

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Соціально-гуманітарний факультет
Кафедра психології та соціальної роботи

ГНАТІВ Роман Русланович

**Психопрофілактика професійної деформації
молодшого медичного персоналу /**
**Psychoprophylaxis of professional deformation in
junior medical staff**

спеціальність: 053 - Психологія
освітньо-професійна програма - Психологія

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи ПС-41
Р. Р. Гнатів

Науковий керівник:
к.пс.н., доцент, Т. Л. Надвинична

Кваліфікаційну роботу допущено
до захисту:

"__" ____ 20__ р.

Завідувач кафедри
А. Н. Гірняк

ТЕРНОПІЛЬ - 2025

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РІЗНОГО ПРОФІЛЮ

1.1. Основні концепції взаємозв'язку особистості та професійної діяльності в зарубіжній і вітчизняній психології.

1.2. Особливості професійної діяльності медичної сестри.

1.3. Професійна діяльність медичних сестер різного профілю як фактор формування деформації особистості

Висновок до розділу I.

РОЗДІЛ 2. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ТА ПРОЯВУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ І ДЕФОРМАЦІЇ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

2.1. Професійної деформація як предмет наукового дослідження. Чинники професійної діяльності, які впливають розвиток професійного вигорання медичної сестри.

2.2. Комплексні прояви професійних та особистісних деструкцій молодшого медичного персоналу різного профілю.

Висновок до розділу II.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИЧИН ВИНИКНЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ПРОФЕСІЙНИХ ДЕСТРУКЦІЙ У МЕДСЕСТЕР ТА ПОШУК ЕФЕКТИВНИХ ШЛЯХІВ ЇХ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ

3.1. Організація та зміст дослідження.

3.2. Вивчення рівнів виразності професійної деформації особистості медичних сестер лікувальних закладів різного профілю.

3.3. Система психопрофілактичної роботи з попередження професійної деформації молодшого медичного персоналу

Висновок до розділу III.

ВИСНОВОК

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я України одним із пріоритетних напрямів є підвищення якості роботи молодшого медичного персоналу. Водночас трансформаційні процеси у сфері сестринської справи відбуваються недостатньо динамічно, що зокрема, зумовлено низьким рівнем професійної активності та залученості середнього медичного персоналу, адже зміни у форматі його професійної діяльності висувають підвищені вимоги до особистісних, емоційно-вольових та професійно-мотиваційних характеристик фахівця.

Сестринська діяльність належить до категорії професій із підвищеним рівнем соціальної значущості, психологічного навантаження та емоційного вигорання. Це, своєю чергою, зумовлює підвищений ризик формування професійної деформації особистості. Попри наявність окремих досліджень, питання превенції таких станів у представників молодшого медичного персоналу залишається недостатньо теоретично обґрунтованим і методично опрацьованим. Огляд наукової літератури свідчить про значний інтерес дослідників до вивчення психологічних чинників, що впливають на характер і результативність професійної діяльності представників різних соціально важливих професій – педагогів, викладачів вищих навчальних закладів, практичних психологів, керівників, юристів. Але, наразі лише окремі автори зверталися до дослідження професійної деформації медичних сестер за фаховою спеціалізацією. Зокрема, нині проаналізовано особливості проявів деформацій у представниць терапевтичного профілю. Водночас психологічні аспекти професійної деформації медичних сестер, що працюють у психіатричних, хірургічних та педіатричних відділеннях, досі залишаються недостатньо дослідженими та потребують окремої наукової розробки. Така дані стали б у нагоді при розробці ефективних профілактичних та корекційних заходів.

Таким чином, існує об'єктивна потреба у залученні методології психології праці та організаційної психології до формування системного підходу щодо діагностики, профілактики та корекції професійної деформації особистості медичних сестер. Обмеженість комплексних емпіричних досліджень, що охоплюють усі аспекти цього феномену – від етіології до практичної

інтервенції, визначає високу наукову та практичну значущість даного дослідження.

Мета дослідження: обґрунтувати та розробити психологічно обґрунтовані підходи до профілактики проявів професійної деформації у представників молодшого медичного персоналу з урахуванням особливостей їх професійної діяльності, психоемоційного навантаження та умов праці.

Завдання дослідження :

- здійснити теоретико-методологічний аналіз професійної діяльності медичних сестер різного профілю;
- проаналізувати теоретичні підходи вивчення професійної деформації особистості медичної сестри;
- виявити чинники професійної діяльності, що впливають розвиток професійної деформації особистості медичної сестри;
- емпіричним шляхом дослідити особливості проявів професійної деформації особистості фахівців різного медичного профілю;
- запропонувати систему психопрофілактики проявів професійної деформації особистості медсестер різного профілю.

Об’єкт дослідження: особистість медичної сестри, а його **предмет** – профілактика проявів професійної деформації особистості молодшого медичного персоналу психіатричного, хірургічного, терапевтичного, педіатричного профілю .

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети було використано комплекс взаємодоповнюючих методів: оглядове теоретико-аналітичне дослідження літератури, комплекс психодіагностичних методик: «Рівень професійної деформації особистості»; опитувальник виявлення форм агресивних та ворожих реакцій Басса-Дарки; опитувальник «Емпатія»; методика діагностики комунікативної толерантності; тест «Професійна комунікативна компетентність медсестри»; методика «Мотивація професійної діяльності»; методика виміру рівня рефлексивності

Емпіричною базою дослідження став навчально-науковий центр соціально-психологічної підтримки та резильєнтності ЗУНУ. Його учасниками стали 20 медичних сестер віком від 31 до 56 років, безперервний медичний стаж роботи яких у відділенні одного профілю склав від 8 до 35 років, які

проходили тренінги базової психологічної допомоги у Центрі. Із загальної кількості обстежуваних було сформовано 4 групи: 5 медсестер психіатричних установ; 5 медсестер хірургічних відділень; 4 медсестри терапевтичних відділень; 6 медсестер педіатричних (соматичних) відділень.

Теоретичне значення дослідження. У межах дослідження було систематизовано чинники професійної діяльності, що сприяють виникненню та розвитку професійної деформації особистості медичних сестер. Теоретично доведено, що характер об'єкта праці медичної сестри виступає одним із ключових детермінантів деформаційних процесів у структурі особистості. Визначено та охарактеризовано факторну структуру проявів деформацій особистості у представників різних клінічних напрямів – психіатрії, хірургії, терапії та педіатрії. Отримані результати поглиблюють теоретичні основи психології праці та сприяють розвитку напрямку психології професійного становлення.

Практичне значення дослідження. Практичний потенціал дослідження полягає у виявленні впливових чинників професійної діяльності, що спричиняють професійну деформацію. Запропоновані профілактичні програми можуть бути ефективно використані для підвищення результативності професійної діяльності медичних сестер різного клінічного профілю, а також як інструмент практичної діяльності психолога у сфері охорони здоров'я. Вони можуть бути інтегровані в систему професійного навчання та підвищення кваліфікації медичного персоналу. Результати дослідження можуть бути корисними для практичних психологів, керівників медичних закладів та організаторів професійної підготовки молодшого медичного персоналу.

Структура та обсяг кваліфікаційного дослідження Робота складається з вступу, трьох розділів та висновків до них, висновку, списку використаної літератури, що нараховує 52 найменування, з них 12 – іноземними мовами. Дослідження ілюстроване 9 таблицями та 1 **рисунком**. Зміст роботи викладено на 60 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РІЗНОГО ПРОФІЛЮ

1.1. Основні концепції взаємозв'язку особистості та професійної діяльності в зарубіжній і вітчизняній психології

Дослідження впливу професійної діяльності на формування і трансформацію особистості має суттєве значення для розвитку психології праці як теоретичної дисципліни та прикладного напрямку [5; 11; 15 та ін.].

У методологічному контексті дослідження особистісного розвитку фахівця опирається на суб'єктно-діяльнісний і системний підходи. Перший дає змогу аналізувати індивідуальні риси особистості крізь призму її професійної діяльності, оскільки остання є полем активної взаємодії суб'єкта з середовищем, що формує його особистісну структуру. У межах другого – особистість розглядається як багатокomпонентне утворення, в якому професійна діяльність виступає як інтегративний фактор.

Професійна діяльність є важливим життєвим ресурсом, що забезпечує не лише матеріальні потреби, але й сприяє самореалізації особистості, формуванню життєвих цінностей і соціальної ідентичності. При цьому «Професія є не лише видом діяльності, а й стилем життя, системою мислення та соціальним маркером індивіда» [15, с. 23]. Зважаючи на це, виконання професійних обов'язків потребує не лише наявності спеціальних знань, умінь, навичок і відповідних особистісних якостей.

Протягом значного періоду життя професійна діяльність є домінантною формою активності, яка суттєво впливає на особистісний розвиток. Зміст і умови професійної діяльності зумовлюють динаміку формування індивідуально-професійних характеристик [11].

Процес професіоналізації розглядається як поступове засвоєння фахових знань, норм, цінностей і способів самореалізації через професію. Професійний розвиток є ключовою категорією, що відображає взаємозв'язок між особистістю та її професійною діяльністю. Він визначає його як процес трансформації психіки в ході засвоєння і виконання професійно-освітніх і

трудових функцій [15].

У науковій літературі знаходимо класифікацію концептуальних підходів до взаємодії особистості з професією, виділивши дві парадигми. Перша з них заперечує трансформуючий вплив професії на особистість, розглядаючи професійну задоволеність як наслідок збігу індивідуальних здібностей з вимогами конкретного виду діяльності [43]. Друга, яка є домінуючою в сучасній вітчизняній та зарубіжній психології, визнає професію як фактор, що чинить істотний вплив на особистісний розвиток. Цей підхід представлений, зокрема у теорії професійного розвитку Д. Сьюпера, у якій професіоналізація постає як тривалий індивідуальний шлях, на якому інтереси, здібності та особистісні риси слугують основою для вибору та оволодіння професією [51].

Більшість сучасних дослідників визнають, що професійна діяльність спричиняє різноспрямовані особистісні зміни, зокрема – розвиток або, навпаки, деформацію.

У межах концепції професійного розвитку, виокремлено дві моделі особистісної динаміки:

- «а) модель адаптивної поведінки, що включає стадії адаптації, становлення та стагнації;
- б) модель розвитку, яка охоплює етапи самовизначення, самовираження та самореалізації» [15, с. 64].

Різні стратегії професійного становлення – адаптивна та творча, відрізняються за характером змін, які відбуваються з особистістю суб'єкта трудової діяльності. Перша передбачає поступову трансформацію професійно значущих якостей, знань, умінь та особистісних рис, які забезпечують успішне пристосування до вимог професійного середовища та виконання посадових обов'язків на належному рівні. У такому підході домінує установка на відповідність зовнішнім обставинам, на підпорядкування нормативним очікуванням та соціальним ролям. Фахівець прагне зберігати ресурси, застосовуючи вже наявні алгоритми та стереотипи поведінки, що нерідко супроводжується зниженням рівня особистісної активності та професійним застійним станом, який у перспективі може призвести до регресу в професійній сфері.

На противагу цьому, повноцінний професійний розвиток передбачає

саморозвиток – процес глибоких внутрішніх змін, які знаходять прояв у креативному самовираженні та високій суб'єктній активності у професійній діяльності. При цьому центральним елементом структури особистості фахівця виступає його професійна самосвідомість, яка в моделі розвитку базується на внутрішній активності як рушійному чиннику зростання [15]. Таким чином, професійна деформація суперечить самореалізації та саморозвитку, оскільки пов'язана з руйнуванням цілісності особистісного зростання.

Значну увагу в контексті впливу професії на свідомість особистості приділяють прихильники творчого підходу, які обстоюють поняття професійно зумовленого «образу світу», що формує у фахівця специфічне світовідчуття та уявлення про власне місце у соціальному просторі. Вони підкреслюють, що такий світогляд, з одного боку, є необхідним і закономірним, проте, з іншого – може призводити до небажаних спотворень свідомості, зокрема втраченого розуміння відмінностей у сприйнятті реальності іншими людьми. У результаті може формуватися зневажливе ставлення до об'єктів професійної взаємодії, що особливо небезпечно для фахівців із категорії «людина – людина» або «людина – природа» [2].

Психологічні аспекти порушень у розвитку фахівця детально досліджувала Бондаревська Л., яка окреслила низку негативних тенденцій у професійному дизонтогенезі. До них належать:

1. «Відставання або затримка у професійному становленні.
2. Недостатній розвиток професійної діяльності, стилю професійного спілкування та професійного типу особистості, а також низький рівень моральних уявлень у професійній сфері.
3. Дефіцитарність окремих сфер особистості, що гальмують професійне зростання (наприклад, зниження рівня емпатії).
4. Примітивізація діяльності та особистості, низька мотивація, відсутність задоволення від праці.
5. Переривання або повна зупинка професійної активності.
6. Дезінтеграція процесу професійного розвитку (втрата моральних орієнтирів, руйнування цілісного уявлення про професійну діяльність, поява викривлених професійних смислів).
7. Зниження адаптивності, «застрягання» в професії, нездатність

пристосовуватися до нових умов праці.

8. Дисбаланс та дисгармонія між окремими аспектами професійного розвитку, втрата раніше сформованих професійних умінь і якостей.

9. Деформований розвиток, що проявляється в появі негативних особистісних рис, раніше не властивих фахівцю» [4, с. 98].

Усі зазначені форми порушень можуть мати динамічний характер, виникати на різних етапах професіоналізації та, за відсутності належної підтримки, призводити до формування професійної деформації.

У зарубіжній психологічній літературі активно використовується поняття «професійна ідентифікація», що позначає процес поступового засвоєння індивідом професійних норм, цінностей і моделей поведінки в умовах адаптації до специфіки обраної діяльності [43; 45]. На вищих етапах цього процесу відбувається глибоке ототожнення особистості з професією, що виявляється у впливі професійних установок на інші сфери життя, формуючи відповідне ставлення до роботи та соціального середовища. Проте така інтеграція може мати і зворотний бік – за надмірного злиття з професійною роллю виникає ризик розвитку професійної деформації.

Таким чином, процес професіоналізації особистості має тривалий характер і супроводжує людину впродовж усього її трудового життя. З огляду на це, проблема професійного становлення набуває особливої значущості для психології праці, оскільки успішне або неуспішне її вирішення суттєво впливає на життєвий шлях індивіда.

Професія є не лише середовищем діяльності, а й потужним чинником формування особистості. Їхній взаємозв'язок має двосторонній характер: з одного боку, особистість впливає на характер проходження процесу професіоналізації, а з іншого – сама професійна діяльність трансформує особистісну структуру. Залежно від умов і контексту така взаємодія може сприяти як гармонійному розвитку, так і виникненню негативних змін у вигляді професійної деформації.

1.2. Особливості професійної діяльності медичної сестри.

