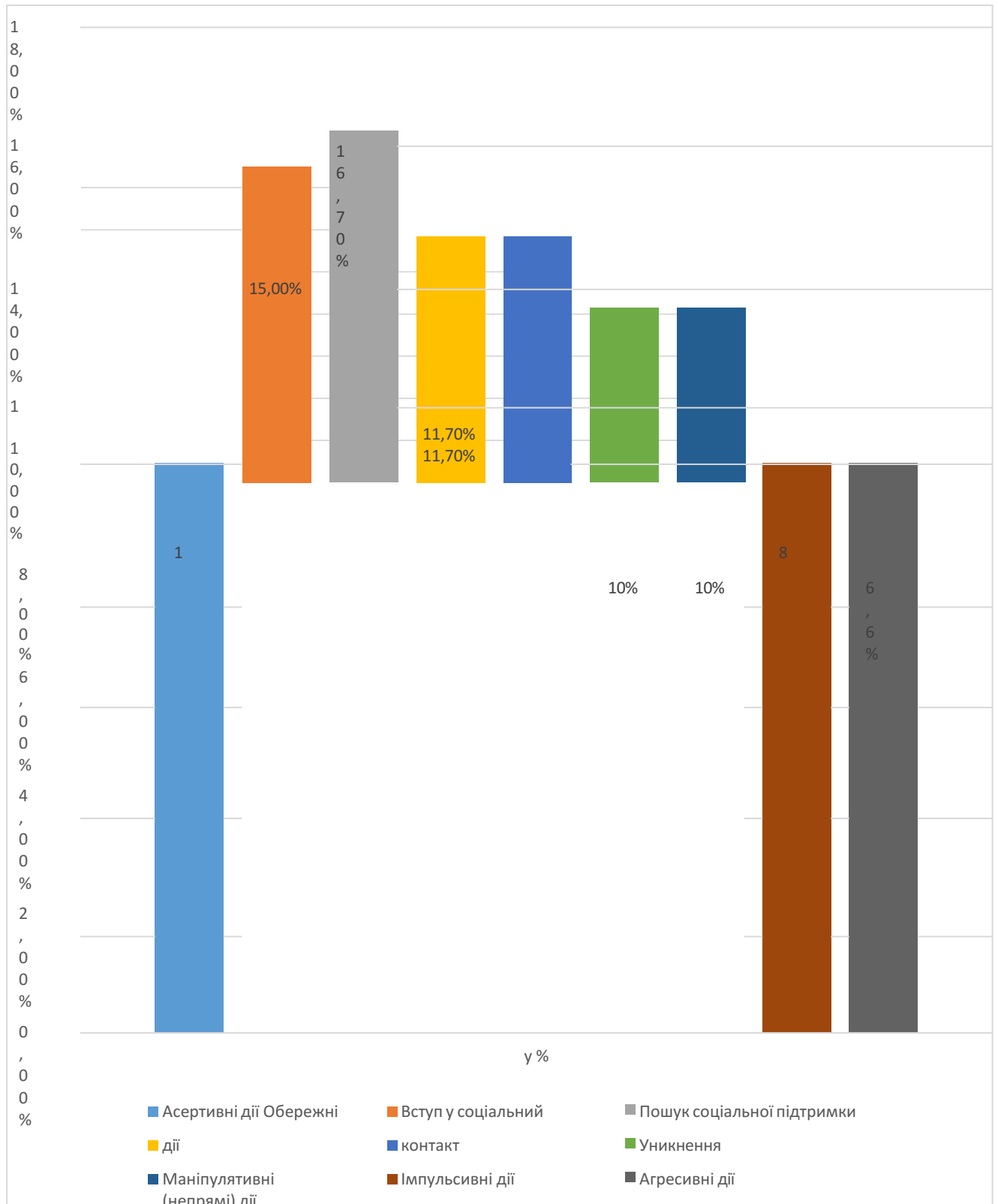


Рис.2.5.Показники дослідження стратегій подолання стресових ситуацій у лікарів (N=60) за методикою С.Хобфолла.

Висновки до розділу

Дослідженн психологічних особливостей лікарів засвідчило, що особистісна саморегуляція проявляється через такі ключові компоненти, як вольова саморегуляція, самооцінка, самоконтроль у професійній діяльності, контроль за дією та структуровані ланки саморегуляційного процесу.

За результатами експериментального дослідження у більшості лікарів рівень особистісної саморегуляції перебуває на середньому рівні-75%,низький рівень саморегуляції зафіксований у 11,7% респондентів, що свідчить про

недостатню здатність до усвідомленого планування своєї професійної діяльності та більшу залежність від зовнішніх обставин. Високий рівень саморегуляції був виявлений у 13,3%, що є свідченням гнучкості, самостійності та усвідомленого досягнення професійних цілей. Загалом можна констатувати, що у більшості лікарів сформована ефективна система особистісно-професійної саморегуляції.

Компоненти вольової саморегуляції, такі як «самовладання» та «наполеглевість», у більшості респондентів розвинені на середньому рівні, що відображає професійну мобільність, здатність контролювати емоції та забезпечувати ефективне виконання обов'язків.

Аналіз самооцінки психічних станів досліджуваних нами лікарів показав переважання середніх показників тривожності (%), фрустрації (%), агресивності (%) та ригідності. Враховуючи специфіку роботи лікарів, яка характеризується високим рівнем професійного страху, такі результати можна вважати достатньо оптимальними.

Результати діагностики професійного вигорання за методикою В.В.Бойка показали, що серед респондентів існує певний рівень емоційного виснаження, що потребує уваги та цілеспрямованих психокорекційних заходів. Показники свідчать про необхідність формування стратегій профілактики вигорання, адже їх реалізація сприяє підтриманню психофізіологічної стабільності та ефективності професійної діяльності.

Щодо стратегій подолання стресу, лікарі частіше використовують просоціальні моделі поведінки: пошук соціальної підтримки (16,7%) та вступ у соціальний контакт (15%), що свідчить про готовність звертатися по допомогу до колег та підтримувати взаємодію у складних ситуаціях. Інші стратегії мали середню вираженість, присутні й негативні копінг-стратегії, які потребують корекції.

Отримані результати підкреслюють необхідність впровадження спеціальних тренінгових програм для лікарів, спрямованих на розвиток конструктивних стратегій подолання стресу, підвищення рівня особистісної

саморегуляції та профілактики професійного вигорання. Такі програми дозволяють цілеспрямовано впливати на ключові компоненти професійної саморегуляції та психологічну готовність до професійної діяльності, підвищуючи ефективність роботи та психоемоційну стійкість лікарів.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ТА ПРОГРАМА РОЗВИТКУ САМОРЕГУЛЯЦІЇ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.

3.1 Програма та методичні засади розвитку психологічної саморегуляції медичних працівників

Ефективність професійної діяльності медичного працівника значною мірою залежить від рівня розвитку його особистісної саморегуляції, вміння керувати власними емоціями та станами, підтримувати працездатність. Професійна мотивація, психологічна стійкість у складних умовах медичної практики, постійний контакт із хворими, відповідальність за життя та здоров'я людей, підвищені вимоги до точності рішень і швидкості реагування, створюють високий рівень психоемоційного напруження. Тому розвиток навичок саморегуляції є суттєвою умовою професійного зростання і підтримання психологічного благополуччя лікаря.

На основі результатів емпіричного дослідження було сформовано дві групи медичних працівників: експериментальну та контрольну. Учасники експериментальної групи брали участь у формульованому експерименті та проводили цикл розвивальних впливів спрямованих на підвищення рівня їх саморегуляції. Контрольна група лікарів була сформована з метою забезпечення можливості прийняття та подальшого оцінювання ефективності запропонованої програми розвитку саморегуляції.

З учасників експериментальної групи за результатами тестування, індивідуальних співбесід та з урахуванням добровільної згоди було сформовано дві тренінгові групи по 12 лікарів. Така кількість учасників в кожній групі дозволила зберегти активність та відкритість, створити підтримуючу атмосферу сприятливу для розвитку довірливих взаємин і продуктивної роботи. Надмірно велика група могла б знижувати індивідуальні внески її учасників і ускладнювати процес зворотнього зв'язку.

На завершальному етапі впливу були проведені повторні вимірювання показників саморегуляції в контрольній та експериментальній групах. Це

дозволило здійснити оцінку ефективності розробленої програми формування навичок саморегуляції у лікарів.

