

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ  
ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Кваліфікаційна наукова праця  
на правах рукопису

ШЕВЧЕНКО ОЛЕНА ЛЕОНІДІВНА

УДК 316.62:378

ДИСЕРТАЦІЯ

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПРЕДИКТОРИ ПРОФЕСІЙНОГО  
БЛАГОПОЛУЧЧЯ ФАХІВЦІВ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

19.00.05 – соціальна психологія; психологія соціальної роботи

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,  
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело  
\_\_\_\_\_ / О.Л. Шевченко

Науковий керівник

доктор психологічних наук, професор  
Завацька Наталія Євгенівна

Київ – 2024

## АНОТАЦІЯ

*Шевченко О.Л.* Соціально-психологічні предиктори професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.05 – соціальна психологія; психологія соціальної роботи. Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля МОН України. Київ, 2024.

Дисертаційне дослідження присвячене визначенню соціально-психологічних предикторів професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

Проведений теоретико-методологічний аналіз наукових підходів до проблеми професійного благополуччя показав багатоплановість вивчення цього психологічного феномену у сфері професійної діяльності особистості. На основі узагальнення поглядів на зміст, структуру та моделі означеного конструкту, професійне благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я визначене як інтегральний показник їх позитивного функціонування (як індивіда, особистості, суб'єкта діяльності) у професійній сфері, що включає емоційний, когнітивний, поведінковий та діяльнісний компоненти, які характеризують ставлення фахівця до себе як до професіонала, до своєї професії, до професійного середовища та організаційного контексту у ньому. При цьому емоційний компонент обумовлює задоволеність фахівців у галузі охорони здоров'я професійною діяльністю, а також емоційні складові їх самооцінки та ставлення до професійного середовища; здатність до збереження емоційної рівноваги; когнітивний компонент містить ціннісно-сміслові орієнтації цих фахівців, їх усвідомлене ставлення до професії як до засобу самореалізації; поведінковий компонент відбиває спрямованість фахівців у галузі охорони здоров'я на пошук можливостей для реалізації власного індивідуального ресурсу, диференційований підхід до вибору форм адаптації у професійному середовищі, а також здатність до автономії;

діяльнісний компонент включає спрямованість цих фахівців на підвищення професійної компетентності та власної ефективності і отримання від цього задоволення; здатність до налагодження позитивних відносин у професійній групі.

Розкрито соціально-психологічні чинники та критерії професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я. Показано, що особливості професійного благополуччя цих фахівців обумовлені системою соціально-психологічних чинників, класифікація яких передбачає виділення таких груп: зовнішні, організаційні (організаційний контекст, специфіка професійної діяльності, характеристики професійного завдання); преморбідні (темперамент, базові властивості, позитивні риси характеру), міжособистісні (здатність налагоджувати та підтримувати позитивні відносини, піклуватися про благополуччя інших), суб'єктивно-особистісні (емоції та когнітивна сфера: ціннісно-сміслові та мотиваційно-потребнісні особливості, система відносин). Сукупна взаємодія цих чинників у напрямі позитивної активності та функціонування особистості фахівця у галузі охорони здоров'я в умовах професійної діяльності забезпечує стійке відчуття професійного благополуччя. При цьому слід враховувати, що організаційні чинники впливають на стан професійного благополуччя через систему суб'єктивних оціночних суджень і систему відносин особистості фахівця, а вплив індивідуально-типологічних чинників обумовлений також ціннісно-сміисловою надбудовою та мотиваційно-потребнісною спрямованістю його особистості.

Показано, що критеріями оцінки професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я виступають задоволеність професійною діяльністю та залученість до роботи, а також автономність, компетентність, професійне зростання, позитивні відносини з колегами, професійні цілі, самоприйняття себе як професіонала.

Визначено і систематизовано соціально-психологічні предиктори професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я та

підкреслено необхідність сукупного виміру різновекторних прогностичних параметрів професійного благополуччя цих фахівців, як на рівні одиничних (когнітивних, конативних, емотивних), так і узагальнених показників, як сукупності одиничних, та інтегральних характеристик, що виражаються у їх загальному професійному благополуччі. Зважаючи на зазначене, проведено емпіричне дослідження соціально-психологічних предикторів професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я: *метакогнітивних* (оцінка суб'єктивної картини кар'єри і професійного самоствалення; визначення смислів (позитивного, негативного, конфліктного) у професійній діяльності) *та емоційно-особистісних* (визначення особливостей емоційного інтелекту, оптимізму, емоційного благополуччя, емпатії, рефлексії та впливу перфекціонізму і емоційного вигоряння).

З'ясовано, що фахівці з високим та середнім рівнями професійного благополуччя склали групу професійно благополучних (з конструктивним його варіантом), яких відрізняє задоволеність професійною кар'єрою, позитивне професійне самоствалення і позитивний професійний смисл Я, високий професійно-психологічний вік та його узгодженість з хронологічним віком, професійний оптимізм, емоційне благополуччя, здатність до емпатії та рефлексії (соціально-перцептивної, комунікативної, особистісної). Фахівці з низьким рівнем професійного благополуччя склали групу з неконструктивним варіантом професійного благополуччя та професійно неблагополучного його типу, які мають в якості провідних протилежні наведеним характеристики.

Розроблено соціально-психологічну програму підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я, зміст якої визначався системою взаємопов'язаних та послідовних структурних блоків (мотиваційно-настановчого, формувально-розвивального і аналітико-моніторингового), об'єднаних для реалізації провідної мети та завдань програми. Констатовано, що підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я у межах запропонованої програми

забезпечене за умов дотримання принципів системності, інтерактивності, цілісності, практичної спрямованості, перспективності, поетапності розвитку.

Дієвість запропонованої програми підтверджена зростанням показників автономності у професійній діяльності, задоволеності рівнем професійної компетентності та професійними досягненнями; професійного розвитку (професійних цілей); позитивних відносин у колективі та позитивного професійного смислу Я; рефлексивності; самооцінки особистісного зростання у професії; професійного оптимізму; інтегрального рівня емоційного інтелекту; емоційного благополуччя; загальних показників позитивності професійного самоствавлення та професійного благополуччя.

Перспективи подальшого дослідження пов'язані з завданнями вивчення динаміки і соціально-психологічних механізмів розвитку професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я на різних етапах їх професіоналізації. Важливою вбачається також необхідність розробки медико-соціальних та психотехнологій оптимізації професійного благополуччя фахівців-медиків відповідно до їх гендерних особливостей, різновиду спеціалізації і медичної установи, що дозволить краще зрозуміти природу професійного благополуччя як психологічного явища.

*Ключові слова:* фахівці у галузі охорони здоров'я, професійна діяльність, професійне благополуччя, соціально-психологічні предиктори професійного благополуччя.

*Shevchenko O.L.* Socio-psychological predictors for the healthcare professionals' occupational well-being. – Qualification scholarly work published as manuscript.

The dissertation for the scientific degree of the Candidate of Psychological Sciences, speciality 19.00.05. Social Psychology, Psychology of Social Work. Volodymyr Dahl East-Ukrainian National University Ministry of Education of Ukraine. Kyiv, 2024.

The dissertation provides a theoretical generalisation and a new solution to the problem of determining socio-psychological predictors of health professionals' occupational well-being and draws the following conclusions.

The theoretical and methodological analysis of scientific approaches to the problem of occupational well-being has shown the complexity of the study of this psychological phenomenon in the field of an individual's professional activity. Based on the generalisation of views on the content, structure and models of the specified construct, the occupational well-being of healthcare professionals is defined as an integral indicator of their positive functioning (as an individual, as a personality, as a subject of activity) in the professional sphere. It includes emotional, cognitive, behavioural and activity-related components that characterise the professional's attitude to themselves as a professional, to their profession, to their professional environment and the organisational context in it. The emotional component determines the satisfaction of healthcare professionals with their occupational activity as well as the emotional components of their self-esteem and their attitude towards the occupational environment. It also include the ability to maintain an emotional balance. The cognitive component contains the value orientations of these professionals, their conscious attitude towards the occupation as a means of self-realisation. The behavioural component reflects the orientation of healthcare professionals towards the search for opportunities to realise their own individual resources, a differentiated approach to the choice of forms of adaptation in the professional environment and the capacity for autonomy. The activity related component includes the orientation of these professionals towards improving their professional competence and their own efficiency and obtaining satisfaction from this; the ability to build positive relationships in a professional group.

The socio-psychological factors and criteria of occupational well-being of healthcare professionals are revealed. It is shown that the specifics of the occupational well-being of these specialists is determined by a system of social and psychological factors. Their classification involves the selection of the following groups: external, organisational (organisational context, specifics of professional

activity, characteristics of the professional task); premorbid (temperament, basic qualities, positive character traits), interpersonal (ability to build and maintain positive relationships, concern for the well-being of others), subjective-personal (emotions and cognitive sphere: value-sense and motivation-need characteristics, relationship system). The combined interaction of these factors in the direction of positive activity and functioning of the personality of a healthcare professional in the conditions of professional activity provides a stable sense of occupational well-being. It should be noted that organisational factors influence the state of occupational well-being through the system of subjective evaluative judgments and the relationship system of the specialist's personality, and the influence of individual-typological factors is due to the value-meaning superstructure and the motive-need orientation of his personality.