У дослідженні професійної діяльності медичних сестер за основу взято методологічний принцип взаємозв'язку свідомості та діяльності, зреалізований

у межах системно-структурного підходу. За таких умов аналіз діяльності має ґрунтуватися не на спрощеній одновимірній моделі, а на розумінні багаторівневої структури професійної діяльності та її суб'єкта [11].

Згідно з цим підходом, професійну діяльність медичної сестри доцільно розглядати як елемент складної соціально-психологічної системи, у межах якої відбувається взаємодія між фахівцем, пацієнтами та колективом лікувального закладу. Така система включає в себе інформаційні ресурси (медичні знання), інструменти професійної комунікації, способи соціальної взаємодії та організаційні структури.

До основних структурних компонентів цієї системи належать: медичний персонал (у тому числі лікарі та інші медичні сестри); пацієнти різного віку та стану здоров'я; організаційно-комунікаційні зв'язки між усіма учасниками процесу [18, с. 63].

Зазначимо, що ключовою метою діяльності медичної сестри є надання висококваліфікованої медичної допомоги населенню згідно з вимогами державних стандартів професійної освіти. Відповідно до Етичного кодексу медичної сестри, її основні функції охоплюють догляд за хворими, полегшення страждань, проведення реабілітаційних заходів, а також профілактику і зміцнення здоров'я [16].

Серед основних професійних завдань медичної сестри виділяються:

1. «Професійні функції – догляд за пацієнтами, профілактика захворювань, участь у програмах реабілітації, санітарно-просвітницька діяльність.

2. Організаційні обов'язки – планування робочого процесу, оцінка результатів, раціональне використання часу та простору, оволодіння навичками управління та участь у впровадженні нових підходів до сестринської справи.

3. Психолого-педагогічна складова – розвиток навичок ефективного спілкування, інформування пацієнтів щодо методів збереження здоров'я, застосування вербальних і невербальних засобів комунікації» [там само].

Виконання кожної з функцій у професійній діяльності медичної сестри включає реалізацію комплексу взаємопов'язаних дій і процедур. Зокрема, під час обстеження пацієнта вона проводить оцінку його фізичного та психоемоційного стану, ґрунтуючись на результатах зібраних клінічних і

лабораторних даних, а також на інформації з анамнезу та первинного огляду.

Формулювання сестринського діагнозу передбачає виявлення як наявних, так і потенційних проблем у пацієнта, з урахуванням ієрархії пріоритетів (початкових, проміжних і вторинних). Цей процес включає постановку мети втручання, розробку плану дій і чітке формулювання діагностичного висновку. У рамках цього діагнозу описується стан здоров'я пацієнта, який виявлено внаслідок сестринського обстеження і який потребує безпосереднього медсестринського втручання [16, с. 21]. Метою такого діагностування є виявлення реакцій організму, які супроводжують захворювання, а також тих, що впливають на якість життя пацієнта.

Слід зазначити, що сестринський діагноз є динамічним і може змінюватися впродовж доби залежно від змін у стані пацієнта. Він також відображає суб'єктивне сприйняття хворим свого здоров'я.

Сестринська діагностика зосереджується на визначенні фактичних або ймовірних відхилень від фізіологічної та психологічної норми, а також на виявленні факторів, що викликають у пацієнта дискомфорт або тривожність у поточний момент.

У межах розробки індивідуального плану догляду медична сестра визначає цілі та завдання втручання, підбирає методи, засоби та обсяг процедур, оцінює тривалість їх виконання. Окрім цього, вона здійснює інформаційно-консультативну підтримку пацієнта та його родини, надаючи рекомендації щодо догляду та профілактики. Важливою частиною її роботи є прогнозування можливих реакцій організму на хворобу та оцінка ймовірних строків одужання [29].

На думку Лисенко О. Г., професійна діяльність медичної сестри складається з двох основних складових: фахової та комунікативної. При цьому саме остання відіграє надзвичайно важливу роль, адже передбачає активну взаємодію з пацієнтами, їхніми рідними, лікарями, керівництвом і персоналом [18].

Відтак, основним об'єктом діяльності медичної сестри є пацієнт, який потребує медичної допомоги внаслідок фізичних або психічних порушень, а серед ключових функцій, які вона виконує можна виокремити:

- діагностичну – прогнозування наслідків власних дій і медичних

втручань;

- організаційну – участь в управлінні процесами в межах лікувального закладу;

- науково-дослідну – залучення до аналізу й удосконалення професійної практики.

Сучасні дослідники відносить професію медичної сестри до соціономічної групи, що передбачає постійне спілкування з людьми та підвищений рівень моральної відповідальності за фізичний і психологічний стан пацієнтів.

Догляд за пацієнтами є важливим складником діяльності медичної сестри, який містить: комплекс лікувальних, профілактичних, гігієнічних та санітарно-епідеміологічних заходів, спрямованих на полегшення страждань пацієнта, його одужання, а також на запобігання ускладненням захворювання; допомога пацієнтові, що забезпечує задоволення його основних життєвих потреб під час хворобливих станів [67, с. 60].

Догляд за хворими ділиться на загальний (проводяться заходи незалежно від характеру захворювання) та спеціальний (проводяться заходи лише за певних захворювань). Заходи щодо догляду за хворими включають: виконання лікарських призначень; проведення заходів особистої гігієни; ведення медичної документації; проведення санітарно-просвітницької роботи серед пацієнтів.

Медична сестра здійснює сестринські втручання, спостерігає та контролює реакції хворого на призначення лікаря, реєструє отримані результати у сестринській історії хвороби, спостерігає та контролює реакції пацієнта при виконанні сестринських дій по догляду, проводить реабілітаційні заходи, виявляє та усуває патогенні фактори середовища та людського; проводить оздоровчі заходи.

Кожен етап сестринського процесу має свої психологічні особливості, що формуються на підставі реалізованої медичною сестрою психологічної роботи з хворим. У першому етапі (обстеження) медична сестра має встановлювати психологічний контакт із пацієнтом. Головними методами психологічної діагностики є спостереження та розмова. Спостерігаючи за поведінкою пацієнта, медсестра співвідносить його дії та емоції із віковими, статевими нормами. Завданням другого етапу є постановка сестринського діагнозу.

Діагнози лікаря та медичної сестри встановлюються на підставі фізіологічних, психологічних, духовних, соціокультурних показників розвитку пацієнта. Основною психологічною роботою, що реалізується медсестрою на етапі планування та виконання плану сестринського догляду, є спостереження за пацієнтом та бесіди з використанням методів переконання. Необхідно мотивувати пацієнта та створювати сприятливі умови для одужання. Медсестра спостерігає за змінами в емоційній сфері пацієнта у процесі лікування. Пацієнт зобов'язаний брати участь у процесі лікування і медсестра повинна йому допомагати. Мета заключного етапу – оцінити реакцію пацієнта на сестринський догляд, оцінити якість наданої допомоги та отриманих результатів[13, с.18]. Оцінюючи результатів сестринського втручання медична сестра водночас визначає слабкі і сильні боки своєї професійної діяльності.

1.3. Професійна діяльність медичних сестер різного профілю як фактор формування професійної особистості

Зрозуміло, що зважаючи на специфіку професійної діяльності, кожне медичне відділення має свою специфіку роботи медсестер залежно від профілю лікувально-профілактичного закладу. Профіль – це набір основних характеристик, які визначають особливості конкретної професії або спеціальності [16]. Лікувально-профілактичний заклад є автономною установою охорони здоров'я, метою якої є надання різноманітної медичної допомоги населенню. В історії медицини виокремлюють два основні типи спеціалізованої медичної допомоги: терапевтичну та хірургічну. Сучасна спеціальність лікаря «лікувальна справа» охоплює 27 основних спеціалізацій (психіатрія, терапія, хірургія тощо), а «педіатрія» включає три спеціалізації (педіатрія, дитяча хірургія, неонатологія) [29].

Кожна спеціалізація має свої завдання та специфіку, що вимагають особливого набору як професійних компетентностей, так і особистісних якостей. Так, наприклад, медсестра в психіатричному закладі надає кваліфіковану допомогу пацієнтам, що страждають на психічні розлади, забезпечуючи догляд, відповідно до етичних норм. Особливістю роботи медсестри психіатричного профілю є необхідність постійної взаємодії з пацієнтами, які страждають на хронічні психічні розлади, що часто

супроводжуються важкими станами й поведінковими порушеннями.

У таких пацієнтів можуть спостерігатися небезпечні стани, що загрожують не лише їхньому здоров'ю, а й життю оточуючих. Медсестра повинна мати глибоке розуміння психічного стану пацієнта і враховувати особливості його особистості. Спілкування з такими пацієнтами може бути ускладнене або навіть неможливе, що іноді вимагає використання насильницького утримання або фармакологічних методів, таких як введення нейролептиків або фізичне обмеження [29, с. 29]. Після таких ситуацій медсестра повинна провести обговорення з пацієнтом, з'ясувати можливі причини його агресивної поведінки.

Знанецька О. М. визначил основні особливості сестринського процесу в психіатрії [14, с. 85]. Так, на першому етапі медсестра займається збором і перевіркою інформації. Основним джерелом є сам пацієнт, хоча також важливими є дані від родичів, колег, медичних працівників та медична документація, які доповнюють первинні відомості. Інформація, отримана від психічно хворих, часто може бути недостовірною, тому медсестра повинна вміти виявляти психологічні особливості пацієнта, його здатність до адаптації, самооцінку, а також взаємини з оточуючими.

Другим етапом є діагностика. На цьому етапі медсестра виявляє потреби та проблеми пацієнта, визначає чинники, що сприяють їх виникненню, а також виділяє сильні сторони пацієнта, які можуть допомогти в їх подоланні. Формулюється сестринський діагноз, наприклад, високий ризик насильства або зміна сприйняття.

Третій етап сестринського процесу включає складання плану догляду, на якому медсестра визначає зміни в стані пацієнта, пріоритетні проблеми і розробляє стратегію догляду.

На четвертому етапі реалізуються сестринські втручання, які можуть бути незалежними, взаємозалежними чи залежними.

П'ятий етап передбачає оцінку ефективності виконаних втручань, визначення результатів та виявлення побічних ефектів, а також з'ясування, чи було досягнуто запланованих цілей.

При цьому авторка зазначає, що психологічний супровід є важливою складовою роботи медичної сестри під час якого важливо створити атмосферу

довіри. Одним із головних завдань медсестри під час первинного огляду пацієнта є створення атмосфери довіри. Вона допомагає пацієнту знизити рівень тривоги та хвилювання. Сестринські втручання включають виявлення та корекцію порушених потреб пацієнта. Крім того, медсестра повинна інформувати лікаря про зміни в стані пацієнта, реєструючи емоційні зміни.

Таким чином, сестринська практика в психіатрії має кілька специфічних організаційних аспектів, пов'язаних із режимом психіатричних установ і психологічними підходами до пацієнтів.

Медсестра в хірургічному відділенні надає медичну допомогу та догляд пацієнтам, які страждають на гострі та хронічні захворювання, що потребують оперативного втручання. Хірургічне втручання передбачає вплив на тканини або органи людини за допомогою різноманітних методів роз'єднання, переміщення або з'єднання тканин. Хірургічний вплив є безпосереднім, лікар зупиняє патологічний процес і видаляє джерело хвороби [29]. Операція відрізняється від консервативного лікування тим, що включає роз'єднання та з'єднання тканин, а також завжди супроводжується операційною травмою.

Борисяк А. У своїх дослідженнях описав особливості сестринського процесу в хірургії, що включає:

1. «Визначення потреб пацієнта в догляді на різних етапах лікування: передопераційному, операційному та післяопераційному.
2. Ідентифікацію пріоритетних проблем, таких як операційна безпека, ризики інфекцій, психологічний стан, біль, порушення функцій органів та систем, стрес від операції, збереження гідності пацієнта.
3. Прогнозування результатів догляду, визначення термінів відновлення та ймовірного рівня відновлення після операції.
4. Розробка плану дій і стратегії для задоволення потреб пацієнта, враховуючи специфіку конкретного хірургічного захворювання.
5. Оцінка результатів проведених медсестринських заходів.
6. Моніторинг якості наданої допомоги. В хірургічній практиці важливо використовувати стандарти та алгоритми медсестринського втручання» [5, с.60].

Для досягнення успішного результату операції (швидке відновлення після операції та відсутність ускладнень) медичні працівники, які готують

пацієнта до цієї процедури, повинні виконати два завдання:

1. «Провести обстеження пацієнта для виявлення факторів, що можуть вплинути на перебіг операції та післяопераційний період (загальний стан організму, фізичний та психологічний стан, що може призвести до ускладнень).
2. Здійснити психологічну та фізіологічну підготовку пацієнта до операційного втручання з метою мінімізації негативних наслідків і пришвидшення процесу одужання» [там само, с.67].

Під час підготовки пацієнта до хірургічного втручання медсестра застосовує різноманітні методи, зокрема введення катетерів та зондів, призначення медикаментів, а також здійснює фізичне обстеження, спілкування з пацієнтом для виявлення тривожних симптомів і надає психологічну підтримку.

Процес обстеження охоплює як фізичну, так і психологічну складову. Фізичний огляд включає вимірювання гемодинамічних показників, температуру тіла та інші параметри, що дозволяють оцінити загальний стан пацієнта перед операцією. Психологічне обстеження зосереджене на визначенні рівня тривоги, страху перед операцією та смерті, занепокоєння щодо анестезії, можливих ускладнень чи болю. Медсестра повинна активно працювати над зниженням тривожності пацієнта, виявляти шкідливі звички та з'ясувати рівень знань пацієнта про майбутнє хірургічне втручання, а також розуміння операції ним і його близькими.

Наступним етапом є ідентифікація проблем пацієнта та формулювання сестринського діагнозу. Це передбачає виявлення основних питань, які можуть бути як соматичними, так і психологічними, зокрема у хірургії часто виникають проблеми, пов'язані з важким фізичним станом або емоційними факторами.

Планування втручань включає надання належного догляду, проведення навчання та консультацій для пацієнта і його родини. Оцінка результативності такої діяльності здійснюється під час різних етапів лікування, включаючи операційний та ранній післяопераційний період.

Особливості догляду за пацієнтами хірургічного профілю зумовлені змінами в роботі органів та систем не лише через захворювання, а й через вплив наркозу, оперативного втручання та післяопераційних ускладнень. Основне завдання медсестри полягає в створенні оптимальних умов для

відновлення пацієнта та профілактиці ускладнень, як від захворювання, так і від лікування.

Лікувальний процес розділяється на три основні етапи: передопераційний, операційний і післяопераційний. У передопераційний період медсестра готує пацієнта до операції, займається підготовкою операційного поля, проводить очищуючі процедури та призначає премедикацію. Психологічна підтримка пацієнта перед операцією є важливою частиною допомоги, особливо перед терміновими або екстреними операціями. Після операції пацієнт потребує постійного медсестринського нагляду, оскільки саме в цей період можливі серйозні ускладнення. Серед основних завдань медсестри – це регулярне спостереження за станом пацієнта, опитування щодо скарг, оцінка загального стану та проведення об'єктивного огляду[5].