В основу структури розробленої програми було покладено як результати діагностики так і актуальні запити самих лікарів щодо підтримки емоційної стабільності та розвитку професійної стійкості. Перший компонент реалізовувався у форматі психологічних бесід присвячених питанням регуляції емоційних станів, впливу здорового способу життя на психологічні ресурси, роль саморефлексії у професійній діяльності лікаря. Такі бесіди проводились на початку занять або між ними за бажанням учасників. Другий компонент передбачає індивідуальну психологічну допомогу за запитом. Вона включала психокорекцію, консультативну підтримку, осмислення професійних труднощів у адаптивних стратегіях поведінки. Третій компонент полягає у забезпеченні постійного психологічного супроводу, що дозволяло лікарям відстежувати власний динамічний розвиток.

Розроблена програма спрямована на розвиток навичок психологічної саморегуляції стресостійкості, підвищення рівня емоційної стабільності та професійної витримки лікарів. Ця здатність має особливе значення, оскільки лікар щодня стикається з високою відповідальністю, інтенсивними емоційними переживаннями пацієнтів, стресовими ситуаціями, невизначенністю і необхідністю швидкого ухвалення рішень. Тому формування ефективних механізмів саморегуляції є важливою умовою збереження професійного здоров'я у лікаря та попередження емоційного вигорання.

Метою програми є підвищення рівня психологічної саморегуляції у лікарів, розвиток уміння керувати власними психічними станами в умовах професійних навантажень.

Завдання програми передбачають:

- Формування у учасників усвідомленого ставлення до власних психо емоційних станів та механізми їх регуляції;
- розвиток навичок конструктивного подолання професійного стресу;

- підвищення рівня самоконтролю, стабільності та стресостійкості;
- розвиток навичок ефективної комунікації та взаємодії у професійній команді;
- формування індивідуальних стратегій саморозвитку, профілактики професійного вигорання.

Принципи тренінгової роботи (з урахуванням специфіки роботи лікарів):

- відкритість і психологічна безпека, створення атмосфери довіри та підтримки що сприяє рефлексії та особистому висловлюванню.
- правило закритої групи, склад групи не змінюється впродовж роботи програми;
- принцип «Тут і тепер». Увага до актуального досвіду і переживань учасників у конкретний момент;
- конфіденційність, все що обговорюється у групі не виноситься за її межі;
- активність програми залежить від включеності кожного учасника;
- повага до індивідуальних позицій, висловлювання оцінюється без осуду.

Тренінг проводився у два етапи один раз на тиждень, тривалість одного заняття становила дві години. Кожне заняття складалося з трьох частин. Перша частина-це рефлексивний етап усвідомлення актуального стану і потреб. Друга-навчальний етап, засвоєння знань про механізми саморегуляції. Третя-інтегрування, етап застосування отриманих знань у вправах та рольових ситуаціях, аналізі професійних випадків.

Перший етап діагностично-мотиваційний. Його мета виявити рівень розвитку навичок саморегуляції, сформувати мотивацію до участі та позитивну установку на зміни.

Зміст етапу:

- первинна психодіагностика (тести, опитувальники);
- індивідуальні бесіди з результатами діагностики;

- формування індивідуальних цілей саморозвитку;
- пояснення значущості саморегуляції у професійній діяльності лікаря; В результаті проходження даного етапу кожен учасник усвідомлює власні труднощі в емоційній та поведінковій регуляції, а також сфери що потребують розвитку.

Другий етап тренінго-розвивальний. Включає два тренінгові блоки: самопізнання,самоусвідомлення та формування конструктивного ставлення до професійної діяльності.Його цілі:

- формування адекватної самооцінки;
- підвищення рівня самопізнання;
- розвиток навичок усвідомлення власних станів;
- зниження рівня внутрішньої напруги та професійного виснаження;
- формування підтримуваних професійних цінностей і довірливих стосунків у колективі.

Методи:

- рефлексивні вправи («Я образ», «Мої професійні ресурси»);
- групові тематичні дискусії;
- аналіз професійних ситуацій та переживань;
- рольові ігри для відпрацювання моделей взаємодії з пацієнтами;
- вправи на розвиток емпатії та толерантності до емоційних станів інших.

Результатами проведення даного тренінгового блоку є:

- підвищення усвідомленості власних потреб і меж;
- формування більш стабільної та позитивної професійної ідентичності ;
- зростання довіри і відкритості в групі.

Цілями проведення другого блоку програми «Формування і розвиток навичок усвідомленої саморегуляції» є:

- навчання технік управління емоційними станами;

- розвиток здатності до стресостійкості;
- тренування вольового контролю поведінки;
- формування навичок планування, цілепокладання і самооцінювання результатів.

Методи, які використовувались у даному блоці:

- вправи релаксації і дихальної саморегуляції;
- техніки осмисленого контролю поведінку у стресових ситуаціях;
- тренування вміння ставити цілі і планувати дії;
- моделювання реальних професійних ситуацій, ведення щоденника саморегуляції.

Результатами проведення даного блоку тренінгового заняття передбачають:

- підвищення рівня емоційної стійкості;
- розвиток навичок самоконтролю та вольової саморегуляції;
- зменшення професійного стресу та ризику вигорання.

Таблиця 3.1. Програма тренінгу розвитку здатності до саморегуляції у лікарів

№ заняття	Етап/блок	Тема заняття	Основні вправи та методи	Мета заняття
Етап 1: Діагностично-мотиваційний				
1	Діагностика	Первинне обстеження рівня саморегуляції та емоційної стійкості.	Тестування, опитувальники, самооцінні шкали.	Виявити вихідний рівень сформованості навичок саморегуляції.
2	Роз'яснення значущості	Саморегуляція- професійна необхідність лікаря.	Групова дискусія, кейс-аналіз професійних ситуацій	Формування мотивації до участі у тренінгу.

3	Усвідомлення власних потреб	Мої ресурси та бар'єри.	Техніки рефлексії, індивідуальна робота.	Сприяння усвідомленню учасниками особистих запитів.
Етап 2: Тренінго-розвивальний				
<i>Блок 1: Самопізнання, самоусвідомлення та формування конструктивної професійної позиції.</i>				
4	Самооцінка і самосприйняття	Я- образ у професії.	Вправа «Я тепер/Я в майбутньому», малюнкова рефлексія.	Формування адекватної самооцінки та професійної ідентичності.
5	Емоційна усвідомленість	Розпізнавання власних станів.	Техніки розпізнавання емоцій,групова дискусія.	Розвиток навичок усвідомлення емоцій.
6	Взаємодія з колективом	Довіра і професійне партнерство.	Рольові ігри,вправи на розвиток емпатії.	Формування довірливих робочих стосунків.
<i>Блок 2: Розвиток навичок усвідомленої саморегуляції.</i>				
7	Контроль емоційних станів	Керування стресом у професійних умовах.	Дихальні техніки релаксаційні вправи.	Методика Smart цілей, щоденник саморегуляції.
8	Вольова саморегуляція	Наполегливість і самоконтроль у складних ситуаціях.	Ситуаційне моделювання,когнітивно-поведінкові техніки.	Розвиток самоконтролю та витримки.

9	Цілепокладання і планування	Побудова індивідуального плану саморозвитку.	Методика Smart-цілей,	Закріплення набутих навичок, створення
---	-----------------------------	----------------------------------------------	-----------------------	----------------------------------------

			щоденник саморегуляції.	індивідуальної програми розвитку.
Підсумковий етап.				
10	Оцінювання ефективності	Повторна діагностика та аналіз результатів.	Тестування, обговорення змін, підсумкова рефлексія.	Визначення динаміки розвитку саморегуляції.

Запропоновано тренінгова програма є цілісною та орієнтованою на всебічний розвиток здатності лікарів до саморегуляції у професійній діяльності. Вона спрямована не лише на планування окремих технік керування емоційними станами, а також на формування стійкої системи психологічних механізмів, що забезпечують адаптацію до умов інтенсивної та емоційно навантаженої медичної практики. Такий комплексний підхід дозволяє розглядати саморегуляцію, як важливу складову професійної компетентності лікаря та фактор збереження його особистісного та психічного благополуччя.

3.2 Результати експериментальної перевірки ефективності програми розвитку саморегуляції медичних працівників.

По закінченні проведення вищеописаної тренінгової програми лікарі, які входили до експериментальної групи протягом певного часу не піддавалися жодному впливу зі сторони ведучого тренінгу. Даний час був відведений учасникам з метою усвідомлення отриманої на тренінгу інформації, можливості впровадження отриманих навиків у життя та оцінки результатів впливу отриманих навиків на самоконтроль та процеси власної саморегуляції.