It can be seen that the criteria for assessing the occupational well-being of healthcare professionals are satisfaction with the professional activity and commitment at work as well as autonomy, competence, professional growth, positive relationships with colleagues, professional goals and self-acceptance as a professional.

The socio-psychological predictors of health professionals' occupational well-being were identified and systematised, and the need for a combined measurement of multi-vectoral prognostic parameters of these professionals' occupational well-being was highlighted, both at the level of individual (cognitive, conative, emotional) and generalised indicators, as a set of individual and integral indicator characteristics expressed in their overall occupational well-being. In view of the above, an empirical study was conducted on the socio-psychological predictors of occupational well-being of healthcare professionals: *metacognitive* (assessment of the subjective image of the career and professional self-image; determination of the meanings (positive, negative, conflict) in professional activity) and *emotional-personal* (determination of characteristics of emotional intelligence, optimism, emotional well-being, empathy, reflection and the influence of perfectionism and emotional burnout).

It was found that specialists with a high and medium level of occupational well-being formed a group of occupationally prosperous ones (with its constructive variant). They are distinguished by satisfaction with their professional career, positive occupational self-image and positive professional identity, high professional and psychological age and its consistency with chronological age, professional optimism, emotional well-being, capacity for empathy and reflection (social-perceptive, communicative, personal). Professionals with the low occupational well-being formed a group with a non-constructive version of occupational well-being and a professionally disadvantaged type of it, showing opposite characteristics as leading ones.

A socio-psychological programme for improving the healthcare professionals' occupational well-being was developed. Its content was determined by a system of interconnected and consistent structural blocks (motivational-instructive, formative-developmental and analytical-monitoring), which were combined to implement the main goal and objectives of the programme. It was found that the improvement of the occupational well-being of healthcare professionals within the framework of the proposed programme is ensured under the conditions of compliance with the principles of systematicity, interactivity, integrity, practical orientation, perspective and gradual development.

The effectiveness of the proposed programme is confirmed by the growth of indicators in professional activity autonomy, satisfaction with the occupational competence and professional performance, professional development (professional goals), positive relationships in the team and a positive professional identity, reflexivity, self-assessment of personal growth in the profession, occupational optimism, holistic level of emotional intelligence, emotional well-being and general indicators of a positive self-image and occupational well-being.

Further research perspectives arise from the task of exploring the dynamics and socio-psychological mechanisms of the development of the healthcare professionals' occupational well-being in the various phases of their professionalisation. The need to develop medico-social and psychological



technologies to optimise the occupational well-being of healthcare professionals depending on their gender characteristics, the nature of their specialisation and the medical institution is also considered important, which will allow a better understanding of the nature of occupational well-being as a psychological phenomenon.

**Key words:** *healthcare professionals, professional activity, occupational well-being, socio-psychological predictors of occupational well-being.*

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### *Монографії:*

1.1. Шевченко О.Л. Складові особистісно-професійної адаптації фахівців соціономічного профілю / Соціально-психологічні засади особистісно-професійної адаптації фахівців соціономічного профілю: монографія / За наук. ред. Н.Є. Завацької, І.Є. Жигаренка. К.: ПВТП «LAT&K», 2023. С. 94-107. ISBN 978-617-7699-29-2 (*Особистий внесок авторки полягає у розкритті складових особистісно-професійної адаптації фахівців соціономічної галузі*).

1.2. Rudyi-Trypolskyi V., Zavatska N., Shevchenko O. Social-psychological predictors of improving the quality of life and professional well-being of specialists in the field of health protection under conditions of uncertainty. Quality of Life in Global and Local Contexts: Values, Innovation, and Multidisciplinary Dimensions: monograph. Scientific editors: Nestorenko T., Pokusa T. Opole: The Academy of Applied Sciences – Academy of Management and Administration in Opole, 2023. P. 137-150. ISBN 978-83-66567-53-5 (*Особистий внесок авторки полягає у розкритті соціально-психологічних предикторів підвищення якості життя та професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я в умовах невизначеності*).

### *Статті у наукових фахових виданнях:*

2.1. Шевченко О.Л. Методологічні питання дослідження феномену професійного благополуччя в психології. *Теоретичні і прикладні проблеми*

психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. № 2 (40). С. 212-220.

2.2. Шевченко О.Л. До проблеми діагностики та психологічного забезпечення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля.* Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2018. № 1 (45). С. 374-381.

2.3. Шевченко О.Л. Суб'єктивна картина кар'єри як чинник професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля.* Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. № 1(48). С. 321-331.

2.4. Ковальчук З.Я., Шевченко О.Л. Особистісна рефлексія як маркер емоційного благополуччя лідера різних соціокультурних середовищ: поведінкові стратегії в умовах кризового суспільства. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна: зб. наук. праць.* Львів: ЛьвДУВС, 2023. Вип. 2. С. 41-48. (Особистий внесок авторки полягає у розкритті маркерів емоційного благополуччя особистості у векторі її поведінкових стратегій в умовах кризового суспільства).

2.5. Dobrovolska N.A., Zavatska N.Ye., Shevchenko O.L. Example problems of preserving personal psychological health. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля.* 2023. № 3 (62). Т. 1. С. 81-88. (Особистий внесок авторки полягає у визначенні шляхів збереження психологічного здоров'я особистості як чинника її професійного благополуччя).

2.6. Шевченко О.Л., Лукашов О.О., Сафонова С.О., Завацька Н.Є. Соціально-психологічний аналіз результатів розвитку соціальної відповідальності особистості, її Я-концепції та професійного благополуччя.

*Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. 2023. № 3 (62). Т. 2. С. 126-147. (Особистий внесок авторки полягає у проведенні соціально-психологічного аналізу результатів розвитку професійного благополуччя особистості).*

*Статті у матеріалах науково-практичних конференцій:*

3.1. Завацький Ю., Жигаренко І., Шевченко О. Теоретико-методологічні підходи до вивчення проблеми суб'єктивного благополуччя особистості. *Інституціональні перетворення в суспільстві: світовий досвід і українська реальність: зб. наук. статей за матеріалами X Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Мелітополь, 11-13 вересня 2015 р.) / за заг. ред. М.М. Радевої. Мелітополь: ТОВ «Колор Принт», 2015. С. 143-145. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті взаємозв'язку професійного благополуччя особистості з її суб'єктивним благополуччям).*

3.2. Шевченко О.Л. Взаємозв'язок психологічного благополуччя та професійного розвитку особистості. *Актуальні питання соціальної та практичної психології у координатах сучасних парадигм: зб. наук. статей за матеріалами III Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Северодонецьк, 23-24 січня 2015 р.). Северодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. С. 169-171.

3.3. Шевченко О.Л. Подолання психологічних бар'єрів та мотивація досягнень у підвищенні професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я. *Актуальні питання здоров'язбереження у координатах сучасних парадигм: зб. наук. статей за матеріалами VI Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Северодонецьк, 28-29 листопада 2019 р.). Северодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. С. 147-150.

3.4. Шевченко О.Л. Проблематика професійного розвитку фахівця у галузі охорони здоров'я у векторі його професійного благополуччя. *Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри: зб. наук. статей за матеріалами VII Міжнародної*

науково-практичної конференції (м. Сєвєродонецьк, 5-6 грудня 2019 р.). Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. С. 195-201.

3.5. Шевченко О.Л. Особистісні ресурси, емоційний інтелект та оптимізм як фактори професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я. *Актуальні питання здоров'язбереження у координатах сучасних парадигм: зб. наук. статей за матеріалами VII Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Сєвєродонецьк, 29-30 грудня 2021 р.). К.: ПВТП «LAT&K», 2021. С. 137-139.

3.6. Shevchenko O.L. Problems of studying professional well-being in modern society. *Стрес в житті сучасної особистості: надбання та втрати: зб. наук. статей за матеріалами Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столу* (м. Київ, 16 травня 2023 р.). К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. С. 60-61.

3.7. Shevchenko O.L. The problem of studying professional well-being in modern psychology. *Життєві виклики сучасного суспільства: реалії та перспективи: зб. наук. статей за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю* (м. Київ, 09-10 листопада 2023 р.). К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. С. 59-60.

3.8. Шевченко О.Л. Конструкт «професійне благополуччя»: соціально-психологічний вектор. *Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри: зб. наук. статей за матеріалами IX Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Київ, 26-27 грудня 2023 р.). К.: ПВТП «LAT&K», 2023. С. 261-263.