Отже, медсестра в хірургії виконує не лише догляд за пацієнтом і лікарські призначення, а й активно спостерігає за змінами в стані пацієнта, що дозволяє своєчасно реагувати на будь-які зміни, при необхідності коригуючи хірургічне лікування або попереджаючи післяопераційні ускладнення.

Медична сестра в терапевтичному закладі надає сестринську допомогу та здійснює догляд за пацієнтами, які страждають від гострих та хронічних захворювань внутрішніх органів, що лікуються за допомогою консервативних методів. Консервативне лікування включає хімічні, фізичні та біологічні методи. Терапевтичне лікування передбачає вплив на організм пацієнта без хірургічного втручання, використовуючи різні медичні засоби та процедури.

Знанецька О. М. описала специфіку сестринського процесу у терапевтичній практиці. Сестринський процес є необхідною організаційною структурою для забезпечення належного спостереження, виконання медичних призначень та надання догляду пацієнтам. У цьому контексті медсестра та пацієнт є взаємодіючими особами, що дозволяє забезпечити максимально ефективну допомогу [14]. Основними елементами сестринського процесу є визначення мети (виявлення потреб і проблем пацієнта, встановлення пріоритетів у догляді та планування очікуваних результатів), організація процесу та рівень освіти медсестри.

Структура сестринського процесу включає етапи: обстеження пацієнта, постановка сестринського діагнозу, планування заходів, реалізація плану та

оцінка результатів. Обстеження полягає у зборі інформації про стан здоров'я пацієнта, включаючи опитування, вивчення медичної історії, виявлення проблем і проведення огляду.

На основі отриманих даних медсестра формує сестринський діагноз (наприклад, головний біль, нудота, біль у животі, безсоння, задишка, тривога). Важливою частиною діагнозу є оцінка психічного стану пацієнта: зміни у поведінці, збудження, агресивність або депресивні симптоми. Проблеми пацієнта можуть бути поточними (наприклад, обмежена рухливість) або потенційними (наприклад, ризик виникнення пролежнів). Для кожного діагнозу медсестра формує план дій.

Медсестра має розробити такий план догляду, який дозволить пацієнту та його близьким адаптуватися до змін, спричинених хворобою. Вона веде медичну документацію, фіксує діагнози та розробляє стратегію догляду.

Після цього медсестра виконує наступні дії: складає план догляду, здійснює нагляд за пацієнтом, прогнозує очікувані результати лікування, організовує консультації. План включає заходи для моніторингу стану пацієнта, підготовку до додаткових обстежень та виконання лікарських призначень. Пацієнт може бути залучений до цього процесу.

Виконання плану включає в себе догляд, своєчасне виконання медичних приписів, підготовку до досліджень, забори матеріалу, видачу ліків, проведення ін'єкцій та організацію консультацій.

Оцінка результатів роботи медсестри здійснюється через аналіз реакцій пацієнта на надану допомогу, оцінку якості виконаних процедур і досягнутих результатів. Якщо результатів не досягнуто, медсестра коригує план догляду. Для ефективного нагляду та надання належного догляду медсестра повинна добре знати симптоми різних захворювань та розуміти механізми їх розвитку.

Лисенко О. Г [18] звернула увагу на особливості сестринського процесу в педіатрії. Робота медсестри з дітьми вимагає врахування взаємодії з пацієнтами, їх батьками та родичами. Батьки, як правило, мають підвищені вимоги до медичного персоналу, що може викликати конфлікти. Це потребує розуміння причин такої поведінки та коректного підходу з боку медсестер.

Медсестра повинна також добре знати анатомо-фізіологічні особливості дитячого організму та особливості перебігу захворювань у дітей.

Основною метою сестринського процесу є визначення потреб пацієнта в догляді. Потреби поділяються на універсальні, характерні для всіх пацієнтів цієї вікової групи, і специфічні, що залежать від уявлень батьків про потреби їхніх дітей. Проблеми пацієнтів можуть бути пов'язані з розвитком (затримка в фізичному або психічному розвитку, педагогічна занедбаність, порушення в соціальних зв'язках), що ускладнює процес догляду. Медсестри педіатричного профілю часто стикаються з труднощами, оскільки вони не завжди здатні оцінити поведінку дитини з різних точок зору. Важливо включати гру у процес обстеження та лікувальних процедур. Оскільки діти до 4 років не завжди можуть пояснити свої скарги, це створює додаткові труднощі для медсестри. Крім того, важливо враховувати невідповідність між реальним станом пацієнта та його відчуттями. Медсестра має звертати увагу на цю особливість, адже дитина може не відчувати біль, хоча її стан буде серйозним.

Важливим аспектом роботи медсестри є підготовка дитини до високотехнологічних процедур та лікування. У віці старше трьох років важливо не обіцяти, що маніпуляції не принесуть болю. Краще за допомогою іграшок пояснити, чого слід очікувати під час процедури.

При визначенні пріоритетів у догляді медсестра повинна перш за все з'ясувати потреби пацієнта у догляді та виявити проблему, пов'язану із його здоров'ям або дефіцитом спілкування. Це дозволить вибрати стратегію, яка не лише задовільнить потреби пацієнта, але й мінімізує стрес для дитини, забезпечуючи максимальний ефект від лікування.

Під час роботи з родичами медсестра має проводити навчання матерів щодо методів догляду за дитиною, застосування ліків, а також пояснювати важливість дотримання постільного режиму і дієтичного харчування. Важливо пам'ятати, що проблеми дитини часто є проблемами сім'ї. Госпіталізація може призвести до психічної травми дитини, що уповільнює процес одужання та знижує ефективність лікування.

Сестринський діагноз у педіатрії складається з кількох складових:

1. Біолого-генеалогічні (особливості розвитку, травми, акушерський анамнез);
2. Соціальні (умови життя, виховання);
3. Клінічні (здоров'я, медичні проблеми) [18].

При цьому до плану дій медсестри входять: надання невідкладної допомоги, організація режиму, дієтичне харчування, медикаментозні корекції та необхідні додаткові дослідження. Оцінка дій медсестри базується на реакції пацієнта на втручання та досягненні поставлених цілей.

Як бачимо, в залежності від профілю професійної діяльності, молодший медичний персонал зіштовхується з особливими викликами та складнощами: в одному випадку переважає емоційне спілкування з пацієнтами та їх родичами, в іншому – точність виконання приписів та надвідповідальність у дотриманні інструкцій.

Висновки до розділу1

1. Психологічний аналіз професійної діяльності доводить можливість різноманіття моделей професійного розвитку суб'єкта діяльності, що зумовлено складною та неоднозначною (позитивною та негативною) системою взаємовпливу професійної діяльності та особистості.

2. Професія медичної сестри належить до професій типу «людина-людина», де праця пов'язана з підвищеною відповідальністю за фізичний та психічний стан пацієнта. Основною формою діяльності у спеціальності «сестринська справа» є сестринський процес, зміст якого полягає в організації взаємодії між пацієнтом та медичною сестрою з метою надання сестринської допомоги.

3. У медичних сестер психіатричних, хірургічних, терапевтичних та педіатричних лікувально-профілактичних закладів сестринський процес має свої особливості. Специфіка діяльності медсестри психіатричного профілю у тому, що психологічний супровід становить значну частину її роботи. Особливого значення надається спостереженню за пацієнтами, зміною їх стану, емоційного фону. Медична сестра хірургічного профілю здійснює догляд за пацієнтами у передопераційному та післяопераційному періоді. Основне завдання медсестри – створення оптимальних умов для одужання, запобігання ускладненням, пов'язаним з особливостями оперативного методу лікування. Медичні сестри терапевтичного профілю використовують у своїй діяльності загальні медичні знання та вміння. Основне завдання – здійснення догляду пацієнтів, своєчасне виконання лікарських призначень. Специфіка діяльності

медсестри педіатричного профілю полягає в тому, що медичні сестри працюють і з пацієнтом, і з його оточенням. При цьому вона має бездоганно володіти комунікативними навичками спілкування не лише з дітьми й їхніми батьками та родичами.

РОЗДІЛ 2

Соціально-психологічні аспекти формування та прояву професійного вигорання і деформації у медичних сестер

2.1. Професійна деформація як предмет наукового дослідження. Чинники професійної діяльності, які впливають розвиток професійного вигорання медичної сестри.

Дослідження проблеми професійної деформації особистості бере свій початок у 1920-х роках ХХ століття, коли Пітирим Сорокін увів термін «професійна деформація». Учений виокремив декілька основних напрямів впливу професії на людину: фізичні зміни, зміни рухових навичок, психоемоційні порушення та трансформація стилю життя [34]. Таким чином, професійна діяльність може впливати на фізичне здоров'я, психологічний стан і соціальну поведінку працівника.

Термін «деформація» походить від латинського *deformatio*, що означає зміну форми, зокрема – під впливом зовнішніх чинників[21]. У даному контексті таким чинником виступає професійне середовище.

Підхід до розуміння професійної деформації як адаптаційного процесу розвинений у працях багатьох закордонних та вітчизняних дослідників, котрі трактують його з різних позицій. Так, Бондаревська Л. підкреслювала, що працівник не тільки виконує професійні функції, а й поступово адаптується до умов професійної діяльності, що іноді призводить до змін у психіці та фізіології [4, с. 79]. Маляр-Газда Н. М. розглядає варіанти негативного розвитку професіонала. Якщо особистість не проходить кризи успішно, виникає ризик професійної деформації, яка позначається як на діяльності, так і на особистісних рисах, що ускладнює ефективне професійне спілкування [20, с. 16]. На думку Hodge G.M., Jupp J.J., Taylor A.J., зміни особистості зумовлені адаптацією до специфіки професійного середовища та соціального контексту [45, с. 66], а Lerman Y., Melamed S., Shragin Y. вказують на спрощення професійної поведінки, стилю спілкування та уявлення про саму професію як прояви деформації [46, с. 829].

Незважаючи на розбіжності у підходах, більшість науковців підтримують думку про те, що адаптація – динамічний процес, що включає психофізіологічну, професійну та соціально-психологічну складову. При цьому перехід до дезадаптації може стати початком професійної деформації. У таких

випадках знижується продуктивність, виникає емоційне напруження, конфліктність, агресивна поведінка.

Але коли ці зміни стають стабільними, фахівець починає «виживати» у професії, пристосовуючи свою поведінку до вимог професійного середовища. Внаслідок цього формуються шаблони поведінки, що закріплюються як внутрішні установки та перетворюються на частину особистості.

Таким чином, професійна деформація – своєрідний наслідок адаптивної поведінки, яка часто супроводжується обмеженням особистісного розвитку.

Так, Gargen A. M. запропонував три підходи до аналізу цього феномена: феноменологічний, діяльнісний і особистісно-індивідуальний. Він акцентує увагу на впливі кожного елементу професійної діяльності на особистість: об'єкта праці, процесів, засобів, професійних здібностей і норм. Зокрема, зазначено, що найяскравіше деформація проявляється в роботі з людьми, які мають патології або перебувають у кризових станах, адже спеціаліст часто автоматизує свої дії та сприйняття, що з часом поширюється й на непрофесійні сфери життя [44].

Автор пояснював це явище через поняття «професійної ролі», вказуючи, що з часом фахівець переносить професійні шаблони на всі інші соціальні ролі. Схожої думки дотримуються й інші дослідники які вважають, що механізм деформації полягає в ототожненні особистості з професійною роллю та зазначають, що «професійна поведінка перетворюється на систему автоматизованих стереотипів, які поза професійною сферою можуть бути неадекватними й шкідливими» [34, с. 404–405].

Підсумовуючи вищесказане висновуємо, що більшість дослідників схиляється до думки, що професійна деформація – відхилення особистісного розвитку від гармонійної норми під тиском професійної діяльності. Воно порушує цілісність особистості, спричиняє появу негативних рис, які шкодять ефективності діяльності та адаптації в колективі.

При цьому слід зазначити, що професійний розвиток – складний і багатовимірний процес. Певні негативні зміни, зокрема професійна деформація, виникають як наслідок глибокої спеціалізації та вузького зосередження на одному аспекті роботи. Це може зумовити сприйняття об'єкта праці, наприклад, пацієнта або клієнта, виключно як елемента професійних обов'язків, без врахування його індивідуальності.

Аналіз психологічних джерел свідчить, що виникнення та розвиток професійної деформації особистості обумовлені низкою чинників. До них належать вікові особливості, професійний стаж, специфіка професійної діяльності, соціальне оточення, індивідуально-психологічні характеристики особистості, а також вплив життєвих подій [15; 21; 26 та ін.].

На думку Кокун О.М., усі чинники, що впливають на професійну деформацію, можна умовно поділити на три основні категорії:

1. «Об'єктивні фактори, які зумовлені характеристиками соціального та професійного середовища, включаючи економічні умови, особливості самої професії та організаційний простір.
2. Суб'єктивні фактори, які пов'язані з особистісними рисами фахівця та специфікою його професійної взаємодії.
3. Комбіновані (об'єктивно-суб'єктивні) чинники, що відображають вплив особливостей організації трудового процесу та рівень професіоналізму керівництва» [15, с. 35].

При цьому дослідник наголошує, що першочерговою причиною формування деформаційних змін є безпосередньо сама професійна діяльність, яка виступає головним детермінуючим чинником.

У межах об'єктивних причин автор виокремлює дві групи: загальні (наприклад, поділ праці в суспільстві та вузька спеціалізація професій) і приватні (пов'язані з предметом праці, її об'єктом, засобами виконання, професійними вміннями й навичками). Він також вказує на обмеженість внутрішніх ресурсів людини, що змушує фахівця зосереджуватись лише на окремих аспектах діяльності.

До суб'єктивних чинників дослідник відносить рівень професійної мотивації, ціннісні орієнтації, типові емоційні реакції на стрес та індивідуальні риси характеру.

Левко О. пропонує схожу типологію, поділяючи чинники розвитку деформації на три категорії: фактори, що витікають із специфіки професійної діяльності; особистісні характеристики; соціально-психологічні умови [17].

Науковці, що досліджують дану проблематику у контексті аналізу особливостей професійної діяльності молодшого медичного персоналу зазначають, що професію медичної сестри можна віднести до числа так званих «високотипових» за критерієм складності та потенційної шкоди, що зумовлено

постійною необхідністю осмислювати зміст і результати власної діяльності [23]. В якості аргументів вони наводять низку специфічних особливостей такої роботи: постійна взаємодія з пацієнтами, стан яких часто порушений внаслідок хвороб, велика відповідальність за життя і здоров'я інших (у тому числі моральна, адміністративна, цивільно-правова та навіть кримінальна), а також регулярне переживання психоемоційного напруження.

Виконання професійних обов'язків медсестрою передбачає значне навантаження на психіку та фізіологію. Висока ціна помилок, яка в окремих випадках може призвести до фатальних наслідків, створює додатковий психологічний тиск. Крім того, варто враховувати і можливість негативних психологічних впливів – ятропатій (шкода через неправильно призначені методи лікування або діагностики) та ятрогеній (розлади психіки пацієнта, викликані необережними словами чи діями медичного персоналу) [20].