Після даного етапу у контрольній та експериментальній групах були проведенні нові контрольні вимірювання, результати яких показали наскільки вплинула участь у даній програмі на показники саморегуляції у лікарів експериментальної групи у порівнянні з контрольною групою, члени якої не брали участі у тренінговій програмі. Повторний експеримент проводився за

тими ж методиками,що використовувались на етапі констатувального експеременту.

Тобто на підсумковому етапі була проведена повторна діагностика,здійснене порівняння даних експериментальної та контрольної груп,проведений аналіз змін у станні саморегуляція лікарів.

Першою при повторному дослідженні у контрольній групі була використана методика В.Моросанової «Стиль саморегуляції поведінки».Результати даного дослідження представлені нами у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Результати дослідження стилів саморегуляції у лікарів контрольної групи до та після експерименту(N=30)

№ з / п	Показники	Рівні розвитку															
		Високий				Середній				Низький							
		До експ.		Після експ.		До експ.		Після експ.		До експ.		Після експ.		До експ.		Після експ.	
		К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%
1	Планування	6	20	6	20	7	23,3	7	23,3	3	10	2	6,7				
2	Моделювання	7	23,3	7	23,3	6	20	6	20	4	13,3	4	13,3				
3	Оцінювання результатів	5	16,7	5	16,7	6	20	6	20	6	20	6	20				

4	Програ мува - ння	4	1 3 , 3	5	1 6 , 7	2 1	7 0	2 1	7 0	5	1 6 , 7	4	1 3, 3
5	Самості йніс ть	5	1 3 , 3	5	1 3 , 3	2 1	7 0	2 1	7 0	4	1 3 , 3	4	1 3, 3

5	Гнучкість	6	20	7	23	19	63	18	60	5	16	5	16,7
7	Загальний рівень саморегуляції	5	16,7	5	16,7	22	73	22	73	3	10	3	10

Аналізуючи результати наведені у таблиці 3.2 можна зазначити, що у респондентів контрольної групи суттєвої динаміки показників не виявлено. Різниця між результатами первинного та повторного вимірювань є статистично не значущим, зокрема високий рівень оцінювання результатів діяльності до проведення експерименту демонстрували 13,3% учасників, після -16,7%, рівень самостійності до експерименту був високим у 20% відсотків респондентів, після повторного вимірювання у 23%, такі незначні зміни можна пояснити природними зовнішніми чинниками, зокрема впливом часу, особливостями індивідуально життєвої ситуації та інше.

Аналіз результатів повторного вимірювання в експериментальній групі показав наявність як якісних так і кількісних змін у показниках особистісної саморегуляції. Виявлена позитивна динаміка свідчить про ефективність застосованої програми психологічного формування навичок саморегуляції.

Кількісні дані динаміки показників за методикою «Опитувальник стилю саморегуляції поведінки» В.Моросанової подано в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Результати дослідження стилів саморегуляції у лікарів експериментальної групи до та після експерименту(N=30)

Показники	Рівні розвитку		
	Високий	Середній	Низький

№ з / п		До експ.		Після експ.		До експ.		Після експ.		До експ.		Після експ.	
		К - сть	%	К - сть	%	К - сть	%	К - сть	%	К - сть	%	К - сть	%
	Планування	4	13,3	8	26,7	2	7,0	2	6,7	5	16,7	2	6,7
	Моделювання	4	13,3	9	30,0	2	7,0	1	6,8	5	16,7	3	10
	Оцінювання результатів	3	10	7	23,3	2	7,7	2	6,7	4	13,3	3	10
	Програмування	4	13,3	6	20,0	2	6,7	2	7,0	6	20,0	3	10
	Самостійність	4	13,3	8	26,7	2	7,7	2	6,7	4	13,3	2	6,7
	Гнучкість	4	13,3	8	26,7	2	7,3	2	6,7	3	10,0	2	6,7
	Загальний рівень саморегуляції	3	10	8	26,7	2	7,0	2	6,7	6	20,0	2	6,7

Отже результати формувального експерименту засвідчили, що в експериментальній групі лікарів відбулись системні позитивні зміни загального рівня саморегуляції. Це вказує на ефективність реалізованої психокорекційної

програми.

Після проведення тренінгового впливу кількість учасників із низьким рівнем розвитку саморегуляція зменшилась на 13,3% і наразі становить 6,7%. Водночас спостерігається зростання частки досліджуваних із високим рівнем саморегуляції на 16,7%. Показник середнього рівня знизився з 70% до 66,7%, що свідчить про перехід частини лікарів до групи з високим рівнем сформованості навичок саморегуляції.

Найвідчутніші позитивні зрушення зафіксовані у таких компонентах саморегуляції, як планування, оцінювання результатів діяльності та гнучкість поведінкових стратегій. Ці дані узгоджуються з результатами бесіди та спостереження. Так учасники експериментальної групи лікар-окуліст Юлія Д., лікар-ортопед Віталій С. та лікар-терапевт Ангеліна К. зазначили що більш чітко попереднє планування професійних дій, здатність адаптувати поведінку до змінних ситуацій та регулярне оцінювання власних результатів сприяють підвищенню впевненості у власних професійних можливостях. Вони наголошували що ці навички дозволяють ефективніше контролювати емоційні реакції, уникати імпульсивності та підтримувати стабільний професійний стан. Додатково за результатами спостереження було встановлено, що лікарі експериментальної групи демонструють більш усвідомлене ставлення до професійної діяльності, їхні професійні очікування стали більш реалістичними, а ціннісні орієнтації та професійні наміри більш стійкими. Зросла також відповідальність та внутрішня мотивація до професійного самовдосконалення.

Під час повторного дослідження рівня вольової саморегуляції лікарів за методикою дослідження вольовою саморегуляції А. Зверкова та Є. Ейдмана у контрольній групі істотної динаміки не виявлено. Високий рівень самовладання до формувального впливу спостерігався у 20% респондентів, після - у 23,3%.

Аналогічно, частка лікарів із високим рівнем загальної вольової саморегуляції зросла з 23, 3% до 26,7. Такі незначні зміни можна розглядати як прояв впливу повсякденних професійних факторів та природних коливань емоційно-вольової регуляції.

На відміну від КГ, у експериментальній групі, де було реалізовано тренінгову програму з розвитку особистісної саморегуляції лікарів, зафіксовано суттєві позитивні зрушення. Порівняльний аналіз показників до та після тренінгу (рис.3.4) засвідчив, що кількість лікарів з високим рівнем вольової саморегуляції зросла на 13,3% і становить 30%. Водночас кількість респондентів із низьким рівнем зменшилася на 10%, що підтверджує ефективність корекційної роботи.

Особливо помітні зміни спостерігаються за шкалою «Наполегливість»: частка лікарів з високими показниками за цим критерієм збільшилась на 10%.

Лікарі з такими характеристиками виявляли більшу мотиваційну стійкість, активніше включались у професійні завдання, демонстрували вищу мобілізацію внутрішніх ресурсів під час роботи з пацієнтами та прийняття клінічних рішень.

Позитивні зрушення спостерігалися також за шкалою «Самовладання». Після тренінгу кількість лікарів з високим рівнем самовладання зросла на 6,7%, тоді як кількість осіб з низьким рівнем зменшилась, оскільки саме недостатній самоконтроль та емоційна нестійкість були виявлені як один із ключових ризик-факторів у роботі лікаря і на формувальному етапі увага була спрямована на розвиток цієї складової саморегуляції. У тренінг включено вправи з розвитку навичок керування емоційною напругою, моделювання складних професійних ситуацій та техніки швидкої психологічної стабілізації.

Результати спостереження також підтверджують ефективність проведеної роботи. Так, одна з учасниць експериментальної групи - лікарка Марина І. зазначила, що після тренінгу їй стало легше контролювати емоційні реакції під час спілкування з пацієнтами та їхніми родичами. Це сприяло підвищенню якості взаємодії, зменшенню конфліктних ситуацій та покращення загального професійного самопочуття.

Отже, аналіз результатів формувального експерименту свідчить, що запропонована тренінгова програма позитивно вплинула на розвиток вольової саморегуляції лікарів. Підвищення самовладання, наполегливості та загального рівня саморегуляційних процесів створює основу для зниження професійного стресу, оптимізації взаємин з пацієнтами та підвищення ефективності виконання професійних обов'язків. Очікується, що ці зміни сприятимуть покращення психологічної стійкості лікарів у складних умовах їхньої діяльності.