## ЗМІСТ

ВСТУП	14
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ФАХІВЦІВ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	22
1.1. Зміст, структура і моделі конструкту професійного благополуччя	22
1.2. Методологічні проблеми вивчення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я у векторі їх професійного розвитку	39
1.3. Сучасні підходи до підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я	55
Висновки до розділу	68
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРЕДИКТОРІВ ПРОФЕСІЙНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ФАХІВЦІВ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	72
2.1. Методичні підходи до вивчення соціально-психологічних предикторів професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я	72
2.2. Суб'єктивна картина кар'єри та професійне самоставлення як предиктори професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я	78
2.3. Сенси у професійній діяльності у прогнозі професійного благополуччя фахівців в галузі охорони здоров'я	104
2.4. Емоційно-особистісні предиктори як прогностичні показники професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я	120
Висновки до розділу	144
РОЗДІЛ 3. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПІДВИЩЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ФАХІВЦІВ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	151
3.1. Концептуальні основи та зміст соціально-психологічної програми підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я	151
3.2. Результати формувального етапу дослідження та їх узагальнення	183
Висновки до розділу	195
ВИСНОВКИ	198
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	202

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Одним із актуальних напрямів розвитку сучасної психологічної науки є вивчення благополуччя особистості у контексті її професійної діяльності, зокрема у соціономічній сфері, що обумовлено науковим інтересом до можливостей забезпечення професійного здоров'я фахівців та їх професійної успішності загалом. Крім того, тема професійного благополуччя фахівців допомагаючих професій стає особливо затребуваною і з боку психологів-практиків.

Вагомий аспект означеної проблеми пов'язаний, насамперед, із вивченням соціально-психологічних предикторів професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я. Це обумовлене тим, що саме вони випробовують велике психоемоційне навантаження і схильні до ризику професійного вигорання, а прогностичні параметри підвищення їх професійного благополуччя особливо важливі у соціальному та суспільному контексті сучасних подій у країні та світі. При цьому ключову роль у розробці науково-обґрунтованих соціально-психологічних програм підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я відіграє його якісна діагностика на початкових етапах та оцінка ефективності проведеного втручання – на етапі моніторингу.

Констатовано, що у більшості випадків з метою оцінки професійного благополуччя фахівців використовуються загально-діагностичні методики, тобто не враховується специфіка професійної діяльності та особливості організаційного контексту. Разом із тим, незважаючи на широкий спектр теоретичних підходів, змістовно пов'язаних із вивченням феномену професійного благополуччя, проблема його вивчення у контексті професійної діяльності фахівців у галузі охорони здоров'я не набула цілісного та системного наукового аналізу, як у вітчизняній, так і в зарубіжній психології. Крім того, потребують ґрунтовного вивчення існуючі наразі підходи до визначення поняття «професійне благополуччя», основні моделі

професійного благополуччя, а також методологічні та методичні питання психологічних досліджень цього феномену. Особливої уваги заслуговує також розробка та реалізація соціально-психологічних програм підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я, метою яких є його зміцнення та зростання.

Актуальність означеної проблеми, її недостатня дослідженість у науковому психологічному просторі, а також соціальна значущість визначили вибір теми дисертаційної роботи: *«Соціально-психологічні предиктори професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я»*.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційне дослідження виконано в рамках комплексних науково-дослідних тем кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля «Соціокультурні та психологічні аспекти адаптації особистості в сучасному соціумі», «Соціально-психологічні основи розвитку адаптаційного потенціалу особистості засобами інноваційних психотехнологій в умовах трансформаційних змін сучасного суспільства». Тему дисертаційного дослідження затверджено Вченою радою Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля (протокол № 4 від 25 грудня 2015 р.).

**Об'єкт дослідження** – професійне благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

**Предмет дослідження** – соціально-психологічні предиктори професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та емпірично визначити соціально-психологічні предиктори професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

Для досягнення мети було висунуто такі **завдання дослідження**:

1. Провести теоретико-методологічний аналіз наукових підходів до проблеми вивчення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

2. Розкрити соціально-психологічні чинники та критерії професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

3. Визначити та систематизувати соціально-психологічні предиктори професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я за його типами і рівнями.

4. Розробити соціально-психологічну програму підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я та оцінити її ефективність.

**Теоретико-методологічну основу дослідження становили:** принципи системно-інтегративного (В. Бочелюк, С. Гарькавець, Є. Гейко, К. Лоренц, І. Пасічник, І. Стенгерс, К. Уілбер, Г. Хакен, С. Carver, S. Kobasa, R. Moss, J. Schaefer, S. Taylor та ін.), суб'єктно-діяльнісного (Г. Костюк, С. Максименко, І. Пасічник, В. Роменець та ін.), індивідуально-орієнтованого (Л. Бінсвангер, Дж. Бьюдженталь, Ю. Джендлін, В. Турбан та ін.), інформаційно-комунікативного (З. Кіреєва, В. Корнієнко, У. Михайлишин, М. Орап та ін.), аксіологічного (А. Борисюк, Ю. Завацький, О. Литвиненко, Р. Шевченко та ін.) підходів, а також постулати і принципи компетентнісного (Н. Гордієнко, Т. Григоренко, І. Зязюн, М. Мруга, Б. Сенюк, D. Blancero, N. Chomsky, T. Hoffman, A. Klein, J. Raven, Z. Shehu, E. Short, L. Spencer та ін.) і процесуально-динамічного (А. Коваленко, Т. Комар, О. Кононенко, О. Лісовий, Л. Пілецька та ін.) підходів в психології; концепції розвитку особистості як активного суб'єкта життєдіяльності (Н. Добровольська, І. Попович, Т. Титаренко, Н. Чепелева та ін.); концептуальні положення про розвиток особистості в процесі професійної діяльності (Н. Воляннюк, З. Ковальчук, Г. Ложкін, А. Кононенко, О. Шевяков та ін.); дослідницькі положення щодо відповідності особистісних якостей вимогам професії (А. Борисюк, В. Бочелюк, Ж. Вірна, М. Савчин, В. Скребець та ін.) та параметрів професійного благополуччя (І. Бурлакова, Г. Калмиков, М. Корольчук, В. Осьодло, А. Bakker, F. Bonnet, S. Cartwright, C. Cooper, D. Derks, P. Gupta, J. Harter, S. Howard, R. Karasek, O. Meretoja, R. Moore,



W. Oerlemans, M. Schultz, I. Siegrist, T. Rath, P. Warr та ін.); компетентнісна парадигма професійної діяльності (В. Балахтар, І. Жигаренко, Л. Калмикова, О. Лосієвська, Л. Онуфрієва, М. Панов та ін.); положення і принципи активних соціально-психологічних форм і методів роботи (П. Білецький, О. Блискун, О. Бондарчук, Ю. Бохонкова, В. Завацький, Г. Побокіна, М. Тоба, Т. Яценко та ін.).

#### **Методи дослідження:**

– *теоретичні*: теоретико-методологічний аналіз наукових концепцій та поглядів з проблеми дослідження соціально-психологічних предикторів професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я (теоретичне моделювання, методи порівняння, систематизації, узагальнення); наукова інтерпретація і синтез емпіричних даних;

– *емпіричні*: спостереження, бесіда, анкетування; психодіагностичні методики; констатувальний і формувальний експерименти;

– *статистичні*: результати емпіричного дослідження опрацьовувалися з використанням методів математичної статистики з їх подальшою якісною інтерпретацією та змістовним узагальненням. Статистична обробка результатів дослідження здійснювалася за допомогою пакету статистичних програм SPSS (версія 22.0).

**Організація і база дослідження.** Дослідження проводилось упродовж 2015-2023 років на базі науково-практичного Центру медико-соціальних та психотехнологій (м. Київ), Українського Північно-Східного Інституту прикладної та клінічної медицини (м. Суми), Комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» (м. Запоріжжя), Південноукраїнського інституту психології, психотерапії і управління (м. Одеса), Державного закладу «Луганський державний медичний університет» (м. Рівне), Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці).

У дослідженні взяли участь 152 фахівця у галузі охорони здоров'я віком від 28 до 44 років (70 (46,1%) чоловіків та 82 (53,9%) жінки), які мали стаж професійної діяльності від 5 до 22 років та різні кваліфікаційні категорії.

**Надійність і вірогідність результатів дослідження** забезпечена методологічним обґрунтуванням вихідних теоретичних позицій, використанням взаємодоповнювальних методів, що відповідають меті та завданням дослідження, репрезентативністю вибірки, поєднанням кількісних та якісних методів аналізу отриманих емпіричних даних, використанням методів математичної статистики.

**Наукова новизна та теоретичне значення дослідження** полягають у тому, що:

- *вперше: розкрито* соціально-психологічні чинники та критерії професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я; *виокремлено* типи професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я та його варіативні прояви (конструктивний і неконструктивний); виявлено рівні (високий, середній, низький) професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я; *визначено та систематизовано* соціально-психологічні предиктори професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я: метакогнітивні (особливості суб'єктивної картини кар'єри та професійного самоствалення; специфіка смислів (позитивного, негативного, конфліктного) у професійній діяльності) та емоційно-особистісні (особливості емоційного інтелекту, оптимізму, емоційного благополуччя, емпатії, рефлексії та впливу перфекціонізму і емоційного вигорання);

- *розроблено* концептуальні й змістовно-процесуальні засади побудови соціально-психологічної програми підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я, з урахуванням предикторів цього конструкту та у відповідності до його типології і рівнів;

- *дістали подальшого розвитку:* погляди на соціально-психологічні підходи до засобів і технологій підвищення професійного благополуччя фахівців соціономічного профілю, зокрема у галузі охорони здоров'я;

– *поглиблено*: теоретико-методологічні положення стосовно прогностичних критеріїв та детермінант професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

**Практичне значення дослідження** полягає у можливості використання методичного інструментарію для вивчення соціально-психологічних предикторів професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я; розробці та апробації соціально-психологічної програми підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я відповідно до метакогнітивних та емоційно-особистісних предикторів, типології та рівнів професійного благополуччя цих фахівців й проведенні оцінки її ефективності.