Також звертається увага на те, що діяльність середнього медичного персоналу вирізняється високим рівнем складності та відповідальності. Ця професія потребує значних розумових ресурсів, а іноді й значного фізичного зусилля. Медичні сестри повинні володіти витривалістю, уважністю, високим рівнем працездатності. Вони мають швидко реагувати на непередбачувані ситуації, працювати в умовах стресу, володіти самоконтролем і аналітичним мисленням, вміти концентрувати увагу та розподіляти її між завданнями. Робота передбачає не лише фізіологічне, а й значне психологічне напруження. Найвищий рівень стресу пов'язаний із спілкуванням із хворими, їх родичами, а також з адміністрацією медичного закладу [18].

Особливістю медичної професії є також обов'язок реагувати на надзвичайні ситуації навіть поза межами робочого часу – це є нормою професійної етики та частиною службових зобов'язань.

У зв'язку з кадровим дефіцитом та прагненням до більшої матеріальної винагороди, більшість медичних сестер змушені працювати понад норму, наприклад, на півтори ставки. Така перевантаженість є ще одним фактором, що сприяє розвитку професійної деформації.

Одним із критичних чинників, що сприяють психологічним трансформаціям особистості, є сам об'єкт професійної діяльності. «Праця завжди залишає відбиток на тому, хто її виконує, а її головною характеристикою є предметність» [3, с. 80].

Зінченко Є. В., підкреслював, що характер об'єкта праці чинить сильний вплив на особистість фахівця. Він навіть виділяє окрему категорію професій – «людина – ненормальна людина», в яких об'єктом діяльності є особи з порушеннями психіки або соматики [13]. Саме такі спеціальності найбільше схильні до деформацій особистості.

До числа професій із підвищеним ризиком розвитку професійної деформації належать ті, де предметом діяльності є інша людина. Це сфери охорони здоров'я, освіти, обслуговування, правоохоронні органи. Взаємодія в таких професіях є двосторонньою, а отже, має сильний емоційний вплив.

Медична сестра працює з пацієнтами, які часто мають як фізичні, так і психічні порушення. У випадках психосоматичних розладів прояви хвороби стосуються одночасно і тіла, і психіки. При цьому окремі категорії пацієнтів (наприклад, діти, особи похилого віку, хворі з психічними чи хронічними захворюваннями) створюють підвищене емоційне навантаження на медперсонал, що також виступає чинником психотравматизації [20].

Так, наприклад, об'єктом праці медичної сестри психіатричного профілю є пацієнт, який страждає на психічні розлади, а тому їй необхідно забезпечити не лише безпеку пацієнта, а й оточуючих, а це передбачає великі психологічні навантаження разом із непередбачуваною поведінкою пацієнтів. Усі ці чинники можуть проводити розвиток професійної деформації

Об'єктом праці медичної сестри хірургічного профілю є пацієнт, який страждає на гострі та хронічні захворювання, методом лікування яких є оперативне втручання. У даному випадку вона зазнає значних як фізичних так і психологічних навантажень.

Медичні сестри терапевтичного профілю використовують у своїй діяльності загальні медичні знання та вміння, а відтак їх основними професійними навичками є комунікація, емпатія та достатньо високий рівень професійної обізнаності.

Об'єктом праці медичної сестри педіатричного профілю є діти різних вікових груп, які страждають на гострі та хронічні захворювання. Специфіка діяльності медсестер психіатричного профілю така, що об'єкт їх праці (дитина) має ще не сформовану свідомість і психіку, крім того, страждає на соматичні захворювання.

Поряд з особливостями об'єкта праці, у науковій літературі аналізують

особистісні чинники, що сприяють формуванню професійної деформації у медичних сестер. Науковці, що працюють у руслі даної проблематики зазначають, що критичні життєві або професійні періоди можуть виступати поштовхом до виникнення деформацій особистості у фахівця. Якщо подолання таких криз відбувається неефективно, це може призводити до втрати зацікавленості у професійній сфері, формування негативного ставлення до роботи та зниження мотивації до виконання професійних обов'язків [15].

Мельник С. В., Яковенко І. В. зазначають, що однією з причин психоемоційного виснаження в медичній сфері є недостатня стресостійкість, особливо коли йдеться про постійний контакт зі стражданням, смертю чи тяжкими захворюваннями пацієнтів [23].

Також у дослідженнях порушуються питання заниженої самооцінки серед медичних сестер [21; 26]. У цих дослідженнях також висвітлюються проблеми деформації професійної ідентичності, що проявляється в спотворених ціннісних орієнтаціях, зменшенні інтересу до професії та підвищенні егоцентричної мотивації. Крім того, зафіксовано тенденцію до втрати задоволення від роботи та виникнення розчарування у професійній діяльності.

Деякі автори акцентують увагу на важливості соціальної ролі як зразка поведінки, що формується соціальним контекстом. Очікування від фахівця часто не враховують його особистих особливостей, натомість вимагають відповідності усталеним нормам. Якщо соціальна роль сприймається особисто значущою, вона може стати визначальним фактором у формуванні поведінки [34].

Діяльність медичної сестри передбачає чітке дотримання професійних норм, законодавчих вимог, морально-етичних стандартів. При цьому рівень автономності у прийнятті рішень обмежений, оскільки основні функції контролю належать лікареві або старшій медичній сестрі. Більшість професійних маніпуляцій виконується за усталеними алгоритмами, що мінімізує простір для творчості. Відтак рутинність завдань і відсутність варіативності у виконанні сприяють автоматизації дій, що може знижувати рівень особистісної залученості, а регламентованість та формалізований характер праці часто призводять до механістичного ставлення до пацієнтів, коли увага зосереджується більше на захворюванні, ніж на самій людині [37].

За результатами досліджень Lerman Y., Melamed S., Shragin Y., у поведінці

медичних сестер спостерігається використання неадаптивних механізмів психологічного захисту (наприклад, проєкції, витіснення, регресії) та малоефективних копінг-стратегій (уникнення, конфронтація, емоційне дистанціювання) [46].

Серед соціально-психологічних чинників, що впливають на виникнення професійної деформації, слід виокремити ті, що зумовлені загальною соціально-економічною ситуацією в країні. До них належать низький рівень матеріального забезпечення, недостатність соціального захисту, обмежені можливості для професійного росту, зниження соціального статусу та престижу професії. Як свідчать останні дослідження, професія медичної сестри досі не сприймається суспільством як повноцінна самостійна професійна діяльність [30].

З огляду на ускладнення лікувального процесу, обсяг навантаження на середній медичний персонал неухильно зростає, що супроводжується хронічним перевантаженням і підвищеною емоційною напругою, не компенсованими ні оплатою праці, ні сучасним технічним забезпеченням.

Значний вплив на емоційний стан фахівців також чинить несприятливий психологічний клімат в трудовому колективі – конфлікти на роботі, напружені відносини з керівництвом тощо.

Підсумовуючи вищезначене, нами була запропонована модель, яка враховує чинники, що впливають розвиток професійної деформації особистості медичної сестри нами була створена модель (рис. 1).

Як бачимо, професійну деформацію особистості молодшого медичного персоналу може спричинити ціла низка чинників, починаючи з загальних соціально-психологічних, що викликані об'єктивними умовами (престиж та оплата праці, морально-психологічний клімат трудового колективу, в якому працює фахівець та стиль керівництва ним тощо), факторами, зумовленими специфікою професійної діяльності (специфіка об'єкта діяльності – пацієнта, який має фізичні або психічні захворювання, високий рівень відповідальності за життя та здоров'я пацієнтів тощо) й завершуючи особистісними особливостями (професійні кризи, низький рівень самооцінки, зміна мотивації діяльності, низький рівень стресостійкості тощо). Все це необхідно враховувати при формуванні психопрофілактичних програм та заходів, спрямованих на попередження даного явища.

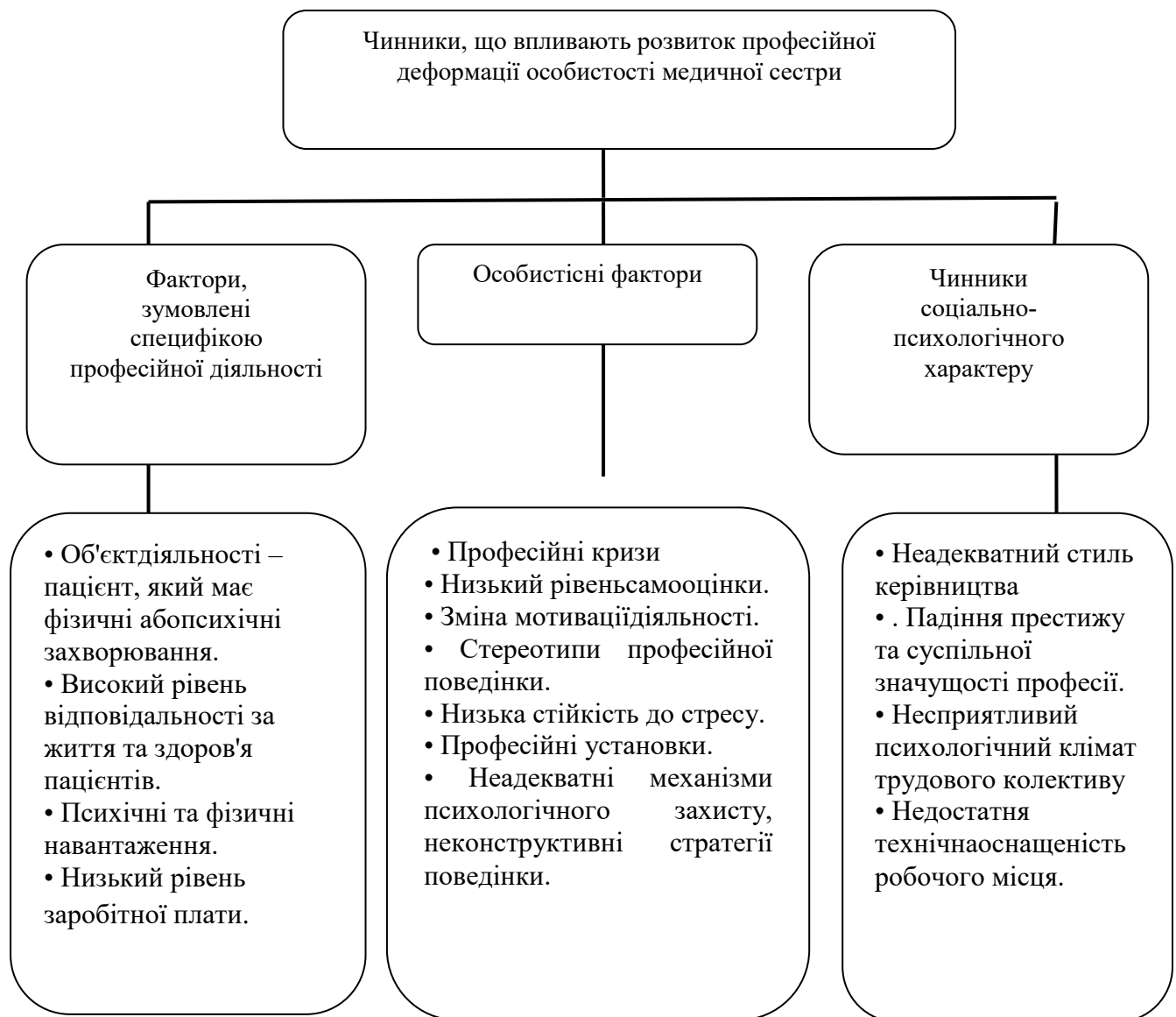


Рис.1. Чинники професійної деформації особистості медичної сестри

2.2. Комплексні прояви професійних та особистісних деструкцій молодшого медичного персоналу різного профілю

Велика кількість підходів до вивчення професійних деформацій особистості, а також відсутність єдиного методологічного підґрунтя ускладнюють процес їхньої систематизації та повноцінного осмислення цього феномену. Це, своєю чергою, створює труднощі в ефективному проведенні психологічної діагностики професійних деформацій.

На думку Лаврової М.Г., деформації є неминучими супутниками професійної діяльності, при цьому кожна професія породжує свій характерний набір деформацій. Він виділяє чотири рівні їхнього прояву[19].

У фахівців із досвідом найчастіше виявляються загальні професійні деформації, ступінь вираженості яких може бути різним. Такі зміни надають працівникам схожих рис, зумовлених впливом професійного середовища, в якому вони функціонують. Наприклад, медичні працівники часто демонструють емоційну байдужість до страждань пацієнтів.

У межах професійної спеціалізації можуть виникати специфічні деформації, притаманні окремим спеціальностям. Так, терапевти можуть схилитися до встановлення тривожних діагнозів, а хірурги – до проявів цинізму.

Коли індивідуально-психологічні характеристики особистості (такі як мотивація, емоційно-вольова сфера, здібності, темперамент, риси характеру) взаємодіють зі структурою професійної діяльності, можуть формуватися типологічні професійні деформації.

Тривала діяльність у певній сфері може призводити до індивідуалізованих форм деформацій, що виявляються в надмірному розвитку як позитивних, так і небажаних професійних якостей, іноді – до утворення своєрідних «надакостей» або акцентуацій.

При цьому авторка вказує на низку загальних негативних ознак деформацій, притаманних різним професіям: це спотворення механізмів соціального сприйняття, поява так званого професійного фільтра у ставленні до інших людей, а також порушення соціальних норм.

Лаврова М.Г. визначає ключові риси професійної деформації, серед яких:

1. «Зміна особистості в бік жорсткості – зокрема, тривале перебування на роботі, постійна зацікавленість професійними питаннями навіть у вільний час, обмеження спілкування колом професійного середовища;

2. Перенесення робочих установок і моделей поведінки у позапрофесійну сферу, включаючи неформальне спілкування»[19, с. 195].

Професійна деформація частіше всього виникає тоді, коли «Я-

професійне» починає домінувати над «Я-особистим». Взаємодія особистісного та професійного в структурі індивідуальності може мати характер гармонії, суперечності чи навіть конфлікту. Якщо перевага надається професійному аспекту, то структура особистості зазнає змін, що проявляється в трансформації свідомості, самосвідомості, світогляду та рис характеру, які, у свою чергу, адаптуються до специфіки професійної діяльності та її норм.

На думку Жогно Ю.П., професійна деформація охоплює не лише окремі психічні якості чи процеси, а й трансформує особистість у цілому [9-10]. Вона пропонує систематизувати професійні деформації за такими критеріями: об'єкт (особистість, діяльність, спілкування), предмет, кількість проявів та частота виникнення (одноразові, ситуативні, стабільні). У якості основних показників деформацій особистості дослідниця називає: викривлення смислових орієнтацій (через зменшення або перебільшення значущості професійної діяльності), трансформацію мотиваційної сфери (домінування уникнення невдач або прагнення до успіху за будь-яку ціну, а також зовнішня, нефахова мотивація), зниження гнучкості мислення, надмірну або недостатню рефлексивність, розбалансування професійних ролей та обмеження репертуару поведінкових реакцій. Серед найпоширеніших проявів авторка вказує знижену здатність до саморефлексії.