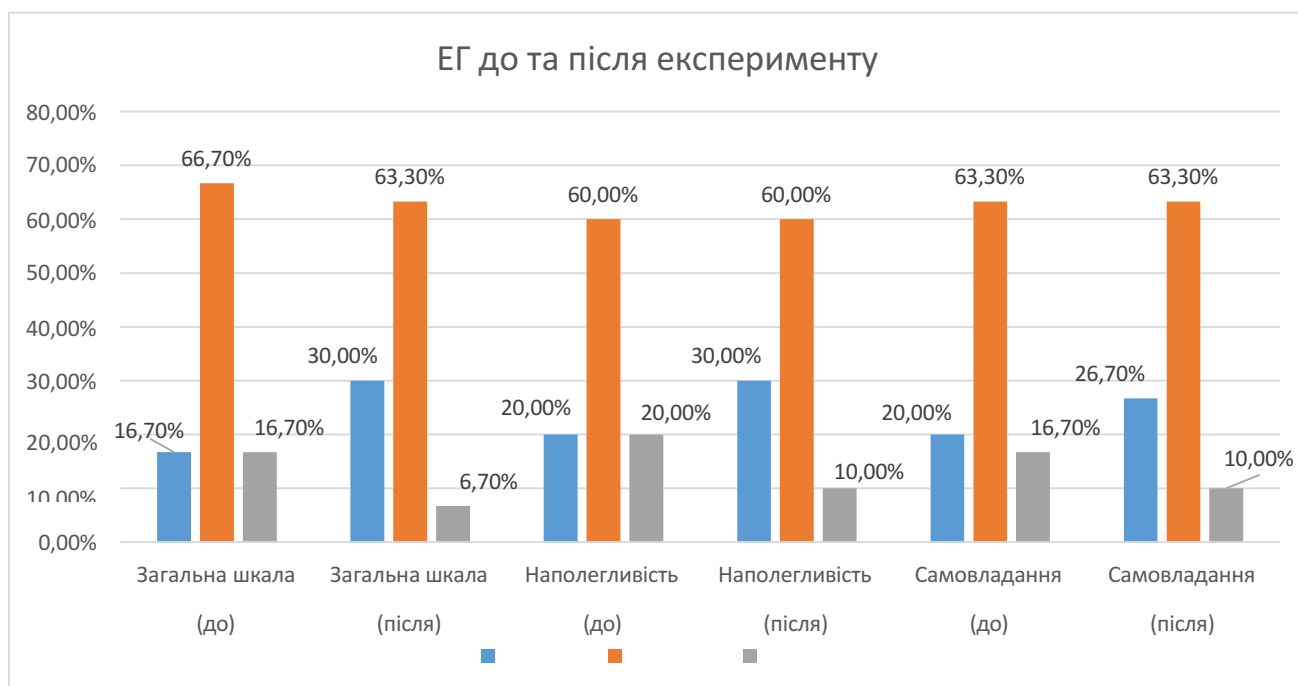


Рис. 3.4. Порівняння результатів дослідження вольової саморегуляції в ЕГ до та після експерименту (у %)

. Після реалізації формувальної програми спрямованої на розвиток навичок особистісної та емоційної саморегуляції нами було повторно проведено діагностику рівня емоційного вигорання у лікарів експериментальної та контрольної групи за методикою В.В.Бойка. Отримані дані демонструють суттєву різницю між групами, що свідчить про ефективність проведеної корекційно-тренінгової програми.

У контрольній групі, яка не проходила тренінг істотних зрушень не зафіксовано, рівні напруження резистентності та виснаження залишилися приблизно на тих самих показниках що і до початку експерименту. У частини лікарів спостерігалось незначне зростання серед симптомів у фазі виснаження близько 3,5 %, що можна пояснити впливом професійного навантаження підвищеним рівнем стресу та загальної нестабільної ситуації в системі охорони здоров'я. Таким чином відсутність цілеспрямованого втручання не сприяла зниження інтенсивності синдрому професійного вигорання.

На відміну від контрольної в експериментальній групі лікарів після проходження тренінгової програми спостерігається виражена позитивна

динаміка, що проявлялося у зниженні інтенсивності всіх трьох компонентів емоційного вигорання.

Після експерименту кількість лікарів із високими показниками фази напруження зменшилася приблизно на 12- 15%. Особливо виражено знизилася такі симптоми як переживання психотравмуючих обставин, тривога та незадоволеність собою напруженість у професійних взаєминах.

Отримані дані свідчить що тренінг дав можливість лікарям переосмислити певні власні емоційні реакції та робочі труднощі, сформувати навички швидкого відновлення після стресу та навчитися запобігати внутрішньому накопиченню напруження.

Одним із ключових результатів є зниження симптоматики фази резистентності, передусім тенденції до емоційного дистанціювання та збільшення економії емоційних ресурсів після тренінгу.

Після проведеного нами тренінгу кількість лікарів із високими показниками резистентності зменшилась на 10%, число респондентів із середніми значеннями збільшилося на 12%, а низькі показники стали більш типовими що свідчить про покращення адаптивних стратегій. Тренінг дозволив лікарям розширити набір ефективних стратегій у взаємодії з пацієнтами та колегами, що зменшило потребу у відстороненні як способі психологічного захисту.

Найбільш критичною фазою у даному дослідженні є фаза виснаження оскільки відображає глибоко емоційно та фізично виснаженість і після формувального експериментального впливу кількість лікарів з високими показниками виснаження зменшилась приблизно на 13-16%, симптоми психосоматичних реакцій знизилась у середньому на 11%. Рівень емоційного дефіциту суттєво зменшився.

Наші респонденти відзначили що стали краще контролювати свій режим праці і відпочинку навчилася застосовувати техніки релаксації та психоемоційного відновлення. Під час бесіди багато учасників підкреслювали

покращення загального самопочуття відновлення відчуттів професійної значущості та зменшиться почуття емоційного спустошення.

Загальна кількість лікарів із високим рівнем синдрому емоційного вигорання експериментальній групі зменшилась приблизно на 18-20%, що свідчить про суттєві позитивні зміни у психоемоційному стані респондентів.

Отже аналіз результатів формувального експерименту за методикою В.В.Бойка дозволяє зробити висновок що розроблена і реалізована програма психологічної підтримки та саморегуляції є ефективним засобом професійного вигорання у лікарів.

Отримані дані підтверджується не лише тестом В.В.Бойка, але й спостереженнями та суб'єктивними відгуками лікарів, які зазначили про покращення самопочуття більшу впевненість у своїх професійних діях і підвищення внутрішнього ресурсу.

Як зазначалось у теоретичному розділі нервово - психічна стійкість безпосередньо пов'язана з актуальними психічними станами особистості, зокрема з рівнем тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Повторна діагностика у контрольній групі показала, що помітних змін у цих показниках не відбулося. Виявлені коливання мають несуттєвий характер і не виходять за межі природних індивідуальних варіацій. Зокрема високий рівень тривожності у контрольній групі до експерименту становив 13.3 %, а після -10%. Невелике зниження може бути пов'язане з адаптацією респондентів до умов навчання або впливом зовнішніх факторів, воно не є наслідком цілеспрямованої корекційної роботи, адже у даній групі вона не проводилась. Аналогічною є тенденція за іншими шкалами методики: показники фрустрації агресивності та ригідності змінилася незначною мірою, зберігаючи загальну структуру психічних станів характерних для лікарів на початковому етапі дослідження. Загалом результати контрольної групи підтверджують гіпотезу про те що без соціально організованого впливу рівень нервово психічної стійкості та супутні стани залишаються відносно на стабільному рівні.

На відміну від контрольної групи в експериментальній групі після завершення формувального впливу були зафіксовані суттєві позитивні зміни за всіма шкалами дослідження. Це дозволяє говорити про ефективність розробленої тренінгової програми спрямованої на розвиток навичок саморегуляції та подолання психоемоційної напруги. Порівняльні результати до та після експерименту наведені в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Результати дослідження самооцінки психічних станів лікарів експериментальної групи до та після експерименту(N=30)

№ з / п	Показники	Рівні розвитку											
		Високий				Середній				Низький			
		До експ.		Після експ.		До експ.		Після експ.		До експ.		Після експ.	
		К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%
	Тривожність	5	16,7	2	6,7	2	7,3	2	7,7	3	10	8	26,7
	Фрустрація	4	13,3	2	6,7	2	7,0	2	7,0	5	16,7	7	23,3
	Агресивність	4	13,3	2	6,7	2	7,3	1	6,8	4	13,3	1	3,3
	Ригідність	4	13,3	3	10	2	7,3	2	7,1	4	13,3	6	20

Перш за все відзначимо різке зниження високого рівня тривожності, якщо до експерименту він становив 16,7%, то після лише 6,7%. Одночасно на 13,4 % зростає кількість респондентів із низьким рівнем тривожності. Це свідчить про те, що учасники тренінгу стали краще справлятися з внутрішньою напругою і менш гостро реагувати на стресові ситуації та стимулюючі фактори.