Теоретично та емпірично обґрунтовані положення дисертації можуть використовуватися для змістовного наповнення соціально-психологічних програм з підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я, а також бути рекомендовані для впровадження у закладах вищої освіти з метою формування та розвитку професійного благополуччя майбутніх фахівців цього профілю.

Результати дослідження **впроваджено** у роботу науково-практичного Центру медико-соціальних та психотехнологій (м. Київ) (довідка № 784/36 від 02.11.2023 р.), Українського Північно-Східного Інституту прикладної та клінічної медицини (м. Суми) (довідка № 0211-1 від 02.11.2023 р.), Центру надання правової та психо-соціальної допомоги ВПО (м. Київ) (довідка № 01-11-23Ф від 01.11.2023 р.), Південноукраїнського інституту психології, психотерапії і управління (м. Одеса) (довідка № 27/1 від 22.06.2022 р.); у навчально-науковий процес Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля (довідка № 783/15.17 від 02.11.2023 р.), Хмельницького національного університету (довідка № 42 від 01.11.2023 р.), Державного закладу «Луганський державний медичний університет» (м. Рівне) (довідка від 02.10. 2023 р.), Буковинського державного медичного університету (довідка № 13/н-17-17 від 01.11.2023 р.), Комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія»

(м. Запоріжжя) (довідка № 01-22/622 від 01.11.2023 р.) і використовуються у процесі викладання освітніх компонент та спецкурсів «Соціальна психологія», «Ергономіка та психологія праці», «Основи психологічного консультування», «Основи психокорекції» та ін.

**Особистий внесок авторки.** Розроблені наукові положення та отримані результати емпіричного дослідження є самостійним внеском авторки у визначення соціально-психологічних предикторів професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я. В опублікованих зі співавторами працях доробок авторки становить 60%. Розробки та ідеї, що належать співавторам, у дисертації не використовуються.

**Апробація результатів дослідження.** Основні теоретичні та практичні положення дисертаційної роботи було представлено на науково-практичних конференціях, семінарах-тренінгах, стажуваннях різного рівня, зокрема на *міжнародних*: X науково-практичній конференції «Інституціональні перетворення в суспільстві: світовий досвід і українська реальність» (Мелітополь, 2015 р.), III науково-практичній конференції «Актуальні питання соціальної та практичної психології у координатах сучасних парадигм» (Сєверодонецьк, 2015 р.), VII науково-практичній конференції «Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри» (Сєверодонецьк, 2019 р.), VI-VII науково-практичних конференціях «Актуальні питання здоров'язбереження у координатах сучасних парадигм» (Сєверодонецьк, 2019 р., 2021 р.), 8th International Scientific and Practical Internet-Conference «Modern problems of improve living standards in a globalized world» (Opole, Poland, 2023), IX науково-практичній конференції «Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри» (Київ, 2023 р.), International internship «Fundraising and organization of project activities in educational establishments: European experience» (Krakow, Poland, 2023); з *міжнародною участю*: науково-практичній конференції «Життєві виклики сучасного суспільства: реалії та перспективи» (Київ, 2023 р.), *всеукраїнських*:

семінарах-тренінгах «Формування резильєнтності (життєстійкості), як особистий ресурс в умовах війни» (Київ, 2023 р.) та «Удосконалення комунікативних здібностей: технології розвитку soft skills» (Київ, 2023 р.) у межах Програми «Справедливість для всіх» Агенції США з міжнародного розвитку (USAID), науковому круглому онлайн-столі «Стрес в житті сучасної особистості: надбання та втрати» (Київ, 2023 р.), доповідалися та обговорювалися на розширених засіданнях кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля (2015-2023 рр.).

**Публікації.** Основні положення й висновки дисертаційної роботи представлено у 16 публікаціях авторки, з яких 2 розділи у колективних монографіях (1 з яких – міжнародна), 6 статей у наукових фахових виданнях із психології (з них 5 статей – у наукометричних виданнях), 8 публікацій – у збірниках матеріалів науково-практичних конференцій.

**Структура дисертації.** Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел із 200 найменувань (з них 139 – іноземними мовами). Загальний обсяг дисертації викладено на 224 сторінках, із них 188 сторінок основного тексту. Робота містить 16 таблиць на 14 сторінках.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ФАХІВЦІВ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 1.1. Зміст, структура і моделі конструкту професійного благополуччя

Розкриття змісту конструкту професійного благополуччя особистості ми почали з аналізу проблеми її психологічного благополуччя, що є однією з фундаментальних та актуальних проблем сучасних досліджень (П. Білецький, А. Борисюк, В. Бочелюк, Н. Волянюк, Г. Ложкін, Л. Пілецька, О. Шевяков та ін.) [1; 3; 4; 7; 8; 9; 14; 15; 16; 36; 40; 41; 59; 77; 78; 79; 80; 82; 83; 84; 158 та ін.]. Вона є міждисциплінарною і наразі вивчається у філософії, психології, педагогіці, медицині. Так, у філософії смисл цієї проблеми пов'язаний з двома напрямками етики – гедонізмом і евдемонізмом [130; 195; 196 та ін.]. У психології під благополуччям, зазвичай, розуміють суб'єктивне відчуття щастя та загальну задоволеність життям [6; 172; 187 та ін.].

К. Ріфф [172 та ін.], який є автором концепції психологічного благополуччя, розглядає його як базовий суб'єктивний конструкт, який відображає сприйняття та оцінку людиною свого функціонування з погляду вершини потенційних можливостей.

Незважаючи на велику кількість досліджень психологічного благополуччя, у науці немає однозначного підходу до цього конструкту та його визначення. Так, категорія психологічного благополуччя особистості пов'язана з уявленнями про її гармонійне та повноцінне життя. На цьому

наполягають представники психодинамічного підходу (А. Адлер, Е. Еріксон, З. Фрейд, Е. Фромм, К. Хорні, К. Юнг) [62; 107; 109; 112; 122; 125; 126 та ін.]. В екзистенційно-гуманістичному напрямі (А. Ленглі, А. Маслоу, Р. Мей, К. Роджерс, В. Франкл та ін.) [108; 136; 144; 145; 164; 165 та ін.] психологічне благополуччя розглядається як позитивне функціонування особистості. Згідно з цією концепцією, особистість постійно потребує розвитку, самореалізації, а також самоактуалізації, а її психологічне благополуччя та задоволеність залежать від того, якою мірою вона досягла наперед виначених потреб.

Наразі увагу дослідників привертає взаємозв'язок психологічного благополуччя та професійного розвитку особистості. У ряді вітчизняних та зарубіжних досліджень виявлено позитивний взаємозв'язок цих параметрів життєдіяльності сучасного фахівця. Показано, наприклад, що такі складові психологічного благополуччя, як емоційний комфорт, оптимізм, збільшують прагнення до професійного розвитку, позитивно впливають на нього і зменшують професійне вигорання, наслідками якого є психічна напруженість, конфлікти, кризи, зниження продуктивності професійної діяльності, незадоволеність життям та соціальним оточенням. Особистісна деформація, яка суттєво знижує професійний розвиток і виражається у підвищеній дратівливості, озлобленні, відчуженості, небажанні виконувати свої професійні обов'язки, емоційному та особистісному дискомфорту, також зменшує психологічне благополуччя [2; 5; 10; 11; 24; 31; 85; 89; 103; 111; 117; 153; 154; 162; 190; 192; 193 та ін.].

Професійний розвиток пов'язується з професійним становленням та професійним вибором. Переконливо доведено прямий позитивний взаємозв'язок професійного розвитку та психологічного благополуччя [44 та ін.].

Вибір професії, здійснюваний людиною на певному етапі її життєвого шляху, є важливим компонентом життєдіяльності. Чим вище рівень психологічного благополуччя людини на етапі професійного вибору та

професійного самовизначення, тим більш адекватним є професійний вибір, який робить людина.

Процес професійного самовизначення та професійного розвитку також відбувається простіше при психологічному благополуччі. Так, здатність до самостійної організації професійної діяльності, що є однією з умов професійного становлення, залежить від ступеня емоційного благополуччя. Водночас показано, що психологічно благополучні люди значно більшою мірою є суб'єктами праці, ніж ті, хто відчуває психологічний дискомфорт [44; 142; 180 та ін.].