Дослідниця пропонує аналізувати психологічні аспекти деформацій з огляду на системні зміни в таких ключових особистісних компонентах:

1. «Недостатньо сформована самосвідомість – проявляється в слабкій самоактуалізації та відсутності внутрішньої потреби до самопізнання.
2. Професійна орієнтація буденного рівня з елементами негативізму – включає почуття невдоволення своїм життям, сприйняття його як неефективного, зовнішній локус контролю.
3. Недостатня компетентність у діяльності – проявляється в формалізованому підході до виконання професійних обов'язків і труднощах у нестандартних ситуаціях.
4. Комунікативна обмеженість – виявляється у використанні стереотипних моделей спілкування, несумісності очікувань і реальних дій співрозмовників,

нетерпимості до помилок інших.

5. Особистісна некомпетентність – охоплює труднощі у формуванні смислів, слабку саморегуляцію та проблеми з плануванням часу.

6. Психологічна ригідність – охоплює емоційний, інтелектуальний і поведінковий рівні, що ускладнює адаптацію до змін»[10, с. 55].

До ознак деформації також належать зміни у самосприйнятті: завищене професійне «Я», зниження самокритичності, різка реакція на зауваження, фрустрація, самознецінення або, навпаки, надмірне захоплення власними досягненнями.

Усі перелічені особливості призводять до негативних трансформацій як у самій структурі особистості, так і в професійній діяльності: змінюються комунікативні стратегії, поведінкові патерни, з'являються нові, менш ефективні навички, які ускладнюють професійне функціонування.

Феномен професійних деформацій досліджувався в представників різних сфер. Зокрема, деформації в діяльності лікарів вивчали Борисяк А., Василенко І.О., Діхтяренко Л.М., Чубенко В.А., Савенко Д.В. та ін. Водночас праці, що безпосередньо присвячені аналізу деформацій у діяльності медичних сестер, є рідкісними.

Проаналізувавши наявні дослідження, ми визначили характерні ознаки професійної деформації серед працівників медичної галузі. Серед них: відсутність індивідуального підходу до пацієнтів, нестача цілісного сприйняття хворого, агресивність і нетерпимість у спілкуванні, недостатній рівень емпатійності, ігнорування емоційного стану пацієнта, а також зниження мотивації до надання допомоги.

Знанецька О. М. вказує, що деформація особистості медичної сестри проявляється у вигляді комплексу психологічних ознак, серед яких: «Психологічна ригідність; схильність до повторення типових поведінкових моделей, перенесення професійної ролі в особисте життя; зниження рівня особистісної адаптації; дисбаланс у комунікативній сфері – домінування професійно-комунікативних навичок над загальнолюдськими; порушення морально-етичних принципів, пов'язаних із фаховою діяльністю; втрата

потреби в самореалізації; схильність до агресивного реагування» [14, с. 83].

Теоретичний аналіз свідчить про широке розмаїття форм, у яких виявляються професійні деформації особистості. Їх можна класифікувати за кількома ключовими напрямками:

1. Мотиваційні зміни – втрата або надмірне загострення мотивації до праці, зниження прагнення до професійного зростання, переважання мотивації уникнення невдач або зовнішньої мотивації, не пов'язаної з суттю професії.

2. Дефіцит професійної компетентності – зокрема, погіршення навичок, порушення структури професійної комунікації, фіксація на вже набутих навичках без оновлення знань.

3. Погіршення важливих особистісних якостей – таких як емпатія, рефлексія, емоційна стабільність.

4. Когнітивні спотворення – виникнення стереотипного мислення, стійких установок, жорсткої прив'язаності до професійних ролей.

Ця узагальнена класифікація стала теоретичною основою для подальшого емпіричного дослідження деформацій особистості медичних сестер (табл. 1).

Таблиця 1

Професійні деформації особистості медичної сестри

Професійна деформація	Прояви деформації у професійній діяльності медичної сестри
1.Професійна агресія	Заподіяння пацієнтам психічного (підвищення тону, вороже зауваження, грубе поводження, крик, відмова дати пояснення) або фізичної шкоди
2.Професійна індиферентність	Низький рівень емпатії (байдужість, емоційна сухість)
3. Ригідність	Нездатність змінити свою поведінку, коли цього вимагають об'єктивні умови
4.Комунікативна інтолерантність	Слабка переносимість неприємних, на думку людини, станів та якостей пацієнтів
5.Консерватизм	Прихильність до усталених професійних технологій, упередження проти інновацій
6.Спотворення структури комунікативної компетентності	Професіоналізація комунікативної компетентності, домінування професійної комунікативної компетентності над загальною
7. Зниження рівня рефлексивності	Невміння аналізувати власну професійну діяльність, переосмислювати власний досвід, стереотипи поведінки, нездатність до розуміння інших людей, пацієнтів
8.Рольовий експансіонізм	Зануреність у професію, перебільшення своєї ролі та значущості
9.Порушення етичних норм професійної	Ненадання допомоги, необережні дії

діяльності	
10.Зміни у мотиваційній сфері	Зниження чи гіпертрофія мотивації до праці, превалювання мотивів зовнішніх щодо професійної діяльності

Висновки до розділу 2

1. Професійна деформація особистості – негативні соціально-психологічні зміни сформованої структури діяльності та особистості, що виникають у процесі виконання професійної діяльності, порушують цілісність особистості, зменшують її адаптивність, викликають професійно небажані якості, що змінюють професійну поведінку, що негативно впливають на продуктивність праці.

2. Чинники професійної деформації особистості медичної сестри можна поєднати у класифікацію, яка містить: 1) фактори, зумовлені специфікою професійної діяльності; 2) особистісні чинники; 3) фактори соціально-психологічного характеру.

3. Професійна деформація особистості медичної сестри характеризується певним набором проявів, а саме: професійна агресія; професійна індиферентність; комунікативна інтолерантність; спотворення структури комунікативної компетентності; зниження рівня рефлексивності; зміни у мотиваційній сфері.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИЧИН ВИНИКНЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ПРОФЕСІЙНИХ ДЕСТРУКЦІЙ У МЕДСЕСТЕР ТА ПОШУК ЕФЕКТИВНИХ ШЛЯХІВ ЇХ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ

3.1. Організація та зміст дослідження

Експериментальною базою дослідження став навчально-науковий центр соціально-психологічної підтримки та резильєнтності ЗУНУ. Його учасниками стали представники молодшого медичного персоналу, віком від 23 до 65 років, які проходили тренінги базової психологічної допомоги у Центрі. Для вивчення психологічних проявів професійної деформації особистості вибіркова сукупність була диференційована за критерієм профілю лікувального закладу. Відтак учасників було розподілено на 4 групи: I – медичні сестри лікувальних закладів психіатричного профілю; II – хірургічного, III – терапевтичного та IV – педіатричного профілю. Безперервний стаж роботи у відділенні одного профілю від 8 до 35 років.

З поставлених завдань, першим кроком дослідження було виявлення рівнів вираженості професійної деформації особистості медичних сестер різного профілю. Для цього було використано опитувальник «Рівень професійної деформації особистості» [36, с. 73-75].

Автор тесту визначає професійну деформацію особистості як складний психологічний симптомокомплекс, в основі якого лежить формування професійних та позапрофесійних стереотипів поведінки. Опитувальник включає 40 тверджень, з них 20 тверджень виявляють сформованість професійних стереотипів, що проявляється у зниженні мотивації до професійного зростання, зниженні чи зупинці професійної майстерності, перебільшенні значущості своєї професії. Інші 20 тверджень спрямовані на встановлення ступеня перенесення професійних стереотипів поведінки, професійної ролі у простір позапрофесійного життя. Відповідь на кожне із запропонованих запитань – «так» чи «ні». За кожну відповідь «так» надається 1 бал. Потім підраховується загальна кількість балів. Оцінки в діапазоні від 0 до 40 балів. Низький рівень професійної деформації особи – 0-9 балів; 10-20 балів – середній рівень професійної деформації особи; 20-30 балів – високий рівень

професійної деформації особи; 30-40 балів – дуже високий рівень професійної деформації особистості.

На наступному етапі дослідження медичним сестрам, схильним до професійної деформації особистості (ПДО), для вивчення її проявів було запропоновано шість методик.

Для виявлення та оцінки рівня агресії був використаний опитувальник А. Басса-Даркі [36, с. 195-201]. Опитувальник включає 60 тверджень, які дають змогу оцінити рівень агресії за такими шкалами: - фізична агресія; непряма агресія; роздратування; образа; підозрілість; вербальна агресія.

При збігу відповідей респондентів із ключем підраховуються індекси різних форм агресії. За кожною шкалою оцінки мають діапазон від 0 до 10 балів. Низькі оцінки в діапазоні 0-3 бали (для вербальної агресії – 0-4 бали), середні 4-5 балів (для вербальної агресії – 5-6 балів), високі 6-10 балів (для вербальної агресії – 7-12 балів).

Підсумовування індексів: фізичної, непрямой та вербальної агресії дає загальний індекс агресивності (далі скорочено – ІА), а підсумовування індексів образи та підозрілості – індекс ворожості (далі скорочено – ІВ).

Для діагностики рівня співпереживання та дієвої емпатії використали опитувальник «Емпатія» А.А. Меграбяна [36, с. 187-190]. Методика містить 50 тверджень та три шкали. Один бал нараховується за кожний збіг із ключем за окремою шкалою.

1. Співпереживання - емоційний рівень емпатії, відгук на душевний стан іншої людини.

2. Дійсна емпатія - поведінковий компонент, що характеризується проявом тепла, дружелюбності, підтримки, наданням допомоги.

За кожною шкалою оцінки мають діапазон від 0 до 21 балів. Низькі оцінки – 0-8 балів, середні – 9 – 15 балів, високі – 16 – 21 бал. Низький рівень емпатії свідчить про байдужість, індиферентність.

3. Шкала достовірності. Норма за цією шкалою становить від 0 до 5 балів. Дані випробуваних від 6 балів та вище були виключені з подальшого аналізу.

Для вивчення комунікативної інтолерантності у структурі професійних деформацій особистості медичних сестер різного профілю було застосовано методику діагностики комунікативної толерантності (В.В. Бойка) [36, с. 200-

218]. В.В. Бойко зазначає, що комунікативна толерантність є характеристикою ставлення особистості до оточуючих, яка показує ступінь переносимості неприємних, неприйнятних якостей, психічних станів та вчинків партнерів щодо взаємодії. Автор вважає, що професійна толерантність виявляється у відношенні до збірних типів людей, з якими необхідно спілкуватися за діяльністю.

Опитувальник складається з 45 тверджень, які випробовуваний оцінює 0 балів – «зовсім неправильно», 1 бал – «правильно певною мірою», 3 бали – «правильно вищою мірою». Усі твердження згруповані з 5 питань і становлять 9 шкал. Підраховується кількість отриманих за кожною шкалою балів. Оцінки за кожною шкалою мають діапазон від 0 до 15 балів.

Низька комунікативна толерантність характеризується такими ознаками.

1. Неприйняття чи нерозуміння індивідуальності людини (далі скорочено – КТ 1) .
2. Використання себе як зразок в оцінці інших (КТ 2) .
3. Категоричність чи консерватизм в оцінках людей (КТ 3) .
4. Невміння приховувати чи згладжувати неприємні почуття під час зіткнення з некомунікабельними якостями партнерів (КТ 4) .
5. Прагнення переробити, перевиховати партнерів (КТ5) .
6. Прагнення підігнати партнера під себе, зробити його зручним (КТ 6) .
7. Невміння прощати іншому помилки, незручність, ненавмисно заподіяні (КТ 7) .
8. Нетерпимість до фізичного чи психологічного дискомфорту партнера (КТ8).
9. Невміння пристосовуватися до партнерів (КТ9) .

Низький бал за загальним показником комунікативної толерантності відповідає її позитивним проявам, високий бал свідчить про тенденцію інтолерантності.

Комунікативна компетентність медичних сестер досліджувалась за допомогою тесту «Професійна комунікативна компетентність медсестри» [31, с. 77-79]. Тест складається з чотирьох блоків тверджень, які випробовуваний оцінює за п'ятибальною шкалою: «цілком згоден», «швидше згоден», «не знаю, що вибрати», «швидше не згоден», «цілком не згоден». Останнє твердження

кожного блоку виявляє мотивацію до вдосконалення комунікативних умінь.

Підраховуються сирі бали щодо кожного блоку. Виділяють 4 блоки тверджень: перший блок визначає виразність загальних комунікативних цінностей (КІ); другий – визначає рівень володіння загальними навичками та вміннями (КУ); третій – показує ступінь включеності комунікативних цінностей до професійного ідеалу медичної сестри (ПІ), четвертий – визначає рівень розвитку професійних комунікативних навичок та умінь (ПУ).

Показник вважається вираженим, якщо він перевищує 7, і невираженим, якщо він менший за 3. В інтервалі 4-6 показник вважається середньовираженим.

Окрім того, визначається коефіцієнт мотивації до вдосконалення комунікативних умінь. Підрахунок коефіцієнта здійснюється під час аналізу 16 відповіді кожного блоку. Він обчислюється за такою формулою:

$M = H + 1 / P + 1$, де H - сума плюсів у відповіді 16; P – сума мінусів відповіді 16.

Також обчислюються вторинні показники.

Професіоналізація спілкування (P). Ступінь переважання професійних комунікативних умінь над загальними навичками та вміннями. Обчислюється за такою формулою: $P = ПУ / КУ$, де $ПУ$ – стандартний показник вираженості 4 блока; $КУ$ – стандартний показник виразності 2 блоки.

Ступінь комунікативної професійної ідентифікації (N). Ступінь ототожнення загального комунікативного ідеалу із ідеалом медичної сестри. Визначається за формулою: $N = ПІ / КІ$, де $ПІ$ – стандартний показник виразності 3 блоки; $КІ$ – стандартний показник виразності 1 блоку.

Тип комунікативної реалізації (O). Спільної комунікативної реалізації (01). Обчислюється за такою формулою: $O1 = КУ / КІ$, де $КУ$ – стандартний показник вираженості 2 блока; $КІ$ – стандартний показник виразності 1 блоку.

Професійна комунікативна реалізація (02). Обчислюється за такою формулою: $O2 = ПУ / ПІ$, де $ПУ$ – стандартний показник вираженості 4 блока; $ПІ$ – стандартний показник виразності 3 блоки.

Дослідники вважають, що професійна деформація впливає і на мотиваційну сферу особистості. Для аналізу мотивації професійної діяльності використовувалася методика К. Замфіра в адаптації А.А. Реана [36, с. 87–89].