Позитивна динаміка спостерігається і за іншими шкалами. Так рівень фрустрації зменшився з 13,3% до 6,7%, агресивності з 13,3 до 6,7%, а ригідності з 13,3% до 10%. Отже лікарі стали більш гнучкими у поведінці краще контролюють емоційні реакції та менш схильні до внутрішньої напруженості.

Якісні дані бесіди підтверджують результати кількісного аналізу, так лікар-хірург Сергій М. зазначив що зазвичай різко реагував на зауваження колег або керівництва, часто відчував внутрішнє напруження та схильність до емоційних спалахів у стресових ситуаціях. Після участі у корекційно-тренінговій програмі він зазначив, що став краще усвідомлювати власні емоційні стани, навчився стримувати імпульсивні реакції та конструктивно виходити з напружених робочих ситуацій, зокрема під час складних оперативних втручань чи в періоди високого навантаження.

Отримані результати переконливо демонструють що психологічний тренінг може суттєво впливати на саморегуляцію психічних станів медичних працівників. Зниження рівня тривожності агресивності фрустрації та ригідності свідчить про підвищення нервовопсихічної стійкості, стресостійкості і загального покращення емоційного благополуччя. Ці дані підтверджують не лише тестуванням, а й результатами розмов та спостережень, які дозволили відстежити реальні зміни у поведінці лікарів під час професійної діяльності. Порівняльні результати змін в ЕГ подані на рис. 3.5.

Отже після завершення тренінгової програми, спрямованої на розвиток саморегуляції медичних працівників учасники експериментальної групи продемонстрували помірне підвищення рівня впевненості у власних професійних діях, зростає їхня цілеспрямованість, організованість та наполегливість у виконанні робочих завдань. Крім того медики стали більш стресостійкими, емоційно зрівноваженими, що є важливим чинником ефективної роботи в умовах високої психоемоційної напруги, характерною для медичної сфери.

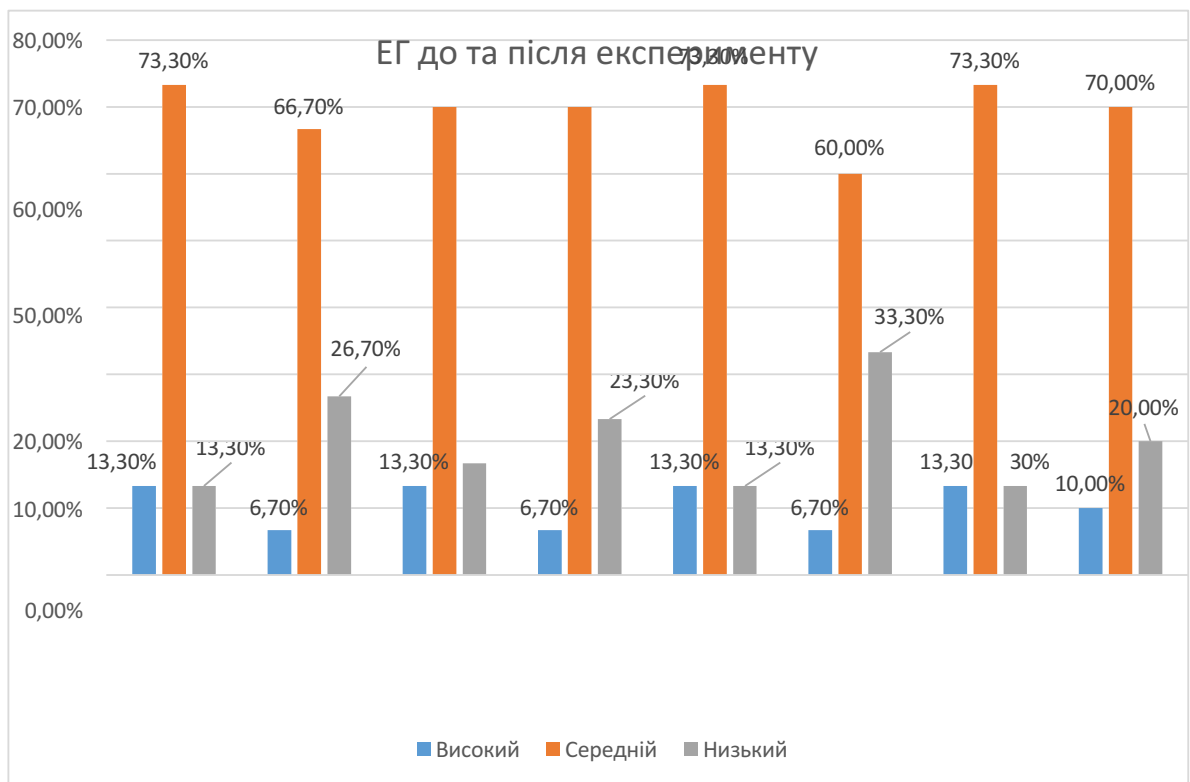


Рис.3.5. Результати дослідження самооцінки психічних станів лікарів експериментальної групи до та після експерименту(у %)

Підбір психодіагностичних методик дозволив сформувати комплекс взаємодоповнюючих інструментів за допомогою яких було охоплено різні аспекти саморегуляційної діяльності лікарів. Отримані дані піддавалися статистичній обробці та подальшій якісній інтерпретації ,зокрема з метою визначення достовірності відмінностей до і після тренінгу застосовувався t-критерій Стьюдента, який дає можливість оцінити різницю між середніми показниками у вибірках незалежно від їх обсягу. Порівняльний аналіз результатів до і після експериментального впливу показав:

1. Методика «Опитувальник стилю саморегуляції поведінки» В.Морсанової $r_{xy}=0,756$; $t_{kr}=4,303$ ($p \leq 0,05$) Високий прямий зв'язок між змінними підтверджує, що лікарі після тренінгу краще планують свою діяльність, ефективніше контролюють виконання професійних завдань, аналізують результати та коригують власні дії. Також сформувалася більш адаптивна модель саморегуляції, що компенсує індивідуальні особливості, здатні ускладнювати досягнення професійних цілей.

2.Методика вольової саморегуляції А.Зверкова та Є.Ейдмана $r_{xy}=0,576$; $t_{kr}=4,201$ ($p \leq 0,05$) Помітний прямий зв'язок свідчить про підвищення рівня зібраності, самоконтролю та впевненості лікарів після участі у тренінгу. учасники навчилися краще розподіляти зусилля, спрямовувати імпульсивні реакції та діяти більш виважено у складних професійних ситуаціях.

3.Методика В.В.Бойка «Діагностика емоційного вигорання» $r_{xy}=0,842$; $t_{kr}=2,206$ ($p \leq 0,05$) . Дані показники кореляційного аналізу підтвердили наявність прямого та сильного зв'язку між проходженням тренінгу та зниженням ознак професійного вигорання. у рамках аналізу динаміки професійного вигорання було виявлено помітне зниження інтенсивності ключових фаз синдрому , а саме напруження,резистенції,виснаження. Лікарі відзначили зменшення проявів емоційного виснаження, зростання почуття професійної ефективності та зменшення випадків емоційного дистанціювання у взаємодії з пацієнтами.

4.Методика діагностики психічних станів Г.Айзенка. $r_{xy}= 0,899$; $t_{kr}=2,306$ ($p \leq 0,05$) Дуже високий рівень зв'язку засвідчує значне зниження показників тривожності,фрустрації,агресивних дій та ригідності .Лікарі експериментальної групи повідомляли, що стали спокійніше реагувати на критичні ситуації , конфліктні моменти й підвищення навантаження, почали використовувати конструктивні стратегії поведінки у складних професійних умовах.

Підсумовуючи проведений аналіз,можемо стверджувати, що запропонований психокорекційний тренінг був організований та реалізований відповідно до науково- методичних вимог і повністю досягнув своєї мети.Він сприяв розвитку у лікарів більш ефективних механізмів саморегуляції, що позитивно позначилося на їх емоційній стабільності,професійній взаємодії та здатності працювати у стресогенних умовах медичної практики.