Нагадаємо, що суб'єкт праці – людина, яка вміє активно діяти у професійній діяльності, володіє волею і вміє перетворювати і спрямовувати свою діяльність (і діяльність підлеглих у разі необхідності) у напрямку досягнення мети діяльності. Суб'єктом праці може бути як окрема людина, так і група людей; найчастіше це професійна група, об'єднана рішенням спільного завдання. Поняття «суб'єкт праці» відбиває здатність людини діяти усвідомлено, активно, цілеспрямовано, тобто на основі психічного відображення предметного світу й в інтересах пізнання і перетворення дійсності. Щоб стати суб'єктом праці, необхідно мати задоволеність власною працею, досягати високого рівня розвитку професійних здібностей та інших професійно-важливих якостей. Суб'єкту праці важливо адекватно та об'єктивно відображати об'єкт праці, а також адекватно засвоювати суспільно вироблені способи поведінки. Суб'єкт праці повинен мати систему саморегуляції та користуватися нею; він має постійно розвивати систему власної самооцінки та почуття самоствердження, самоповаги [17; 21; 33; 34 та ін.].

Слід зазначити, що у низці досліджень виявлено вплив професійного чинника на психологічне благополуччя: працюючі більшою мірою задоволені життям, ніж непрацюючі люди. При цьому задоволеність працею є показником благополуччя у професійній діяльності, а радість є основним психологічним механізмом поведінкової підструктури самосвідомості.



Професійний розвиток є складовою самовизначення, самовираження та самореалізації. Іншими словами, професійний розвиток є не лише частиною загального розвитку особистості фахівця, а й пов'язаний з емоційним благополуччям [25; 44; 154; 162; 190; 192; 193 та ін.].

Психологічне благополуччя особистості залежить і від того місця, яке займає її професійна діяльність у системі смислових відносин, у системі цінностей. Якщо провідною є орієнтація на спілкування, то, очевидно, саме воно більшою мірою й детермінує ступінь пережитого благополуччя; у разі, якщо процес професійної діяльності займає провідну позицію в ієрархії смислів, то саме він детермінує його [120 та ін.].

Підсумовуючи, можна зазначити, що професійний розвиток відбувається під впливом особистісного розвитку. На професійний розвиток також впливає життєдіяльність особистості, її орієнтування у різних сферах дійсності.

Отже, психологічне благополуччя особистості та її професійна діяльність є взаємозалежними і взаємовпливовими компонентами життєдіяльності загалом.

Таким чином, з точки зору структури психологічного благополуччя та його складових, професійне благополуччя є одним із елементів загального психологічного благополуччя для особистості, яка займається професійною діяльністю (у тому числі тимчасово безробітних). Це дозволяє виділити та розглядати професійне благополуччя як самостійний феномен, що є частиною загального психологічного благополуччя.

Проаналізовано роботи, які вказують на необхідність запровадження нового терміну «професійне благополуччя» [117; 163]. Так, наголошується на ролі професійної сфери життєдіяльності особистості для забезпечення загального стану суб'єктивного благополуччя. Т. Рат і Д. Хартер виділяють п'ять універсальних елементів (компонентів) благополуччя: професійне, соціальне, фінансове, фізичне та благополуччя у середовищі проживання, значущих для більшості людей будь-якої культури [163].

При цьому автори вважають, що професійне благополуччя постає як найбільш суттєвий елемент для дорослої та працюючої людини. Так, наприклад, як зазначалося вище, дослідження М. Аргайла показують, що люди, які працюють, більшою мірою задоволені життям, ніж безробітні [65]. Проте слід враховувати, що з точки зору системи відносин особистості, професійне благополуччя залежить від того, яке місце професійна діяльність займає у її системі смислових і ціннісних орієнтацій, які можуть змінюватися.

Констатовано, що професійне благополуччя є критерієм особистісного здоров'я фахівця, а його вивчення є одним із нових напрямків розвитку сучасної соціальної психології [86; 123; 139; 142; 189 та ін.]. Воно обумовлене усвідомленням значимості вивчення феноменів, що характеризують позитивні та ресурсні прояви суб'єкта діяльності та недостатньою вивченістю їх природи. У свою чергу, це необхідно й для покращення якості професійного життя особистості та підвищення ефективності її діяльності.

Проблема вивчення професійного благополуччя перебуває на стику двох напрямів: психології праці та соціальної психології, з одного боку, та психології професійного здоров'я, – з іншого. Перспективи розвитку цих напрямів, насамперед, пов'язані з можливістю їхнього позитивного потенціалу, тобто з вивченням організації діяльності та робочого місця як базису для вирішення питань охорони та зміцнення здоров'я та психологічного благополуччя фахівця [67].

Аналіз вітчизняних і зарубіжних наукових публікацій свідчить про те, що до основних методологічних питань дослідження феномену благополуччя у психології належить проблема визначення даного поняття, в тому числі складності при спробі відмежування його від близьких за змістом – споріднених, але не тотожних за своїм значенням конструктів (наприклад, задоволеність життям, щастя та ін.) [31; 35; 47 та ін.].

Подібна полісемія, яка характеризує багатоваріантність розуміння значення того чи іншого терміну (тобто наявність у нього двох і більше значень, історично обумовлених чи взаємопов'язаних за змістом та походженням), створює труднощі в узагальненні результатів, представлених у сучасних психологічних дослідженнях, а також у визначенні інших конструктів, що містять у собі це поняття.

Феномен «професійне благополуччя» є відносно новим для психологічної науки; як предмет наукового дослідження у зарубіжній психології він з'явився наприкінці 80-х років ХХ століття.

У вітчизняній психології публікацій, які розглядають благополуччя особистості у контексті її професійної діяльності (у тому числі на робочому місці або в організаційному контексті), вкрай недостатньо.

У той же час, у численних дослідженнях, представлених у зарубіжній літературі, спостерігається істотне розмаїття у термінах, що описують даний феномен: occupational well-being, employee well-being, work-related well-being, job-related well being, well-being at work, well-being at workplace (A. Bakker, F. Bonnet, S. Cartwright, C. Cooper, D. Derks, P. Gupta, J. Harter, T. Rath, C. Ryff, P. Warr та ін.) [67; 68; 89; 117; 163; 171-174; 192; 193; 194 та ін.].

У науковій літературі можна зустріти такі психологічні конструкти, які описують різні аспекти позитивного функціонування особистості в організаційному та професійному контекстах, як стан потоку (flow) та процесуальна мотивація (intrinsic motivation), організаційна лояльність (organizational commitment), громадянська поведінка (organizational citizenship behavior), надрольова поведінка (extra-role behavior), причетність до роботи (job involvement), пристрасна відданість роботі (passionate commitment), щастя на роботі (happiness at work) та інші (S. Howard, R. Karasek, O. Meretoja, R. Moore, W. Oerlemans, M. Schultz, I. Siegrist, P. Warr та ін.) [127; 128; 179; 184; 185; 186; 192; 193; 194 та ін.].

Перелічені поняття поєднує те, що в їх описі є позитивні установки (аттитюди, відносини) і позитивні переживання, пов'язані з діяльністю

(емоції, почуття, настрої, потокові стани). Це відображає, з одного боку, зростання інтересу до даної проблематики, а з іншого, – різноманіття принципів та шляхів дослідження, а також нестійкість концептуального апарату, що використовується у даній галузі.

У спробі методологічного обґрунтування поняття «професійне благополуччя» наведемо визначення найближчих понять.

У низці досліджень, присвячених вивченню благополуччя, розводяться поняття професійного та психологічного благополуччя і наголошується на їх важливості з точки зору ефективності працівника. Професійне благополуччя, аналогічно психологічному благополуччю, розглядається як процес і стан, що інтегрально відображає професійну життєдіяльність суб'єкта, її умови та результати, а також ставлення суб'єкта до результатів діяльності [2; 6; 43 та ін.]. При цьому поняття професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я не розкрито ні як термін, ні як феномен, а зводиться до розуміння задоволеності діяльністю.

Пропонується також розглядати особистісне здоров'я професіонала через критерій психологічного благополуччя у професійній сфері: особистісне здоров'я – це цілісна, інтегративна, динамічна характеристика особистості, яка обумовлена соціальною (на противагу асоціальній) суб'єктною активністю особистості і проявляється у психологічному благополуччі в рамках своєї приналежності до певного соціокультурного чи професійного співтовариства [86; 91; 93; 123; 139 та ін.]. При цьому психологічне благополуччя у професійній сфері є компонентом психологічного благополуччя в цілому та відображає ставлення особистості до професійних аспектів життя, виражає її життєву позицію у професійній сфері.

Під психологічним благополуччям у професійній сфері здебільшого розуміється інтегральне утворення, що включає усвідомлення цінності та смислу професійної діяльності, переживання позитивних емоцій та почуттів, пов'язаних із професією, та відносну відсутність негативних емоцій [42; 78;

181; 189 та ін.].

Інші автори визначають професійне щастя, як найвищий прояв професійної ідентичності. Професійна ідентичність у цій концепції спирається на позитивне ставлення людини до обраної професії як засобу самореалізації та самоактуалізації, що веде до відчуття благополуччя у професійній сфері. Професійне благополуччя та його суб'єктивне переживання також розглядається як результат професійної ідентичності та задоволеності діяльністю [79; 82; 101; 102 та ін.].

У науковій літературі зустрічається і поняття «професійне самопочуття», яке аналогічно до психологічного благополуччя розглядається крізь призму задоволеності, ставлення до себе та навколишньої дійсності, емоційної рівноваги в умовах професійної діяльності. Професійне самопочуття виконує регулятивну функцію у життєдіяльності суб'єкта та визначається як система суб'єктивних відчуттів, пов'язаних із певними поведінковими патернами [14; 15; 36 та ін.].