Вона базується на поділі мотивації на внутрішню і зовнішню, залежно від її зв'язку зі змістом діяльності. Методика дозволяє визначити переважаючий тип мотивації: внутрішню (ВМ), зовнішню позитивну (ВПМ) та зовнішню негативну (ВОМ). Кожен тип оцінюється за п'ятибальною шкалою. Вираженість кожної мотивації класифікується на п'ять рівнів: від низького до високого. Також аналізується співвідношення цих трьох типів у загальному мотиваційному профілі.

Одним із ключових чинників професійного розвитку є здатність до рефлексії. Для її вимірювання було застосовано методику, що оцінює загальний рівень рефлексивності та її основні види: ретроспективну, ситуативну, перспективну та рефлексію у спілкуванні [36, с. 45–57]:

- ретроспективна рефлексія свідчить про здатність аналізувати минулі події, власні помилки та причини результатів;
- ситуативна – дає змогу усвідомлювати й коригувати поточні дії відповідно до змін середовища;
- перспективна рефлексія відображає схильність до планування майбутньої діяльності та прогнозування результатів;
- комунікативна – спрямована на аналіз сприйняття себе іншими людьми та усвідомлення міжособистісної взаємодії.

Опитувальник містить 27 тверджень. Отримані бали переводяться в шкалу стенів: показник 7 і більше – високий рівень рефлексивності; 4–6 – середній; нижче 4 – низький.

Заключним етапом емпіричного дослідження стала розробка програмних заходів психопрофілактики професійної деформації молодшого медичного персоналу.

3.2. Вивчення рівнів виразності професійної деформації особистості медичних сестер лікувальних закладів різного профілю

В результаті аналізу даних за методикою «Рівень професійної деформації особистості» виділено групи медичних сестер в залежності від рівня професійної деформації: з низьким (25%), середнім (50%) та високим (25%) рівнем виразності професійної деформації особистості (рис. 2). Окрім того, з'ясовано профіль медичного закладу впливає на цей показник.

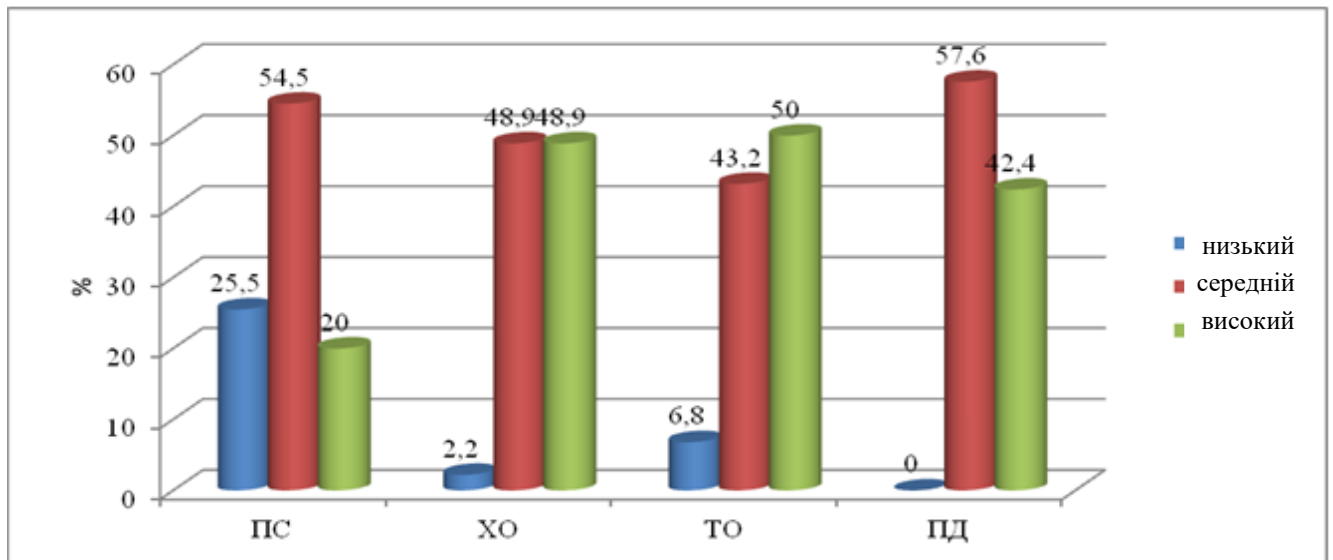


Рис.2. Рівень професійної деформації особистості медичних сестер лікувальних закладів різного профілю

Примітка. На малюнку використані такі позначення: ПС – медсестри психіатричного профілю; ХО – медсестри хірургічного профілю; ТО – медсестри терапевтичного профілю; ПД – медсестри педіатричного профілю.

Отож, низький рівень виразності професійної деформації особистості виявлено у психіатричних медичних сестер. Серед педіатричних медичних сестер не виявлено жодного респондента із низьким рівнем професійної деформації особистості.

Отримані дані показують, що у психіатричних медичних сестер виявлено нижчий рівень виразності професійної деформації особистості порівняно з хірургічними, терапевтичними та педіатричними медичними сестрами. Аналізуючи такі показники вважаємо, що є як мінімум два пояснення виявленої закономірності.

З одного боку, вона може бути зумовлена тим, що медичні сестри психіатричних відділень сприймають пацієнтів як людей, які не завжди здатні відповідати за свою поведінку, часто некритичні до свого захворювання, на відміну від хворих із соматичними та хірургічними захворюваннями. У психіатричній практиці надається особливе значення спостереженню, основна мета якого – запобігання заподіянням хворими ушкоджень собі чи оточуючим. Медсестра повинна вміти помічати вербальні та невербальні ознаки, що вказують на стан пацієнта, реєструвати зміни емоційного тла. У той же час для хірургічної медсестри на перший план виходить не психічний стан пацієнта, а

фізичний (наприклад, після операції стежити за функціонуванням дренажів, станом післяопераційної рани, артеріальним тиском, дотримуватись температурного режиму тощо). Основна мета спостереження у хірургічній практиці – вчасно побачити зміни у стані хворого, які можуть прискорити оперативне втручання або, якщо пацієнт після операції, своєчасно запобігти післяопераційним ускладненням.

З іншого боку, причина може бути пов'язана з тим, що нерідко немає позитивної динаміки в стані пацієнтів. Медичні сестри психіатричних відділень є переважно виконавцями лікарських призначень і набагато менше відповідають за результативність лікування. Ефективність лікування хірургічних пацієнтів великою мірою залежить від зусиль медичних сестер. З цього погляду медичні сестри психіатричного профілю менш схильні перебільшувати значущість професії чи своєї професійної ролі, переносити професійні стереотипи поведінки, реагування на позапрофесійне життя.

Для виявлення та оцінки рівня агресії як прояви професійної деформації особистості медичних сестер використовували опитувальник А. Басса-Даркі (табл. 2)

Таблиця 2

Показники агресії у медичних сестер лікувальних закладів різного профілю за наслідками опитувальника Басса-Даркі (%)

Поки- зателі	Ступінь вираженості показника											
	Низька				Середня				Висока			
	ПС	ХО	ТО	ПД	ПС	ХО	ТО	ПД	ПС	ХО	ТО	ПД
Ф. А.	48,8	15,9	31,7	44,1	39,0	34,1	41,5	37,3	12,2	50,0	26,8	18,6
К.А.	24,4	4,6	12,2	27,1	36,6	54,5	39,0	23,7	39,0	40,9	48,8	49,2
Р	19,5	15,9	26,8	13,6	39,0	38,6	39,0	42,3	41,5	45,5	34,2	44,1
Про	12,2	41,0	24,4	10,2	43,9	29,5	51,2	59,3	43,9	29,5	24,4	30,5
П	36,6	22,7	14,6	22,0	29,3	36,4	41,5	47,5	34,1	40,9	43,9	30,5
В.А.	29,3	25,0	46,3	22,0	24,4	40,9	24,4	39,0	46,3	34,1	29,3	39,0
І.А.	21,9	4,5	7,3	13,6	60,9	68,2	63,4	69,5	17,2	27,3	29,3	16,9
І.В.	12,2	22,7	9,7	13,6	58,5	43,2	53,7	49,2	29,3	34,1	36,6	37,2

Примітка .У таблиці використані такі позначення: Ф.А. - фізична агресія; К.А. - Непряма агресія; Р – роздратування; Про – образа; П – підозрілість; В.А. - вербальна агресія; І.А. - Індекс агресивності; І.В. - Індекс ворожості; ПС – медсестри психіатричного профілю; ХО – медсестри хірургічного профілю; ТО – медсестри терапевтичного профілю; ПД – медсестри педіатричного профілю.

Результати дослідження показали, що структурна організація агресії у медичних сестер лікувальних закладів різного профілю має якісну відмінність. Так, у медсестер психіатричного профілю виявлено високий ступінь вербальної агресії (46,3%), потім за ступенем зменшення можна відзначити схильність до образи (43,9%) і роздратуванню (41,5%). Фахівці хірургічного профілю мають високий рівень загальної агресії (ІА – індекс агресивності – 27,3 %) і натомість яскраво вираженої схильності до фізичної агресії (50%) і роздратування (45,5%). Медсестри терапевтичного профілю мають більш високий рівень загальної агресії (ІА – індекс агресивності – 29,3 %) і натомість яскраво вираженої непрямой агресії (48,8%). У працівників цієї групи виявлено високий рівень ворожості (ВВ – 36,6%), зумовлений високим рівнем підозрілості (43,9%). Для медсестер педіатричного профілю характерний високий ступінь схильності до непрямой агресії (49,2%), роздратування (44,1%), вербальної агресії (39%) та загальної ворожості (37,2%).

Привертає увагу такий домінуючий у всіх групах показник форми агресивної реакції, як непряма агресія. Можна припустити, що її прояв стосовно пацієнтів суперечить нормам професійної медичної діяльності, етики та деонтології, і тому медичні сестри виявляють непряму агресію, спрямовану на об'єкт, що підміняє. У психіатричних, хірургічних та педіатричних медсестер виявлено високий ступінь подразнення. Дратівливість, як властивість особистості проявляється у нетерплячості, напруженості.

Для діагностики рівня співпереживання та дієвої емпатії використали опитувальник «Емпатія» А.А. Меграбяна. У табл. 3 наведено результати дослідження.

Таблиця 3

Показники співпереживання та дієвої емпатії медичних сестер різного профілю за результатами опитувальника «Емпатія» А.А. Меграбяна (%)

Поки- зателі	Ступінь вираженості показника											
	Низька				Середня				Висока			
	ПС	ХО	ТО	ПД	ПС	ХО	ТО	ПД	ПС	ХО	ТО	ПД
З	7,3	4,5	14,6	8,5	61	75	56,1	71,2	31,7	20,5	29,3	20,3
ДЕ	19,5	15,9	27,3	8,5	75,6	79,5	70,4	89,8	4,9	4,5	2,3	1,7

Примітка. Використані такі позначення: З - співпереживання; ДЕ – дієва емпатія; ПС – медсестри психіатричного профілю; ХО – медсестри хірургічного профілю; ТО – медсестри терапевтичного профілю; ПД – медсестри педіатричного профілю.

Як видно з наведених у таблиці даних, у медичних сестер, незалежно від їхнього профілю відділення, виявлено в основному середній рівень співпереживання та дієвої емпатії.

Виявлені відмінності становлять основу твердження у тому, що медичні сестри мають достовірно нижчий рівень дієвої емпатії. Аналіз отриманих даних показав, що у медичних сестер, схильних до професійної деформації особистості, спостерігаються зміни в поведінковому компоненті емпатії. Для поведінкової емпатії характерно реальне сприяння іншим людям, толерантність до їх недоліків. У медичних сестер у процесі емпатичного відображення переважає емоційний компонент над компонентом поведінки. Емоційний компонент включає здатність до співпереживання. Співпереживання розуміється як переживання суб'єктом таких самих емоційних станів, які відчуває інша людина, через ототожнення з нею. Домінування емоційного компонента виявляється у великій емоційній залученості до стану пацієнта.

Для виявлення професійної деформації комунікативної сфери медичних сестер різного профілю використовували методику «Професійна комунікативна компетентність медсестри» (табл 4).

Таблиця 4

Показники загальної та професійної комунікативної компетентності у медичних сестер різного профілю за результатами тесту «Професійна комунікативна компетентність медсестри»(%)

Поки- зателі	Ступінь вираженості показника											
	Низька				Середня				Висока			
	ПС	ХО	ТО	ПД	ПС	ХО	ТО	ПД	ПС	ХО	ТО	ПД
КІ	9,8	11,4	26,8	6,8	43,9	59,1	36,6	64,4	46,3	29,5	36,6	28,8
КУ	24,4	34,1	26,8	37,3	46,3	36,4	43,9	45,8	29,3	29,5	29,3	16,9
ПІ	17,1	43,2	29,3	33,9	61	54,6	56	55,9	21,9	2,2	14,7	10,2
ПУ	36,6	47,7	36,6	30,5	48,8	38,7	48,7	49,2	14,6	13,6	14,7	20,3

Примітка. У таблиці використані такі позначення: КІ – загальні комунікативні цінності; КУ – загальні комунікативні навички та вміння; ПІ – включеність комунікативних цінностей до професійного ідеалу медичної сестри; ПУ – професійні комунікативні навички та вміння; ПС – медсестри психіатричного профілю; ХО – медсестри хірургічного профілю; ТО – медсестри терапевтичного профілю; ПД – медсестри педіатричного профілю.

Як бачимо, є помітна різниця між групами за рівнем включеності комунікативних цінностей у професійний ідеал медичної сестри. Найнижчим цей показник виявився у фахівців хірургічного профілю.

У медсестер педіатричного профілю виявлено більш високий рівень переважання професійних комунікативних умінь над загальними навичками та вміннями. Це означає, що вони більше за інших переносять професійні комунікативні навички та вміння на непрофесійне спілкування.

Таблиця 5

Показники професійної деформації комунікативної компетентності у медичних сестер різного профілю за результатами тесту «Професійна комунікативна компетентність медсестри»(%)

Показники	Групи			
	ПС	ХО	ТО	ПД
Професіоналізація спілкування	29,3	27,3	34,1	52,5
Ступінь комунікативної професійної ідентифікації	26,8	20,5	34,1	25,4

Примітка .У таблиці використано такі позначення: ПС – медсестри психіатричного профілю; ХО – медсестри хірургічного профілю; ТО – медсестри терапевтичного профілю; ПД – медсестри педіатричного профілю.

Дані про мотивацію до спілкування та вдосконалення комунікативних умінь представлені в табл. 6.