Висновки до розділу.

У ході формувального етапу дослідження була реалізована розроблена нами програма психологічної корекції, спрямована на розвиток навичок

саморегуляції в медичних працівників, зокрема лікарів. В основу програми покладено принцип цілісності, що дозволив поєднати психоосвітній компонент, тренінгові техніки та практичні вправи орієнтовані на вдосконалення здатності та керування власним психомоційним станом у професійних умовах.

На початковому етапі лікарі були ознайомлені з теоретичними засадами саморегуляції з її значенням для ефективної діяльності медичного працівника та роллю у профілактиці професійного виснаження. Подальший тренінговий цикл дав можливість лікарям активно включитися у процес освоєння технік самоконтролю, емоційної стабілізації та подолання стресових реакцій. Під час занять учасники демонстрували високий рівень зацікавленості, що стало сприятливим чинником для формування нових навичок регуляції поведінки та психічних станів.

Після завершення психокорекційної програми було зафіксовано позитивні зміни у показниках саморегуляції. Зокрема спостерігалось зростання рівня вольової саморегуляції та самоконтролю, покращення здатності розпізнавати і коригувати власні емоційні стани в складних робочих ситуаціях. Значне зниження рівня емоційного напруження та фрустраційних проявів було підтверджено також результатами дослідження емоційного вигорання за методикою В.В.Бойка. Найбільш суттєві зміни спостерігається в тих лікарів, які на константувальному етапі виявили підвищену вразливість до стресу та недостатню сформованість механізмів саморегуляції.

Отже реалізована програма сприяла формуванню у лікарів більш стабільних моделей реагування, підвищенню їхнього психологічного ресурсу та загальної готовності до ефективного виконання професійних обов'язків у високо стресових умовах. Зроблені висновки дозволяють стверджувати що подібні корекційні заходи можуть бути успішно використані і в ширшій професійній спільноті медичних працівників, оскільки проблеми регуляції емоцій, стресостійкості та профілактики вигорання є актуальними для всіх медичних фахівців, незалежно від їх спеціалізації.

ВИСНОВКИ

Проведене теоретичне дослідження особливостей саморегуляції медичних працівників, зокрема лікарів, дозволяє сформулювати такі узагальнення:

- саморегуляція є однією з фундаментальних умов ефективності медичної діяльності. Здатність керувати власними емоційним станом, поведінкою та трудовими діями визначає якість професійних рішень, особливості взаємодії з пацієнтами, здатність протистояти стресу та попереджати розвиток професійного вигорання. У контексті високої психоемоційної напруги властиво медичній сфері розвиток навичок саморегуляції набуває особливого значення;
- аналіз отриманих поперечних даних показав, що у більшості лікарів рівень особистої саморегуляції та основних її компонентів (планування, моделювання, програмування, оцінювання результатів) перебуває на середньому рівні. Показники самовладання та наполегливості також у межах середніх значень, що може відображати як вікові тенденції так і вплив професійного навантаження;
- рівень нервовопсихічної стійкості в частини лікарів знижений, що підвищує ризик емоційних зривів та психофізичного виснаження;
- за даними методики Г.Айзенка переважають середні та підвищені показники тривожності, фрустрації, ригідності, що відповідає напруженим умовам роботи в сфері охорони здоров'я;
- у структурі копінг-стратегій найбільш вираженими є просоціальні стратегії звернення по соціальну підтримку та орієнтація на взаємодію з оточенням. Водночас фіксується використання і деяких неадаптивних стратегій, що вказує на потребу в психологічній корекції;

Запроваджена програма психокорекції довела свою результативність.

Після її проведення в учасників експериментальної групи:

- підвищився рівень загальної саморегуляції;

- покращилися окремі регуляторні ланки (програмування, планування, оцінка результатів);
- зросли показники самовладання та емоційного самоконтролю;
- низилися рівні тривожності, агресивності, ригідності та фрустраційних реакцій;
- зменшився рівень вираженості симптомів емоційного вигорання;
- збільшилась кількість респондентів з високою нервовопсихічною стійкістю.

Ці зміни підтвердили висунуто гіпотезу щодо можливості підвищення рівня саморегуляції медичних працівників (зокрема лікарів) завдяки цілеспрямованій психокорекційній програмі.

Отримані результати дозволяють стверджувати, що розвиток навичок саморегуляції є не лише умовою професійної успішності лікарів, а й важливою складовою їхнього психологічного благополуччя, стресостійкості та здатності протистояти професійному вигоранню. Разом з тим ефективність запропонованої програми свідчить про перспективність її адаптації для ширшого кола медичних працівників.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акімова, М. К. (2014). Психодіагностика. Київ: Центр учбової літератури.
2. Андрійчук, І. П. (2016). Психолого-педагогічна система гармонізації Я-концепції майбутніх практичних психологів. Київ: Інститут психології ім. Г. Костюка АПН України.
3. Афанасьєва, Т. О. (2013). Психологічні особливості криз професійного становлення психолога. Миколаїв: Науковий вісник Миколаївського державного університету ім. В. О. Сухомлинського.
4. Балл, Г. О. (2003). Внутрішня свобода особи і особистісна надійність у контексті гуманізації освіти. Практична психологія та соціальна робота. Київ: Основа.
5. Боришевський, М. Й. (2003). Моральна саморегуляція поведінки особистості: понятійний апарат. Київ [українською мовою].
6. Браніцька, Т. Р. (2012). Загальна характеристика фахівця соціономічної професії. Хмельницький: Хмельницький ін-т соціальних технологій Університету «Україна» [українською мовою].
7. Варій, М. Й. (2009). Загальна психологія: підручний. Київ: Центр учбової літератури [українською мовою].
8. Вірна, Ж. П. (2001). Мотиваційно-смілова саморегуляція особистості: панорама структурно-функціональних проявів. Проблеми загальної та педагогічної психології. Збірник наукових праць. Київ: Гнозис [українською мовою].
9. Галян, І. М. (2007). Мотиваційні аспекти саморегуляції психічних станів особистості. Проблеми гуманітарних наук. Наукові записки ДДПУ. Дрогобич: Редакційний відділ ДДПУ імені Івана Франка [українською мовою].
10. Галян, І. М. (2010). Психічні стани особистості та особливості їх саморегуляції. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Збірник наукових праць. Львів: ЛьвДУВС [українською мовою].

11. Галян, І. М. (2009). Психодіагностика. Київ: Академвидав [українською мовою].
12. Гринців, М. В. (2016). Особливості саморегуляції майбутніх психологів як чинник їхнього професійного становлення: дис. на здобуття наук. ступеня к-та психол. наук. Київ. Дрогобицький держ. педаг. ун-т ім. І. Франка [українською мовою].
13. Гринців, М. В. (2016). Розвиток вольової саморегуляції як головний механізм діяльності особистості. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: збірник наукових праць. Суми: СумДПУ імені А. Макаренка [українською мовою].
14. Грицюк, І. М. (2014). Професія психолога як сфера соціальної реалізації особистості. Освіта регіону: Політологія. Психологія. Комунікації. Київ: Університет «Україна» [українською мовою].
15. Зливков, В. Л., Лукомська, С. О., Федан, О. В. (2016). Психодіагностика особистості у кризових життєвих. Київ: Педагогічна думка [українською мовою].
16. Ігумнова, О. Б. (2010). Негативні психічні стани та індивідуально-стильові особливості саморегуляції у студентів. Хмельницький: Видавництво НАДПСУ [українською мовою].
17. Ігумнова, О. Б. (2009). Особливості регуляції психічних. Психолого-педагогічні аспекти соціалізації особистості в умовах сучасного суспільства: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції Вінниця [українською мовою].
18. Кушнірова, Т. В. (2014). Професійно-психологічна підготовка працівників ДКВС щодо нейтралізації негативних психічних станів та профілактики суїцидальної поведінки. Київ: «МП Леся» [українською мовою].
19. Кісарчук, З. Г. (2002). Актуальні питання професійної підготовки психологів консультантів та психотерапевтів. Теоретико-методологічні проблеми генетичної психології: матеріали Міжнародної наук. конференції. Київ: Гнозис [українською мовою].