Благополуччя – це питання перцепції життя, суб'єктивного ставлення до ситуації та власних можливостей, відчуття самореалізації, затребуваності, реалізації свого потенціалу. Така операціоналізація феномену благополуччя, найбільш близька до професійної діяльності, оскільки найчастіше саме професійна діяльність, як провідний вид діяльності, надає можливість самореалізації, реалізації свого потенціалу, прояву власного Я стосовно різних професійних ситуацій.

Робоча група Всесвітньої федерації товариств анестезіологів з професійного благополуччя (PWWP) вважають, що професійне благополуччя – це усвідомлення задоволеності роботою, що збагачує цілісне відчуття життям. Знайти здоровий шлях вбудовування роботи у наше життя у такий спосіб, щоб забезпечити їх баланс і особисте задоволення фахівця, – означає підвищити загальне благополуччя [186].

Узагальнюючи погляди різних авторів, представлені у науковій літературі, можна виокремити деякі компоненти професійного благополуччя, якими автори тією чи іншою мірою описують цей феномен:

- емоційний компонент, що включає різні аспекти задоволеності діяльністю, відчуття щастя, настроїв, а також емоційну оцінку ставлення до себе чи навколишнього середовища, зовнішніх умов діяльності;

- когнітивний компонент, що включає ціннісно-сміслову орієнтацію: здатність особистості усвідомлено ставитися до обраної професії як до засобу самореалізації та самоактуалізації, ставити професійні цілі, бути автономною, налагоджувати позитивні міжособистісні відносини, зберігати емоційну рівновагу тощо;

- поведінковий компонент, що відображає мотиваційно-потребнісну орієнтацію, спрямованість та ступінь суб'єктної активності професіонала у пошуку можливостей для реалізації свого потенціалу, зміни навколишнього середовища під свої потреби або гнучкої адаптації до нього за потреби. Також поведінковий компонент включає інтерес до роботи, захопленість і «потоківий» стан.

Отже, у сучасній психології професійне благополуччя розглядається і як критерій професійної ідентичності та як характеристика діяльності, яка може свідчити про ступінь її прийнятності з погляду мотивів та установок особистості; як процес і стан, які інтегрально відображають життєву діяльність суб'єкта, її умови та результати, а також ставлення суб'єкта до результатів діяльності; як інтегральне утворення, що включає усвідомлення цінності та сенсу професійної діяльності, переживання позитивних емоцій та почуттів, пов'язаних з професією, і відносну відсутність негативних емоцій; як результат спрямованості фахівця на позитивне функціонування в умовах професійної діяльності, що досягнутий за допомогою саморозвитку особистісних якостей, результатом якого є переживання задоволеності її результатами (С. Fritz, J. Harter, С. Keyes, W. Schaufeli, F. Schmidt, P. Schreurs, S. Sonnentag, T. Taris, J. Van Horn та ін.) [111; 117; 178; 190 та ін.]. Різні

підходи до визначення поняття вказують на багатоплановість проблеми вивчення психологічного благополуччя у професійній сфері.

У зарубіжній психології одним із найвідоміших підходів до вивчення благополуччя у контексті професійної діяльності є модель професійного благополуччя П. Варра [192], яка була розроблена за аналогією з моделлю психологічного благополуччя К. Ріфф [172] та розглядає благополуччя не в цілому, а у контексті професійної діяльності, як зумовлене її умовами і змістом.

Вчений вважає, що структуру професійного благополуччя формують чотири первинні компоненти – емоційне благополуччя (*affective wellbeing*), прагнення до зростання та розвитку (*aspiration*), автономія (*autonomy*) та компетентність (*competence*), які потім узагальнюються в один інтегральний показник «загальне функціонування» (*integrated functioning*), що характеризує особистість професіонала загалом [193].

Викликають інтерес компоненти, що входять до групи первинних: прагнення до професійного зростання та розвитку, професійна автономія та професійна компетентність. Зазначені компоненти (прагнення до професійного зростання, професійна компетентність, професійна автономія – свобода професіонала регулювати власну діяльність) окремо є (необхідними) складовими професіоналізму людини як системної якості, а інтегральний показник, що формується на їх основі, названий дослідником «загальне функціонування», характеризує професійну особистість.

Особливу увагу автор приділяється такому компоненту, як емоційне благополуччя.

Зауважимо, що П. Варр [172] був першим, хто адаптував модель емоційного благополуччя з урахуванням контексту професійної діяльності (*job-related affective well-being*). За аналогією з двовимірною моделлю емоційного досвіду Дж. Рассела [169], модель професійного емоційного благополуччя включає класифікацію емоцій, пов'язаних із роботою, відповідно до таких характеристик, як «задоволення» (*pleasantness*) і «рівень

психічного збудження» (arousal). При цьому автор пропонує розглядати емоційне благополуччя, беручи до уваги не лише зміст, а й інтенсивність пов'язаних з діяльністю почуттів, відповідно до трьох ключових вимірів:

- 1) задоволення – відсутність задоволення;
- 2) комфорт – тривожність;
- 3) ентузіазм – депресія.

Слід також зазначити, що у моделі вісь «задоволення» вважається більш важливим параметром емоційного благополуччя, ніж вісь «збудження», тому форма моделі має еліптичну форму. Кінцеві точки осі «рівень психічного збудження» не помічені у модулі, оскільки, на думку автора, вона не є емпіричним індикатором загального рівня емоційного благополуччя і безпосередньо його не характеризує: її роль у моделі обумовлена тим, що ця вісь дозволяє розглядати відтінки проявів пережитих емоцій та почуттів.

Аналіз наукової літератури показав, що у дослідженнях емоційне благополуччя на робочому місці визначається і вивчається переважно у горизонтальній площині, тобто у діапазоні від «мені подобається» до «мені не подобається» [176; 177 та ін.]. При такому підході для діагностики використовують шкали задоволеності роботою, які передбачають оцінку ступеня згоди чи незгоди респондентів із низкою висловлювань, що описують їхнє ставлення до різних аспектів виконуваної роботи. Однак, відповідно до описаної моделі, такий підхід є неповним, оскільки розглядає лише одну площину емоційного благополуччя.

П. Варром була розроблена шкала для діагностики емоційного благополуччя (IWP Multi-Affect Indicator), яка у залежності від інструкції може бути використана як для оцінки емоційного благополуччя в цілому, так і для професійного благополуччя [193].

У версії для професійного благополуччя респондента просять оцінити, наскільки часто робота викликає у нього ті чи інші почуття протягом останніх двох тижнів.



Шкала відповідей включає шість позитивних (спокійний, задоволений, розслаблений, веселий, захоплений/повний ентузіазму, оптимістичний) і шість негативних почуттів (напружений, тривожний, неспокійний, пригнічений, сумний/наводить тугу, нещасний/похмурий), які дозволяють виміряти особливості емоційного благополуччя відповідно до осей «тривожність-комфорт» і «депресія-ентузіазм».

Використовуючи дані досить великої вибірки (N = 1686), автором була отримана факторна структура емоційного благополуччя у професійній діяльності, яка включає чотири самостійні фактори, що відповідають полюсам зазначених вище шкал.

Таким чином, у структурі емоційного благополуччя, зокрема в аспекті професійної діяльності, виділяються чотири категорії: позитивні та негативні емоційні стани, що характеризуються високим чи низьким рівнем збудження (ентузіазм, комфорт, тривожність, депресія).

Класифікація типів суб'єктивного благополуччя А. Бейкера [67] також може слугувати прикладом підходу, який часто згадується у зарубіжних наукових публікаціях стосовно виділення типів суб'єктивного благополуччя у професійній діяльності. Пропонується виділяти такі типи благополуччя: захопленість роботою, задоволеність роботою, вигоряння та трудоголізм [68].

Запропонована класифікація типів також є модифікацією моделі Дж. Рассела [169] і заснована на двох критеріях:

- 1) рівень задоволеності роботою (полюси осі представлені такими характеристиками, як «задоволення» і «відсутність задоволення»);
- 2) рівень активності, що демонструється людиною у професійній діяльності (полюси осі – висока та низька активність).

Багатовимірна модель професійного благополуччя, розроблена на основі узагальнення підходів К. Ріфф [172] та П. Варра [190], передбачає виділення таких компонентів благополуччя:

- емоційний компонент, який розглядається ширше, ніж просто сукупність емоцій різної модальності, і включає показники відсутності

емоційного виснаження, задоволеності роботою, а також організаційну лояльність/прихильність;

- когнітивний компонент, який показує рівень пізнавальної втоми і характеризує стан когнітивних функцій фахівця (наприклад, якою мірою він здатний сприймати нову інформацію або його здатність сконцентруватися на своїй роботі);

- поведінковий компонент, що включає два показника: якість міжособистісних взаємин (у тому числі з колегами по роботі) і відсутність ознак деперсоналізації (знеособленого або негативного ставлення до людей, з якими професіонал працює);

- мотиваційний компонент, який передбачає врахування таких критеріїв професійного благополуччя, як рівень автономності фахівця, його прагнення до професійного зростання та розвитку, наявність усвідомлюваних цілей та смислів виконуваної діяльності, а також рівень його професійної компетентності;

- психосоматичний компонент, що характеризує наявність або відсутність психосоматичних скарг, наприклад, головних болів та болів у спині (даний вимір було додано, оскільки численними емпіричними дослідженнями доведено тісний взаємозв'язок між соматичними скаргами та рівнем суб'єктивного благополуччя).