Таблиця 6

Середні значення коефіцієнта мотивації до вдосконалення комунікативних умінь у медичних сестер різного профілю за результатами тесту «Професійна комунікативна компетентність медсестри»

Показник	Групи			
	ПС	ХО	ТО	ПД
Коефіцієнт мотивації до вдосконалення комунікативних умінь	3,86	4,1	3,17	3,74

Примітка .У таблиці використані наступні позначення: М -; ПС - медсестри психіатричного профілю;

Як бачимо, у медичних сестер виявлено більш високий рівень мотивації до вдосконалення комунікативних умінь. На нашу думку, це зумовлено реформуванням сестринської справи, за якої підвищуються вимоги до професійних якостей молодшого медичного персоналу.

Враховуючи дані компоненти комунікативної компетентності, можна зробити такі висновки:

1. Не виявлено професійну деформацію мотиваційного компонента

комунікативної компетентності у медичних сестер різного профілю. Не відзначається зниження цінності спілкування та взаємодії з пацієнтами. Виявлено середній рівень мотивації до вдосконалення комунікативних умінь.

2. Виявлено професійну деформацію когнітивного компонента комунікативної компетентності у медичних сестер хірургічного профілю. Їх характерна нижча ступінь включеності комунікативних цінностей у професійний ідеал медсестри.

3. Встановлено професійну деформацію поведінкового компонента комунікативної компетентності у медичних сестер педіатричного профілю. Для них властивий високий ступінь переважання професійних комунікативних умінь над загальними навичками та вміннями.

Комунікативна толерантність є особистісно та професійно значущою якістю. Толерантне ставлення проявляється у здібності індивіда без протидії і заперечень сприймати від своїх власних певні особливості інших людей. Цей показник виявляє, якою мірою медична сестра переносить суб'єктивно небажані, неприйнятні для неї індивідуальні особливості пацієнтів.

Дані про компоненти комунікативної толерантності (КТ) та загального рівня її розвитку у медичних сестер наведено в табл. 7.

Таблиця 7

Середні значення комунікативної толерантності у медичних сестер різного профілю за результатами методики В.В. Бойко

Компоненти КТ	ПС	ХО	ТО	ПД
Неприйняття чи нерозуміння індивідуальності	5,83	5,86	6,19	6,08
Використання себе як зразок для оцінки інших	6,39	4,89	5,9	5,51
Категоричність або консерватизм в оцінці людей	7,15	6,09	8,76	7,46

Закінчення табл. 13

Невміння приховувати неприємні почуття під час зіткнення з некомунікабельним партнером	5,8	5,52	5,9	6,96
Прагнення переробити, перевиховати партнера	5,37	4,66	4,8	4,42
Прагнення підіграти партнера під себе, зробити його зручним	4,98	5,5	5,2	5,78
Невміння прощати іншому помилки	5,19	6	5,29	5,29
Нетерпимість до фізичного чи психічного дискомфорту партнера	3,71	4,75	3,95	4,13
Невміння пристосовуватися до партнерів	4,88	4,86	4,19	4,91
Загальний показник комунікативної толерантності	49,1	48,2	50,3	50,5

Примітка .У таблиці використано такі позначення: ПС – медсестри психіатричного профілю; ХО – медсестри хірургічного профілю; ТО – медсестри терапевтичного профілю; ПД – медсестри педіатричного профілю.

Загалом за загальним показником можна було набрати 135 балів (повна інтолерантність). Кордон толерантності та інтолерантності становить 45 балів. У медичних сестер, незалежно від їхнього профілю, виявлено низький рівень комунікативної толерантності. При цьому зміст цих характеристик все ж таки відрізняється.

Так, у фахівців терапевтичного профілю інтолерантність найбільше проявляється як категоричність та консерватизм в оцінці людей. Їх характерне прагнення регламентувати прояви індивідуальності пацієнта відповідно до власними уявленнями. Медичні сестри педіатричного профілю мають труднощі, коли слід приховувати або згладжувати неприємні почуття, що виникають при інтерпретації якостей партнера зі спілкування як утруднюючих комунікацію. Представники педіатричного профілю можуть демонструвати некеровані негативні реакції при взаємодії з хворими дітьми та їх батьками.

Отримані результати вказують на те, що у деформованих медичних сестер змінюється ставлення до оточуючих людей, пацієнтів, вони не готові приймати інших такими, якими вони є. Для медичних сестер характерна установка на усередненого пацієнта, що призводить до ігнорування індивідуальності.

Тип професійної мотивації оцінювався за допомогою методики «Мотивація професійної діяльності» К. Замфіра (табл. 8).

Таблиця 8

Показники мотивації професійної діяльності медичних сестер різного профілю за наслідками методики К. Замфіра

Уро- вень	Внутрішня мотивація				Зовнішня позитивна				Зовнішня негативна			
	ПС	ХО	ТО	ПД	ПС	ХО	ТО	ПД	ПС	ХО	ТО	ПД
Н	0	2,3	0	3,4	0	0	0	0	14,6	6,8	7,3	11,8
НС	0	0	0	1,7	7,3	11,4	9,8	10,1	14,6	9,1	7,3	10,2
З	12,2	6,8	14,6	8,5	43,9	20,5	26,8	37,3	9,9	11,4	4,9	13,6
НД	43,9	18,2	26,8	33,9	36,6	47,6	48,8	45,8	26,8	27,3	26,8	40,7
У	43,9	72,7	58,6	52,5	12,2	20,5	14,6	6,8	34,1	45,4	53,7	23,7

Примітка .Використані такі позначення: Н – низький; СР – нижче середнього; С – середній; НД – вище середнього; В – високий; ПС – психіатричні медсестри; ПС – медсестри психіатричного профілю; ХО – медсестри хірургічного профілю; ТО – медсестри терапевтичного профілю; ПД – медсестри педіатричного профілю.

Як видно з таблиці, для медичних сестер, незалежно від їхнього профілю, характерне переважання мотивів внутрішніх (інтерес до змісту праці) над зовнішніми по відношенню до професії.

Внутрішні мотиви пов'язані з процесом праці, що вказує на значущість та цінність обраної діяльності для суб'єкта. Але водночас зовнішні негативні мотиви домінують над зовнішніми позитивними мотивами. Діяльність медсестер більшою мірою зумовлена мотивами уникнення покарань, критики, і меншою мірою значимістю тих вигод, які може людина отримати, займаючись цією професійною діяльністю (грошовий заробіток, соціальне визнання).

Отримані результати свідчать про те, що внутрішня мотивація достовірно вища у медсестер хірургічного профілю. Для них характерний вищий рівень зовнішньої позитивної мотивації. Медсестри терапевтичного профілю демонструють вищий рівень зовнішньої негативної мотивації.

На підставі отриманих даних було встановлено, що у медсестер терапевтичного профілю мотиваційний комплекс особистості значно негативніший, ніж в інших групах медсестер. Показники зовнішньої негативної мотивації досить високі (виявлено достовірні різницю між групами). Мотиви уникнення критики, покарань та інтерес до змісту праці однаково значимі для медичних сестер терапевтичного профілю. Це може бути пов'язано з тим, що зміни у мотиваційній сфері залежить від умов професійної праці, логіки саморозвитку людини, зрілості особистості.

Так медсестри, для яких характерне прагнення просування по службі, потреба у досягненні соціального престижу та поваги з боку інших, основними завданнями вважають не надання допомоги та підтримки пацієнтам, а завоювання вищого становища, визнання. Такі фахівці схильні до конфліктної поведінки внаслідок того, що зазвичай вважають себе недооціненими та незаслужено обійденими.

Рефлексія в психології визначається як здатність, завдяки якій людина може зробити свої думки, емоційні стани, свої дії та відносини, взагалі всього себе – предметом спеціального розгляду (аналізу та оцінки) та практичного

перетворення. Відповідно до цього, рефлексивність як особистісна якість, проявляється у схильності до обмірковування того, що відбувається, до роздумів над своїми діями та вчинками інших людей.

За результатами проведено дослідження (табл. 9) встановлено, що медсестри хірургічного та терапевтичного профілю мають нижчий рівень рефлексивності. Низький рівень рефлексивності визначається невмінням аналізувати власні помилки. Медичним сестрам складно розмірковувати над причинами того, що відбувається, у зв'язку з чим виникають труднощі при плануванні діяльності, постановці цілей і прогнозуванні результатів. Низький рівень рефлексивності не дозволяє переосмислювати свій досвід, стереотипи поведінки.

Таблиця 9

Середні значення за видами рефлексії. Методика діагностики рефлексивності

Групи	Види рефлексії			
	ретроспективна рефлексія	рефлексія справжнього	рефлексія майбутнього	рефлексія спілкування
ПС	37,7073	37,8780	39,8293	38,6341
ХО	36,1364	34,4773	37,8409	36,2955
ТО	35,9268	34,9268	38,9024	36,8780
ПД	37,1864	35,8136	39,6780	37,0847

Примітка. У таблиці використані такі позначення: ПС – медсестри психіатричного профілю; ХО – медсестри хірургічного профілю; ТО – медсестри терапевтичного профілю; ПД – медсестри педіатричного профілю.

Професійна деформація особистості медичної сестри який завжди є предметом її рефлексії. Тим часом медична діяльність є за своєю природою є рефлексивною. При цьому необхідна оцінка, аналіз та осмислення не лише своєї професійної діяльності, а й поведінки пацієнтів, наслідків свого впливу. Роздуми про те, що відбувається в житті, роздуми над своїми діями та вчинками інших людей потребують значних витрат когнітивних ресурсів, а використання готових поведінкових схем, навпаки, не потребує жодних зусиль. Суспільна значимість діяльності медичної сестри визначає високі вимоги до її професійного рівня, що збільшує увагу до проблеми рефлексії професійної діяльності, так як одна з функцій рефлексії - усвідомлене ставлення суб'єкта до діяльності.

Підсумовуючи усе вищенаведене, спробуємо узагальнити отримані показники.

Отож, прояви професійної деформації особистості медичної сестри психіатричного профілю мають такі прояви: 1) професійна агресія (фізична, вербальна, непряма); 2) комунікативна інтолерантність (категоричність чи консерватизм в оцінках людей, прагнення підігнати партнера під себе, зробити його зручним); 3) низький рівень співпереживання та дієвої емпатії. Медичні сестри психіатричного профілю регламентують прояв індивідуальності пацієнтів, вимагають від них кращої для себе одноманітності, яка відповідає професійним стереотипам.

Прояви професійної деформації особистості медичної сестри хірургічного профілю: 1) професійна агресія (вербальна, подразнення, непряма, фізична); 2) низький рівень співпереживання та дієвої емпатії; 3) низький рівень володіння загальними комунікативними навичками та вміннями; 4) високий рівень внутрішньої мотивації та зовнішньої позитивної мотивації; 5) низький рівень рефлексії майбутню діяльність; 6) комунікативна інтолерантність (неприйняття індивідуальності людини, прагнення переробити, перевиховати партнера, прагнення підігнати партнера під себе, зробити його зручним).

Прояви професійної деформації особистості медичної сестри терапевтичного профілю: 1) комунікативна інтолерантність (неприйняття індивідуальності людини, категоричність в оцінках людей, нетерпимість до фізичного чи психічного дискомфорту партнера); 2) професійна агресія (непряма, вербальна, фізична, підозрілість); 3) низький рівень дієвої емпатії та співпереживання; 4) високий рівень зовнішньої негативної мотивації.

Прояви професійної деформації особистості медичної сестри педіатричного профілю: 1) професійна агресія (вербальна, непряма, подразнення, фізична); прагнення підігнати партнера під себе, зробити його зручним); 3) низький рівень рефлексії майбутньої діяльності; 4) професіоналізація спілкування.

У контексті проблеми професійної деформації особистості медичної сестри особливої уваги заслуговує система профілактичної роботи. Попри те, що її значення неодноразово підкреслюється у наукових дослідженнях, цей напрямок залишається недостатньо розробленим у практиці діяльності

психолога в медичних установах.

3.3. Система психопрофілактичної роботи з попередження професійної деформації молодшого медичного персоналу

Поняття психопрофілактики є складним і багатогранним. У загальному розумінні профілактика передбачає виявлення та усунення чинників, здатних викликати негативні зміни, або попередження їх наслідків. Також вона спрямована на підтримку повноцінного соціально-професійного розвитку особистості, запобігання кризовим ситуаціям, внутрішнім та міжособистісним конфліктам, що виникають у процесі самореалізації, з урахуванням актуальних соціально-економічних умов.

Аналіз існуючих визначень дозволяє інтерпретувати психопрофілактику професійної деформації медичної сестри як систему цілеспрямованих заходів, покликаних мінімізувати ризики виникнення та розвитку деструктивних проявів у професійній сфері. Ефективність такої діяльності залежить не від епізодичних дій, а від наявності системного підходу, який має реалізовуватись через розробку комплексної моделі психопрофілактики.

Згідно з позицією Я. В. Чаплак, необхідно створити дієвий інструментарій, що поєднує зовнішню психологічну допомогу з особистими зусиллями працівника у сфері самовдосконалення та самодопомоги, спрямованими на подолання негативних професійних трансформацій [37].

Виходячи з результатів емпіричного дослідження, ми спробували розробити систему психопрофілактики професійної деформації, адаптована до специфіки діяльності медичних сестер різних клінічних профілів – психіатричного, хірургічного, терапевтичного, педіатричного. Вона поєднує професійну психологічну підтримку та розвиток навичок саморефлексії й особистісного зростання.

Центральну роль у цій системі відіграє психолог, який працює в медичному закладі. Його функції охоплюють індивідуальну діагностику, консультування, просвітницьку діяльність, а також проведення корекційно-розвивальних заходів.

Психодіагностична частина спрямована на виявлення індивідуальних особливостей прояву професійної деформації в медичних сестер з різним

профілем діяльності. Консультування передбачає підтримку у процесі самопізнання, адаптації до професійних вимог, розвитку мотиваційної сфери, вирішення кризових ситуацій, а також подолання емоційної нестійкості.

Психологічна просвіта реалізується через донесення до медичного персоналу знань про ризики професійної деформації, а також способів її попередження і шляхів саморозвитку. Метою просвітницької роботи є формування в медичних сестер розуміння важливості збереження психологічного здоров'я.

Корекційно-розвивальна діяльність полягає у цілеспрямованому впливі на особистість з метою подолання наявних деформацій у професійному та особистісному розвитку. Існує два основні вектори цієї роботи: розвиток здатності до емоційної регуляції та самоуправління, а також переосмислення ціннісно-нормативної системи, яка впливає на професійну поведінку.

З метою зниження психоемоційного напруження доцільно впроваджувати в медичних установах кабінети психологічного розвантаження. Вони можуть функціонувати у різних режимах: для відновлення емоційного стану після змін, у складні моменти (наприклад, у разі смерті пацієнта), для навчання медичного персоналу навичкам емоційної саморегуляції.

Професійне здоров'я медичної сестри є важливою умовою її ефективної діяльності, збереження працездатності, надання якісної медичної допомоги. Це поняття охоплює не лише фізичні, а й психічні характеристики, що відповідають вимогам професійної сфери [34].