20. Кириченко, Т. В. (2008). Психологія саморегуляції поведінки особистості. Київ: Міленіум [українською мовою].
21. Кушнірова, Т. В. (2014). Професійно-психологічна підготовка працівників ДКВС щодо нейтралізації негативних психічних станів та профілактики суїцидальної поведінки. Київ: «МП Леся» [українською мовою].
22. Литовченко, Н. Ф. (2002). Професійно орієнтований тренінг самопізнання та саморегуляції. Навчально-методичні матеріали для тренінгових занять студентів педагогічних вузів. Ніжин: НДПУ [українською мовою].
23. Томчук, М.І., Матохнюк, Л.О. (2013). Математичні методи в психології: Навчально-методичний посібник. Вінниця: ВОПОПП [українською мовою].
24. Міляєва, В. Р. (2013). Розвиток потенціалу особистості в умовах сучасного освітнього середовища. Одеса: Вісник Одеського національного університету [українською мовою].
25. Осадько, О. Ю. (2003). Професійна підготовка соціальних працівників засобами психологічного тренінгу. Проблеми загальної та педагогічної психології. Збірник наукових праць. Київ: Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України [українською мовою].
26. Олефір, В. О. (2016). Психологія саморегуляції суб'єкта діяльності. Харків [українською мовою].
27. Панок, В., Титеренко, Т., Чепелева, Н. (2006). Основи практичної психології: Підручник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: Либідь [українською мовою].
28. Петровська, І. Р. (2021). Психодіагностика. Львів: Львівський національний університет ім. І. Франка [українською мовою].
29. Пов'якель, Н. І. (2001). Психологічні засади генезу саморегуляції професійного мислення майбутнього практичного психолога. Наукові записки. Зб. наукових статей НПУ імені М.П. Драгоманова. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова [українською мовою].
30. Пов'якель, Н. І. (1998). Професійна рефлексія психолога-практика Практична психологія та соціальна робота [українською мовою].

31. Пов'якель, Н. І. (2003). Професіогенез саморегуляції мислення практичного психолога: монографія. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова [українською мовою].
32. Пов'якель, Н. І. (2001). Психологічні засади генезу саморегуляції професійного мислення майбутнього практичного психолога. Наукові записки. Зб. наукових статей НПУ імені М.П. Драгоманова. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова [українською мовою].
33. Подоляк, Л. Г.(2006). Психологія вищої школи: Навчальний посібник для магістрантів і аспірантів. Київ: ТОВ «Філ–студія» [українською мовою].
34. Середницька, І. Я. (2005). Психологічний аналіз кризи ідентичності у студентської молоді. Одеса [українською мовою].
35. Татенко, В. О. (2003). Психологічні ознаки професіоналізму. Психологічні перспективи. Київ [українською мовою].
36. Тесленко, М. М. (2018). Психологічні особливості саморегуляції навчально-професійної діяльності студентів. Психологія і особистість. Київ [українською мовою].
37. Томчук, С. М., Томчук, М. І. (2018). Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі: монографія. Вінниця: КВНЗ «ВАНУ» [українською мовою].
38. Томчук, М.І., Матохнюк, Л.О. (2013). Математичні методи в психології: Навчально-методичний посібник. Вінниця: ВОПОПП [українською мовою].
39. Чепелева, Н. В. (2018). Психологічна характеристика особистості, здатної до самопроекування. Київ [українською мовою].
40. Чепелева, Н. В. (1998). Теоретичне обґрунтування моделі особистості практичного психолога. Психологія. Збірник наукових праць. Випуск III. Київ: НПУ ім. М.П. Драгоманова [українською мовою].
41. Шавиро, Г. (2014). Психологічні чинники саморегуляції поведінки студентської молоді в процесі соціалізації. Київ: Київський національний університет імені Тараса Шевченка [українською мовою].

42. Шевченко, Н. Ф. (2001). Становлення і розвиток професійної свідомості психологів на етапі вузівської підготовки. Київ: Основа [українською мовою].
43. Шульга, В. В. (2005). Особливості формування професійно важливих якостей психологів освіти в залежності від стажу роботи. Наукові записки Інституту психології імені Г.С. Костюка АПН України. Київ: Главник [українською мовою].
44. Юрченко, В. (2019). Психічні стани в працях вітчизняних психологів ХХ ст. Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології». Київ [українською мовою].
45. Яцюк, М. В. (2017). Психологія саморегуляції особистості: Навчальний посібник. Вінниця: КВНЗ «Вінницька академія неперервної освіти» [українською мовою].
46. Berkowitz, L. (1993). Aggression: Its causes, consequences, and control. New York, McGraw-Hill [англійською мовою].
47. Bordin, E. S. (1974). Research strategies in psychotherapy. N.Y.: Wiley [англійською мовою].
48. Holland, Y. L. (1968). Explorations of a theory of vocational choice. Journal of Applied Psychology [англійською мовою].
49. Moser, U. (1963). Theorie der Berufswahl: Sublimierung, Identifizierung und berufliche Identität. Psychologie. Schweizerische Zeitschrift für Psychologie [німецькою мовою].
50. Siefert, K. H. (1977). Theorien der Berufswahl und der beruflichen Entwicklung. Handbuch der Berufspsychologie. Göttingen, [німецькою мовою].
51. Super, D. E. (1957). Vocational development. N. Y.: Wiley, [англійською мовою].
52. Zimmermann, B. (2008). Investigating Self-Regulation and Motivation: Historical Background, Methodological Developments, and Future Prospects. American Educational Research Journal. [англійською мовою]

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник «Стиль саморегуляції поведінки» В. Моросанової

Методика «Стиль саморегуляції поведінки» спрямована на дослідження загального рівня саморегуляції, а також таких компонентів, як: планування, моделювання, програмування, оцінювання результатів, гнучкості, самостійності. Інструкція: Пропонуємо Вам ряд висловлювань про особливості поведінки. Послідовно прочитавши кожне висловлювання, виберіть один з чотирьох можливих відповідей: «Правильно», «Мабуть, вірно», «Мабуть, невірно», «Неправильно» та поставте хрестик у відповідній графі на аркуші відповідей. Не пропускайте жодного висловлювання. Пам'ятайте, що не може бути хороших чи поганих відповідей, тому що це не випробування Ваших здібностей, а лише виявлення індивідуальних особливостей Вашої поведінки.

№ Твердження

1. Свої плани на майбутнє люблю розробляти в найменших деталях.
2. Люблю пригоди, можу йти на ризик
3. Намагаюся завжди приходити вчасно, але тим не менш часто запізнююся.
4. Дотримуюся девізу: «Вислухай пораду, але зроби по своєму.
5. Часто покладаюся на свої здібності орієнтуватися по ходу справи і не прагну заздалегідь уявляти послідовність своїх дій.
6. Оточуючі відзначають, що я недостатньо критичний до себе і своїх дій, але сам я це не завжди помічаю.
7. Напередодні контрольних або іспитів у мене зазвичай з'являлося відчуття, що мені не вистачило 1-2 днів для підготовки.
8. Щоб відчувати себе впевнено, необхідно знати, що чекає на тебе завтра.
9. Мені важко себе змусити щось переробляти, навіть якщо якість зробленого мене не влаштовує.
10. Не завжди помічаю свої помилки, частіше це роблять оточуючі мене люди.
11. Перехід на нову систему роботи не завдає мені особливих незручностей.

12. Мені важко відмовитися від прийнятого рішення навіть під впливом близьких мені людей.
13. Я не відношу себе до людей, життєвим принципом яких є «Сім разів відміряй, один раз відріж».
14. Ненавиджу, коли мене опікують і за мене щось вирішують.
15. Не люблю багато роздумувати про своє майбутнє.
16. У новому одязі часто відчуваю себе ніяково.
17. Завжди заздалегідь планую свої витрати, не люблю робити незапланованих покупок.
18. Уникаю ризику, погано справляюся з несподіваними ситуаціями.
19. Моє ставлення до майбутнього часто змінюється: то будую «райдужні» плани, то майбутнє здається мені «похмурим».
20. Завжди намагаюся продумати способи досягнення мети, перш ніж почну діяти.
21. Віддаю перевагу зберігати незалежність навіть від близьких мені людей.
22. Мої плани на майбутнє зазвичай реалістичні, і я не люблю їх змінювати.
23. У перші дні відпустки (канікул) при зміні способу життя завжди з'являється почуття дискомфорту.
24. При великому обсязі роботи неминуче страждає якість результатів.
25. Люблю зміни в житті, зміну обстановки і способу життя.
26. Не завжди вчасно помічаю зміни обставин і через це терплю невдачі.
27. Буває, що наполягаю на своєму, навіть коли не впевнений у своїй правоті.
28. Люблю дотримуватися заздалегідь наміченого на день плану.
29. Перш ніж з'ясувати стосунки, намагаюся уявити собі різні способи подолання конфлікту.
30. У разі невдачі завжди шукаю, що ж було зроблено неправильно.
31. Не люблю повідомляти кого-небудь про свої плани, рідко дотримуюся чужих порад.
32. Вважаю розумним принцип: спочатку треба вплутатися в бій, а потім шукати кошти для перемоги.