Результати конфірматорного факторного аналізу емпіричних даних, отриманих на досить великій вибірці вчителів ( $N = 1252$ ), показали, що професійне благополуччя – це багатовимірний конструкт, найбільший внесок у який роблять емоційний, мотиваційний і поведінковий компоненти [190].

Слід зазначити, що у наукових публікаціях значну увагу приділяють вивченню чинників, які впливають на професійний благополуччя (І. Бурлакова, Ж. Вірна, І. Жигаренко, Л. Калмикова, А. Кононенко, О. Лосієвська, Л. Онуфрієва, М. Панов, В. Скребець та ін.) [12; 13; 27; 35; 37; 151; 77; 78; 79; 80; 200 та ін.]. При цьому більшість дослідників спирається на традиції екологічного підходу до вивчення професійного стресу та здоров'я,

в основі якого лежить парадигма відповідності в системі «особистість – середовище». У цій парадигмі професійне здоров'я і благополуччя розглядаються як результат балансу між вимогами навколишнього середовища (фізичного, трудового, соціального) та наявними у фахівця ресурсами; при цьому акцент робиться на організаційні чинники та фактори, пов'язані з умовами та змістом діяльності.

Основні підходи до вивчення характеристик робочого середовища, які використовуються у дослідженнях професійного благополуччя у зарубіжній психології, – це модель вимог та контролю Р. Карасека (Job Demand-Control Model, JD-C, R. Karasek) [127; 128]; модель характеристик роботи Олдхем-Хакмана (Hackman-Oldham Job Characteristics Model) [115]; модель робочих вимог та ресурсів (The Job Demands-Resources model, JD R); модель дисбалансу зусиль та підкріплення І. Зіґріста (Effort-Reward Imbalance Model, ERI; I. Siegrist) [184; 185].

Незважаючи на різницю між даними підходами, всі описані моделі припускають наявність лінійного зв'язку між характеристиками діяльності та параметрами професійного благополуччя.

На відміну від них, у «вітамінній» моделі П. Варра висувається зворотна гіпотеза, тобто постулюється наявність нелінійного зв'язку між характеристиками професійного завдання та рівнем психічного здоров'я фахівця, у тому числі й його професійним благополуччям.

Ця модель описує дванадцять характеристик професійного середовища (середовищних детермінант), вплив яких на професійне благополуччя автор описує, проводячи аналогію з прийомом вітамінів [194]. Відомо, що вітаміни необхідні для підтримки фізичного здоров'я людини, а їх дефіцит може призводити до погіршення і навіть хвороби. Прийом вітамінних препаратів у певних дозах покращує фізичне здоров'я та самопочуття людини, але, при досягненні певного рівня, результативність їхньої дії не збільшується, навіть при збільшенні дозування (ефект плато).

Подальший прийом вітамінів може призводити до таких варіантів:

1) зі збільшенням кількості прийнятих вітамінів спостерігається так званий постійний ефект, тобто рівень фізичного здоров'я не покращується, але й не погіршується.

До характеристик професійного середовища, які мають аналогічний вплив на професійне благополуччя, належать, наприклад, рівень винагороди, фізична безпека, соціальний статус, кар'єрні перспективи та інші.

П. Варр [194] вважає, що рівень цих професійних характеристик вигідно збільшувати лише до певного моменту, після якого подальше їхнє підвищення не має сенсу, оскільки не дає жодних позитивних зрушень у рівні професійного благополуччя;

2) збільшення дозування (передозування) призводить до токсичної концентрації вітамінів в організмі, що, у свою чергу, погіршує здоров'я людини.

У моделі П. Варр описує шість характеристик роботи, що мають такий самий ефект на професійне благополуччя: можливість особистого контролю, різноманітність, зовні генеровані цілі, можливості використання навичок, ясність навколишнього середовища, можливості міжособистісних контактів. Іншими словами, після того, як досягається певний рівень, збільшення цих робочих характеристик матиме негативні наслідки для професійного здоров'я фахівця.

На відміну від зарубіжних досліджень, у вітчизняних публікаціях при розгляді чинників професійного благополуччя основна увага приділяється переважно особистісним характеристикам, а не детермінантам професійного середовища. У цих дослідженнях професійне благополуччя сприймається як задоволеність роботою і розглядається крізь призму загального психологічного благополуччя. Вчені розглядають структуру професійного благополуччя представників різних професій на різних стадіях професіоналізації та у різних умовах, а також розкривають структурні особливості суб'єктивного благополуччя [1; 2; 5; 6; 11; 17; 31; 37; 42 та ін.].

Наприклад, у сучасних вітчизняних дослідженнях представлені результати аналізу особистісних детермінант психологічного благополуччя педагогів. Вчені розглядають особистісні якості у континуумі «мотивуючі-стабілізуючі»: до мотивуючих детермінант, що характеризують спрямованість особистості на професійний саморозвиток та спонукають до самовдосконалення, належать такі характеристики, як самоцінність, відкритість, самоуправління, довіра власній інтуїції, психоенергетичний потенціал; до групи стабілізуючих детермінант психологічного благополуччя педагогів, які характеризують стійкість функціонування особистості та суб'єктний рівень її прояву, віднесено життестійкість, самоповагу, впевненість у собі, низьку внутрішню конфліктність та самозвинувачення, потребу «служити», кар'єрну стійкість (О. Бондарчук, С. Карсканова, О. Руденко та ін.).

У цих дослідженнях доведено, що наявність у фахівця даних якостей визначає спрямованість його активності на самовідновлення, саморозвиток та тривале ефективне функціонування у професії.

Зауважимо, що вивчення феномену професійного благополуччя відбувається у рамках пошуку зовнішніх чи внутрішніх умов позитивного функціонування особистості у професійній діяльності у контексті науково-прикладних напрямків сучасної психології. При цьому вивчення благополуччя у професійній діяльності здебільшого представлено дослідженнями різних аспектів професійного неблагополуччя: професійна деформація, професійне вигорання, професійний маргіналізм, девіантна поведінка [70; 97; 143; 147; 191 та ін.]. На наш погляд, такий підхід до проблематики професійного благополуччя не відображає повноти феномену, а вивчення цього конструкту необхідно проводити, насамперед, у рамках парадигми позитивної психології.

Водночас, аналіз наукових публікацій показує, що найчастіше вивчення психологічного благополуччя у професійній діяльності обмежується розглядом того чи іншого його аспекту. Наприклад, численні дослідження

задоволеності працею, захопленості роботою/залученості у роботу, що включають такі показники як енергійність, ентузіазм і діяльність. Також бібліографічний аналіз показує зростання популярності таких напрямів психологічних досліджень, як вивчення досвіду переживання стану потоку у професійній діяльності, різних аспектів інтринсивної мотивації, причетності до роботи, прихильності, лояльності, професійної ідентичності, професійного здоров'я, професійного самоствалення тощо [2; 9; 28; 38; 44; 45; 123; 139 та ін.].

Проте, усі перелічені феномени (як негативні, так і позитивні) відбивають лише одну чи кілька граней багатовимірного конструкту професійного благополуччя і не можуть повноцінно пояснити його. Цим зумовлена необхідність розкриття соціально-психологічних предикторів професійного благополуччя фахівців допомагаючих професій з позицій соціальної психології. Особливого значення дана проблема набуває для фахівців у галузі охорони здоров'я, які покликані надавати допомогу особам різних вікових груп і з різною патологією, являючи зразки конструктивної поведінки під час професійної діяльності й взаємодії.

На основі узагальнення наукових поглядів на зміст, структуру та моделі означеного конструкту, професійне благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я визначене як інтегральний показник їх позитивного функціонування (як індивіда, особистості, суб'єкта діяльності) у професійній сфері, що включає емоційний, когнітивний, поведінковий та діяльнісний компоненти, які характеризують ставлення фахівця до себе як до професіонала, до своєї професії, до професійного середовища та організаційного контексту у ньому.

При цьому емоційний компонент обумовлює задоволеність фахівців у галузі охорони здоров'я професійною діяльністю, а також емоційні складові їх самооцінки та ставлення до професійного середовища; здатність до збереження емоційної рівноваги; когнітивний компонент містить ціннісно-сміслові орієнтації цих фахівців, їх усвідомлене ставлення до професії як до засобу самореалізації; поведінковий компонент відбиває спрямованість

фахівців у галузі охорони здоров'я на пошук можливостей для реалізації власного індивідуального ресурсу, диференційований підхід до вибору форм адаптації у професійному середовищі, а також здатність до автономії; діяльнісний компонент включає спрямованість цих фахівців на підвищення професійної компетентності та власної ефективності і отримання від цього задоволення; здатність до налагодження позитивних відносин у професійній групі.