У рамках підтримки професійного здоров'я виділяють кілька напрямів роботи:

1. Медико-діагностичний – передбачає моніторинг фізичного стану працівників.
2. Психодіагностичний – охоплює психологічне обстеження, аналіз психоемоційного стану, виявлення індивідуальних особливостей.
3. Психологічний – включає заходи психопрофілактики, групові та індивідуальні консультації, тренінги, техніки релаксації.
4. Оздоровчий – лікувальна фізкультура, масаж, фізіотерапія та інші способи підтримки фізичного тону.

Оскільки психоемоційний стан значною мірою впливає на професійну

ефективність, важливо забезпечити як його попередження, так і своєчасну корекцію. Ці завдання можуть реалізовуватися як за допомогою фахівця (психолога), так і через механізми саморегуляції.

До найбільш ефективних методів саморегуляції належать: прогресивна м'язова релаксація; зміна фокуса уваги та переключення; використання емоційної уяви; дихальні практики; фізична активність як спосіб стабілізації емоційного стану.

Профілактика професійної деформації також вимагає формування адаптивних стратегій поведінки. Ці стратегії мають динамічний характер і спрямовані на подолання внутрішніх конфліктів, підтримку психічного балансу та конструктивну взаємодію з середовищем.

У цьому контексті доцільно розвивати навички усвідомленого копінгу - поведінкових стратегій, які дозволяють ефективно долати професійні виклики. До таких стратегій належать: позитивне переосмислення, відповідальне ставлення до ситуації, планування, самоконтроль. Водночас слід уникати надмірного емоційного стримування, що може сприяти розвитку психосоматичних порушень.

Навчання копінг-навичкам передбачає: зниження рівня деструктивних емоцій; класифікацію стресогенних факторів; оцінювання наслідків поведінки; планування та контроль дій; розмежування особистого й професійного простору [33].

Збалансоване поєднання професійної діяльності з особистим життям, наявність хобі, часу на відпочинок, культурні заходи тощо — критично важливі умови збереження психічного здоров'я.

У задоволенні соціально-психологічних потреб значну роль відіграє система мотивації: моральне та матеріальне стимулювання, підтримка професійного розвитку, визнання досягнень.

З огляду на вищезазначене, можна запропонувати перелік рекомендацій для адміністрації медичних закладів щодо мінімізації ризику професійної деформації:

1. Впровадження комплексної програми психопрофілактики для медичних сестер різного профілю.
2. Організація соціальної підтримки персоналу.

3. Поєднання матеріального та морального заохочення.
4. Сприяння професійному навчанню та підвищенню кваліфікації.
5. Створення умов для самостійності й творчого підходу до професійної

Отже, ключовою метою профілактичної роботи щодо запобігання професійній деформації медичних сестер є створення умов для безпечного емоційного самовираження, стимулювання усвідомлення власних переживань і пережитого досвіду, а також активізація процесу рефлексії та критичного переосмислення окремих аспектів професійної діяльності.

Висновки до розділу3

У процесі дослідження виявлено високий рівень поширеності професійної деформації особистості серед медичних сестер різного профілю, що підтверджується емпіричними даними. Залежно від специфіки професійної діяльності, рівень вираженості деформацій варіюється: найнижчі показники спостерігаються у сестер психіатричного профілю, найвищі – у хірургічному та терапевтичному. Це зумовлено як характером пацієнтів, так і особливостями професійної відповідальності.

Професійна деформація виявляється у змінах агресивності, зниженні емпатії, деформації комунікативної компетентності, зниженні комунікативної толерантності, негативній мотивації, низькому рівні рефлексивності, а також у специфічних проявах залежно від профілю закладу.

Отримані результати стали підґрунтям для розробки системи психопрофілактики, яка спрямована на попередження виникнення та розвитку різноманітних професійних деструкцій молодшого медичного персоналу.

ВИСНОВОК

Проведений теоретико-методологічний аналіз діяльності медичних сестер різних профілів засвідчив, що ключовою формою їх професійної активності є сестринський процес – цілеспрямована взаємодія з пацієнтом задля забезпечення належного догляду. Особливості цього процесу варіюються залежно від профілю медичного закладу, оскільки форма і зміст взаємодії з пацієнтами мають специфічні характеристики.

Вивчення підходів до аналізу професійної деформації медичних сестер засвідчило, що вона виникає як результат тривалої адаптації до професійних умов, що супроводжується обмеженням особистісного розвитку і ригідністю поведінкових реакцій. Встановлено, що діяльність медичної сестри, яка належить до соціально значущих професій типу «людина-людина», вимагає високого рівня емоційної стійкості, відповідальності та комунікативної компетентності. Особливості реалізації сестринського процесу в різних профілях медичної практики обумовлюють не лише специфіку щоденних професійних завдань, але й різну інтенсивність психологічного навантаження.

Виокремлено три групи чинників, які сприяють розвитку професійної деформації: професійні (висока відповідальність, навантаження, низька оплата), особистісні (низька самооцінка, професійні кризи, стереотипність поведінки) та соціально-психологічні (знецінення професії, неефективне керівництво, негативний емоційний клімат). Особлива роль відведена об'єкту професійної діяльності – категорії пацієнтів, з якою працює медсестра.

Дослідження феномену професійної деформації підтвердило її широку поширеність серед медичних сестер і виявило відмінності у ступені вираженості деструктивних проявів залежно від професійного профілю. Найбільш вразливими до проявів деформації виявилися медичні сестри хірургічного та терапевтичного напрямів, що пов'язано з високим рівнем стресогенності роботи, інтенсивністю навантаження та тривалим емоційним напруженням. Менший рівень деформацій спостерігається у сестер психіатричного профілю, що може бути пов'язано з кращою підготовленістю до психологічного супроводу пацієнтів.

Специфіка проявів професійної деформації різниться залежно від профілю: психіатричний: вербальна й непряма агресія, оцінювання інших через власні стандарти; хірургічний: фізична агресія, зниження когнітивної комунікативної компетентності, слабка рефлексія; терапевтичний: знижена емпатія, високий рівень негативної мотивації, консерватизм у спілкуванні; педіатричний: труднощі у приховуванні негативних емоцій, деформація поведінкових аспектів комунікації, виражена непряма агресія.

Запропонована система профілактики професійної деформації з урахуванням професійної специфіки, яка передбачає психологічну підтримку керівництва, фахову допомогу психолога, а також особисту зацікавленість у самозміні та саморозвитку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Білова М.Е. Психологічний феномен професійної деформації особистості: теоретичний аспект 2022. Випуск 41. 114-118.
2. Балл Г. О. Категорія культури у дослідженні професійної діяльності. Я-концепція академіка Неллі Ничкало у вимірі професійного розвитку особистості: зб. наук. пр. / ред. І.А. Зязюн та ін.; Ін-т пед. освіти і освіти дорослих НАПН України. К., 2014. С. 55–62.
3. Безпека життєдіяльності: навчальний посібник / М. А. Касьянов, Ю. П. Ревенко, В. О. Медяник та ін. Луганськ : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2006. 284 с.
4. Вірна Ж. П. Неврогенез професійних деструкцій особистості / Ж. П. Вірна. Психологічні перспективи. 2012. Вип. 19. С. 84-90.
5. Бамбурак Н. Методи профілактики виникнення професійних ризиків та деформацій у професійній діяльності працівників медичної та соціальної сфери. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби. 2018. № 2(10). 5-14.
6. Борисяк А. Психологічні особливості професійної діяльності лікаря. Актуальні питання суспільних наук та історії медицини. 2015. № 4. С. 56-72.
7. Вербицька Л., Овдієнко І. Професійна деформація працівників медичних закладів: психологічний аспект. Молодий вчений. №1 (125). 2024. С. 74-82.
8. Василенко І.О., Діхтяренко Л.М., Чубенко В.А., Савенко Д.В. Особливості синдрому емоційного вигорання у професійній діяльності медичних працівників: сутність, шляхи подолання. Теорія та методика навчання. Випуск 72. 2024. С. 47 – 52.
9. Гуменюк О.Є. Психологія Я-концепції: монографія. Тернопіль: Економічна думка, 2002. 186 с.
10. Жогно Ю.П. Вплив емоційного вигорання на професійну компетентність фахівця. Наука і освіта. 2008. № 8-9. С. 53-57.
11. Москалець В. Види діяльності з позицій суб'єктного підходу. Психологія і суспільство. 2012. №4. С. 67 – 77.
12. Звернення VI З'їзду Профспілки працівників охорони здоров'я України до Президента України, Верховної Ради, Кабінету Міністрів України [Електронний ресурс]. URL: <http://medprof.org.ua/>.
13. Зінченко Є. В., Малигіна В. М., Трусів В. В. Психологічна допомога

медичним працівникам у подоланні наслідків професійної деформації. К.: Вид-во НДІ психотерапії, 2014. 160 с.

14. Знанецька О. М. Психологічні особливості розвитку синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. Вісник Дніпропетровського університету. Серія «Педагогіка і психологія». Вип. 19. 2013. 80 – 87.

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

16. Етичний кодекс медичної сестри. URL: https://medmedsestrunstvo.blogspot.com/2016/03/blog-post_16.html

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

18. Лисенко О. Г. Психологічні особливості професійної діяльності медичних працівників. Актуальні проблеми психології. 2020. Том І. Випуск 45. С. 61 –73.

19. Лаврова М.Г. Теоретичний аналіз сучасних поглядів на поняття «емоційне вигорання». Вісник Одеського національного університету. Психологія. 2014. Т. 19. Вип. 2. С. 194-202.

20. Маляр-Газда Н. М. Професійна деформація – актуальна проблема медицини сьогодення. Науково-практичний журнал для педіатрів та лікарів загальної практики – сімейної медицини. 2015. № 3. С. 15–18.

21. Маслач К. Професійне вигорання: як люди справляються. URL: <http://www.top-personal>.

22. Томаржевська І.В. Шляхи подолання професійної деформації особистості спеціаліста соціономічної сфери. URL: <https://enquir.npu.edu.ua/bitstream/handle/>

23. Мельник С. В., Яковенко І. В. Синдром емоційного вигорання у медичних працівників: зв'язок із професійною дезадаптацією. Психологічний часопис. 2017. № 1. С. 10–16.

24. Методичні рекомендації «Профілактика професійного вигорання працівників соціальної сфери» / [за загальною редакцією кандидата 69 медичних наук М. Л. Авраменка]. Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів Л. : 2008. 53 с.

25. Міжнародний класифікатор хвороб МКХ 10. URL: <https://www.surgery.org.ua/Documents/Details/aa535505-419d-4d67-a9e7>

26. Навроцька К., Злепко С., Тимчик С. Удосконалення процесу оцінювання стресу за допомогою когнітивної функції. Вісник Тернопіл. нац. техн. ун-ту. 2015. Т. 77, № 1. С. 219–228.

27. Надвинична Т. Л. Психологічні механізми забезпечення психічного здоров'я особистості в умовах стресу. Protection of children's rights from a legal, pedagogical and psychological perspective. Monograph, Red. Jacek Mrozek, Oksana Homotiuk, Oksana Koval. Olsztyn 2021, Publisher: Centre for Eastern Europe Research UWM in Olsztyn, ISBN 978-83-61605-55-3., p. 97 – 105.

28. Татенко В. Методологія суб'єктно-вчинкового підходу: соціально-психологічний вимір: монографія. К.: Міленіум, 2017. 184 с. Теория и методика физического воспитания / под ред. Т. Ю. Круцевич. К.: Олимпийская литература, 2003. Том 1. 424 с.

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

30. Офіційний веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України. Професійне вигорання – явище, а не хвороба: Що насправді затвердили в МКХ-11. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/profesijne-vigorannja>

31. Психодіагностичні тести. URL: <https://www.italiasposato.it/services/psychodiagnostic-tests/>

32. Русанов В. Професійне вигорання медичних працівників в умовах війни: історичний аналіз, сучасні дослідження та авторське визначення. Психосоматична медицина та загальна практика. Том 9 № 3 (2024).

33. Сельє Г. Стресс без дистресса. URL: <http://www.rulit.net/books>

34. Сучасні здоров'язберезувальні технології: монографія / за загальною редакцією проф. Ю. Д. Бойчука. Харків : Оригінал, 2018. 724 с.

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

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

37. Чаплак Я. В. Попередження та профілактика виникнення синдрому емоційного вигорання у представників різних професій / Я. В. Чаплак, Н. С. Коновчук. Wykształcenie i nauka bez granic – 2009: Materiały V międzynarodowej naukowo-praktycznej konferencji. Przemysł : Nauka i studia. 2009. № 15. С.30-36.

38. Яценко Т. С. Проблема психічного вигорання у контексті вирішення завдань практичної психології (за результатами IV Всеукраїнського навчально-

методичного семінару «Теоретичні та методичні засади практичної психології» (2-4 травня 2007 р. м. Ялта) / Т. С. Яценко (та ін.). С.7–15.

39. Burke R. J., Deszca G. Correlates of psychological burnout phases among police officers. *Human Relations*, 1986.V.39.P. 487-501.

40. Cordes C. L. A review and an integration of research on job burnout / C. L. Cordes, T. W. Dougherty. *Academy of Management Review*. 1993. V. 18. Issue 4.

41. Cherniss P. Long-term consequences of bumout: an exploratory study. *J. of Organizational Behavior*, 1992.V. 13.P. 1-11.

42. Dietzel L.C., Coursey R.D. Predctors of emocional exhaustion amont nonresidential staff persons. *Psychiatric Rehabilitatin J*. 1998. V. 21 (4). P. 340-348.

43. Freudenberger H.J. Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 1974. 30. pp.159-165.

44. Gargen A. M. Teh purpose of burnout: A Jungian interpretation. Special Issue: Handbook on job stress. *J. of Social Behavior and Personality*. 1991. V. 6 (7). P. 73-93.

45. Hodge G.M., Jupp J. J., Taylor A.J. Work stress, destress and burnout in music and mathematics teachers. *British J. and Educational Psychology*. 1994. V. 64 (1). P.65-76.

46. Lerman Y., Melamed S., Shragin Y. Et al. Association burnout at work and leukocyte adhesiveness/aggregation. *Psychosomatic Medicine*.1999.[vol.61.P.](#) 828-833.

47. Maslach C, Jackson S.E., Leiter M.P. *Maslach Bumout Inventory Manual* (Third Edition). Palo Alto, California: Consulting Psychological Press, Inc., 1996. 245 p.

48. Maslach C, Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job Burnout.*Annual Review of Psychology*.2001.Vol.52.P. 397-422.

49. Professionals: A comparison of models. *J. of Organizational Behavior*, 1997. V.18 (6).P.685-701.

50. Schaufeli W.B., van Dierendonck D. Construct validity of two bumout measures.*J. of Organizational Behavior*, 1993. V. 14.P. 631-647.

51. Super D.E. *The psychology of careers*. New York: Harper & Brothers, 1957.150 p.

52. Van Wijk Factors influencing burnout and job stress among military nurses. *Military Medicine*, 1997.V. 162 (10). 707-710.