33. Люблю помріяти про майбутнє, але це скоріше фантазії, ніж реальність.
34. Намагаюся завжди враховувати думку товаришів про себе та свою роботу.
35. Якщо я зайнятий чимось важливим для себе, то можу працювати в будь-якій обстановці.
36. В очікуванні важливих подій прагну заздалегідь уявити послідовність своїх дій при тому чи іншому розвитку ситуації.
37. Перш ніж взятися за справу, мені необхідно зібрати докладну інформацію про умови її виконання і супутніх обставин.
38. Рідко відступаю від розпочатої справи.
39. Часто допускаю недбале ставлення до своїх обов'язків в разі втоми і поганого самопочуття.
40. Якщо я вважаю, що правий, то мене мало хвилює думка оточуючих про мої дії.
41. Про мене кажуть, що я «розкидаюся», не вмію відокремити головне від другорядного.
42. Не вмію і не люблю заздалегідь планувати свій бюджет.
43. Якщо в роботі не вдалося домогтися певної якості, яка б мене влаштовувала, прагну переробити, навіть якщо оточуючим це не важливо.
44. Після вирішення конфліктної ситуації часто подумки до неї повертаюся, перевіряю вжиті заходи і результати.
45. Невимушено відчуваю себе в незнайомій компанії, нові люди мені зазвичай цікаві.
46. Зазвичай різко реагую на заперечення, намагаюся думати і робити все по-своєму.

Обробка результатів:

Підрахунок показників опитувальника проводиться по ключам, представленим нижче, де «Так» означає позитивні відповіді, а «Ні» – негативні.

на другий рік ?

Додаток Б

«Дослідження вольової саморегуляції» А. Зверькова, Є. Ейдмана.

Мета: дослідження вольової саморегуляції особистості. Вік досліджуваного: з 14 років.

Матеріали та обладнання: тест-опитувальник, бланк для відповідей, ручка.

Процедура дослідження.

Дослідження вольової саморегуляції за допомогою тесту-опитувальника може проводитися з однією особою або з цілою групою. Щоб забезпечити самостійність відповідей досліджуваних, кожному видається тест-опитувальник, бланк для відповідей (з номерами запитань і графами для відповідей).

Інструкція досліджуваному. Вам пропонується тест, який включає 30 тверджень.

Уважно прочитайте кожне з них та вирішіть, наскільки воно характеризує вас.

Якщо правильно характеризує, то на аркуші для відповідей навпроти номера даного твердження поставте знак «+» якщо вважаєте, що неправильно, знак «-».

Тестовий матеріал:

1. Якщо в мене щось не виходить, то нерідко виникає бажання покинути цю справу.
2. Я не відмовляюся від своїх задумів і справ, навіть якщо доводиться вибирати між ними та приємною компанією.
3. За необхідності мені неважко стримати спалах гніву.
4. Звичайно я зберігаю спокій, чекаючи товариша, який спізнюється на призначений час.
5. Мене важко відірвати від розпочатої роботи.
6. Мене дуже вибиває з колії фізичний біль.
7. Я завжди намагаюся вислухати співрозмовника, не перебиваю, навіть якщо не терпиться йому заперечити.
8. Я завжди відстоюю свою позицію у розмові.
9. Якщо треба, я можу не спати кілька ночей (наприклад, робота, чергування) і весь наступний день бути “в гарній формі”.

10. Мої плани занадто часто перекреслюються зовнішніми обставинами.
11. Я не вважаю себе терплячою людиною.
12. Не так просто мені примусити себе байдуже спостерігати хвилююче видовище.
13. Мені рідко вдається примусити себе продовжувати роботу після серії прикрих невдач.
14. Якщо я ставлюся до когось погано, мені важко приховати зневагу до нього.
15. За потреби я можу займатися своєю справою в незручних та в не пристосованих до цього умовах.
16. Мені дуже ускладнює роботу усвідомлення того, що її необхідно виконати в точно визначений термін.
17. Я вважаю себе рішучою людиною.
18. З фізичною втомою я справляюся значно краще, ніж інші.
19. Краще зачекати ліфт, ніж підійматися сходами.
20. Зіпсувати мені настрої не так просто.
21. Інколи якась дрібниця заповнює мої думки, не дає спокою, і я не можу її позбутися.
22. Мені важче, ніж іншим зосередитися на завданні чи на роботі.
23. Сперечатися зі мною важко.
24. Я завжди прагну довести розпочату справу до кінця.
25. Мене легко відвернути від справ.
26. Я іноді помічаю, що намагаюся домогтися свого всупереч об'єктивним обставинам.
27. Люди іноді заздрять моєму терпінню та допитливості.
28. Мені важко зберегти спокій у стресовій ситуації.
29. Я помічаю, що під час одноманітної роботи мимоволі починаю змінювати спосіб дії, навіть якщо це інколи призводить до погіршення результатів.
30. Мене, як правило, дратує, коли «перед носом» зачиняються двері транспорту або ліфта, що від'їжджають.

Обробка результатів

Мета обробки результатів – визначення величин індексів вольової саморегуляції за пунктами загальної шкали та індексів за субшкалами наполегливості і самовладання.

Кожен індекс – це сума балів, отриманих при підрахунку збігу відповідей з ключем загальної шкали чи субшкали.

В опитувальнику міститься 6 замаскованих тверджень. Тому загальний сумарний бал за загальною шкалою має бути в межах 0-24, за субшкалою наполегливості – 0-16 та за субшкалою самовладання – 0-13.

Додаток В

Тест «Самооцінки самооцінки психічних станів» Г. Айзенка

№ з / п	Психічні стани	Пі д- хо ди ть	Н е д у ж е п і д х .	Н е п і д х .
		2	1	0
1	Не відчуваю у собі впевненості			
2	Часто червонію без причини			
3	Мій сон мене непокоїть			
4	Легко починаю нудьгувати			
5	Непокоюся через неприємності, які є тільки в уяві			
6	Мене лякають труднощі			
7	Люблю аналізувати свої недоліки			
8	Мене легко переконати			
9	Я підозріливий			
10	Важко перенешу час очікування			
11	Нерідко мені здаються безвихідними ситуації, із яких можна знайти вихід			
12	Неприємності мене сильно засмучують, я падаю духом			
13	У неприємних ситуаціях я схильний без поважних причин звинувачувати себе			

1 4	Нещастя та невдачі нічому мене не вчать			
1 5	Я часто відмовляюся від боротьби, вважаю її даремною			
1 6	Я часто почуваю себе беззахисним			
1 7	Іноді у мене буває стан відчаю			
1 8	Відчуваю розгубленість перед труднощами			
1 9	У важкі хвилини життя іноді поводжуся як дитина, хочу, щоб мене			

	пожаліли			
20	Вважаю недоліки свого характеру невинними			
21	Залишаю за собою право вирішального голосу			
22	Часто при розмові перебиваю співрозмовника			
23	Мене легко розсердити			
24	Люблю робити зауваження іншим			
25	Хочу бути авторитетом для оточуючих			
26	Не задовольняюсь малим, хочу більшого			
27	Коли розгніваюсь, погано себе стримую			
28	Більше люблю керувати, ніж підкорятися			
29	У мене різка, грубувата жестикуляція			
30	Я злопам'ятний			
31	Мені важко змінювати звички			
32	Нелегко переключати увагу			
33	З обережністю ставлюся до всього нового			
34	Мене важко переконати			
35	Нерідко у мене з голови не виходять думки, яких потрібно позбутися			
36	Нелегко зближуюся з людьми			
37	Мене розчаровує навіть незначні зміни плану			
38	Я проявляю впертість			
39	Неохоче йду на ризик			
40	Різко реагую на відхилення від прийнятого мною режиму			

Підраховується кількість балів за кожно з чотирьох груп питань:

I - 1-10-те питання – тривожність;

II - 11-20-те питання – фрустрація (психологічний стан зростаючого емоційно-вольового напруження, що виникає в конфліктній ситуації);

3 - 21-30-те питання – агресивність;

IV - 31-40-ве питання – ригідність (тенденція до збереження своїх стереотипів, способів мислення, нездатність змінити власну точку зору). Інтерпретація результатів

Тривожність:

0-7 балів – низька тривожність;

м