Отже, проведено аналіз зміст, структури і моделей конструкту професійного благополуччя у сучасній психології, що відтворюють загальне уявлення про основні питання, пов'язані з цим конструктом. У той час як західні дослідники досить давно виявляють інтерес до проблеми професійного благополуччя (дослідження благополуччя наразі є мейнстримом не тільки у психології професійного здоров'я, а й у психології праці та у соціальній психології), у вітчизняній психології ця проблема лише набуває популярності.

## **1.2. Методологічні проблеми вивчення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я у векторі їх професійного розвитку**

Проведений аналіз наукової літератури показав, що вивчення когнітивних аспектів професійного розвитку фахівця відстає від інших аспектів і мають місце певні методологічні прогалини. У цьому зв'язку слід виокремити дві взаємопов'язані проблеми: проблему факту та проблему предмету, недостатнє вивчення яких гальмує розробку питань професійного розвитку особистості фахівця у галузі охорони здоров'я, зокрема у векторі його професійного благополуччя.

З'ясовано, що питання, пов'язані з особистістю фахівця та його професійним розвитком зберігають високий рівень актуальності у сучасній психології. Проблема професійного розвитку особистості фахівця одна з найбільш значущих у галузі психологічної науки. Зокрема, відзначається, що актуальною проблемою на сучасному етапі розвитку психології професійного

становлення та реалізації особистості фахівця є розробка, уточнення та конкретизація її понятійного апарату [4; 12; 14 та ін.].

Особливу гостроту цій проблемі надає той факт, що у психології професійного становлення використовується велика кількість понять, запозичених із інших галузей психології, які, за своїм обсягом та змістом, не повністю відповідають її предмету.

Слід звернути увагу на те, що дослідники не обмежуються констатацією ситуації, яка склалася, а аналізують її і ставлять питання про причини, що вплинули на недосконалість концептуального апарату психології професійного становлення. Так, вказується на те, що психологія професійного становлення формувалася на перетині різних галузей психології, відвойовуючи у них зміст і цілісність свого специфічного предмету, компоненти якого були розташовані у них у вигляді окремих елементів. Крім того, загальна теорія психології професійного становлення розроблялася і продовжує розроблятися фахівцями різної концептуальної спрямованості: одні дослідники орієнтуються на психологію розвитку, інші – на психологію праці та організаційну психологію, треті – на психологію життєвого шляху, четверті – на психологію кадрового менеджменту тощо [9; 11; 17; 46 та ін.].

Загалом із цією констатацією можна погодитися. До вищевикладеного можна додати, що у методологічному плані понятійний апарат опрацьований недостатньо. Тому слід зупинитися на аналізі двох методологічних проблем, які є загально-психологічними, але їхня невирішеність позначається і на дослідженнях та розробках у галузі соціальної психології.

Слід вказати ще на одну характерну особливість досліджень з професійного розвитку особистості фахівця. Існує явна невідповідність між кількістю досліджень, присвячених професійному розвитку у різних «вимірюваннях»: особистості, діяльності та свідомості. При цьому розвиток свідомості у професійному становленні фахівця вивчено найменше, ніж інші сторони. Забігаючи наперед, відзначимо, що причина може полягати у тому, що поняття свідомості (при багатовікових традиціях дослідження та



накопиченому досвіді) не є досить конструктивним і, можливо, варто використовувати інше поняття.

Вчені відзначають, що у сучасній психологічній літературі має місце стійка недооцінка ролі методологічних аспектів психологічного знання загалом. Як приклад наводиться проблема психологічного факту [9; 27; 38; 39 та ін.].

Термін «факт» активно використовується у сучасній психології, що є абсолютно природним, оскільки психологія позиціонує себе як емпірична дисципліна. Не підлягає сумніву, що ставлення до фактів на різних етапах розвитку психології істотно різнилося.

Наукова психологія заявила про себе як про емпіричну дисципліну, науку «про факти». Відіграв свою роль і позитивізм, у якому факт був одним із ключових понять. На авансцену наукової психології «факт» вийшов у тих версіях психології, які використовували суб'єктивний метод. Незабаром виявилось, що для отримання справжнього факту (тобто відповідного очікуванням дослідника), стихійного самостереження недостатньо; необхідне виконання спеціальних процедур, що дозволяють зафіксувати саме те, що необхідно [27].

У школі В. Вундта, у Вюрцбурзькій школі, у Корнеллі, у Тітченера використовувалися спеціальні процедури, що дозволяли виокремлювати ті аспекти досвіду, які вважалися значимими у цій школі. Відзначимо принципову відмінність: у напрямках, які дотримувалися об'єктивного підходу, проблемі факту традиційно відводили значно меншу увагу. Ця обставина важлива розуміння того, чому у деяких психологічних напрямках проблема факту не привертала пильної уваги дослідників. Для теми нашого дослідження важливо наголосити, що у психології проблема факту була популярна, оскільки опосередкований метод, який був основним у психологічному дослідженні, був об'єктивним. Якщо у психології проблемі факту «не пощастило», то на основних ролях вона опинилася у філософських напрямках, насамперед тих, що продовжували традиції позитивізму.

Через логічний позитивізм проблема факту, як предмет дослідження, потрапила у філософію науки, де успішно та продуктивно розроблялася

багатьма дослідниками. У вітчизняній філософії проблема факту виявилася значною мірою витісненою з дослідницького простору категоріями явища та сутності, співвідношенням емпіричного та теоретичного рівнів пізнання [27; 39 та ін.].

Отже, звернемося до психології та спробуємо з'ясувати, у чому саме полягає проблема факту. Факт у повсякденному смислі є синонімом поняття істини, тобто знання, достовірність якого безсумнівна, у вужчому смислі – результат спостереження (у тому числі вимірювання) і експерименту, що не допускає декількох тлумачень. Підкреслимо, що у сучасній психології відсутні спеціальні дослідження, присвячені факту у психології. Цей момент вартий акцентування, оскільки виявляється, що структура психологічного факту, яка відбиває специфіку психологічного дослідження, по суті не розкрита. Це стосується й зарубіжних психологічних досліджень.

Так, у розумінні природи факту у сучасній філософії науки виділяються дві основні тенденції: фактуалізм та теоретизм. Ці тенденції є однією з форм прояву дилеми емпіризм – раціоналізм. Якщо перша підкреслює незалежність і автономність фактів стосовно різних теорій, то друга стверджує, що факти повністю залежать від теорії та зі зміною теорій відбувається зміна всього фактуального базису науки [9; 27; 59 та ін.].

Вчені справедливо зазначають, що наразі все більше поширюється переконання у тому, що невірним є як абсолютне протиставлення фактів теорії, так і повне їхнє розчинення у теорії. Факт є результатом активної взаємодії суб'єкта пізнання з об'єктом і має складну структуру, одні елементи якого детермінуються теорією і, отже, залежать від неї, інші пов'язуються з особливостями пізнаваного об'єкта [27; 39 та ін.].

Залежність фактів від теорії виявляється у тому, що теорія формує концептуальну основу фактів: виділяє досліджуваний аспект реальності, задає мову, якою описуються факти, детермінує засоби та методи експериментального дослідження.

У той же час, отримані результати експерименту чи дані спостереження визначаються властивостями досліджуваних об'єктів. Вони заповнюють змістом концептуальну схему. Таким чином, науковий факт, маючи

теоретичне навантаження, у той же час, зберігає автономність по відношенню до теорії, адже його зміст не залежить від неї. Саме завдяки цій відносній незалежності факти здатні суперечити теорії та стимулювати розвиток наукового пізнання.

Дослідники розвивають нові уявлення про науковий факт як про деяке складне ціле, що складається з декількох елементів, пов'язаних певними відносинами: можна констатувати, що науковий факт включає три компоненти: лінгвістичний, перцептивний і матеріально-практичний, кожен із яких однаково необхідний для існування факту. Ці компоненти факту тісно пов'язані між собою, і їх поділ призводить до руйнування факту. Вчені наводять досить докладну характеристику компонентів факту. Будь-який факт, перш за все, пов'язаний з деякою пропозицією – лінгвістичним компонентом факту. Лінгвістичний компонент, очевидно, необхідний. Другим компонентом наукового факту є перцептивний компонент, під яким мається на увазі певний чуттєвий образ або сукупність чуттєвих образів, включених у процес встановлення факту. Перцептивний компонент також потрібний. Це зумовлено тією обставиною, що всякий природничий факт встановлюється шляхом звернення до реальних речей і практичних дій з цими речами. Контакт із зовнішнім світом здійснюється лише за посередництвом органів почуттів. Тому встановлення будь-якого наукового факту неминуче пов'язане з чуттєвим сприйняттям і перцептивна сторона є необхідно мірою у кожному факті. Не настільки очевидно є наявність у факті третього, не менш важливого компонента – матеріально-практичного. Під матеріально-практичним компонентом факту вчені мають на увазі сукупність приладів та інструментів, а також сукупність практичних дій із цими приладами, навички, вміння, що використовуються під час встановлення факту [9; 26; 27; 38; 39; 59 та ін.].

Для психології, можливо, більш важливим є те, що факт (принаймні факт психологічний) має не тільки горизонтальну, а й вертикальну побудову. Іншими словами, психологічний факт має рівневу будову.

Як свідчать положення когнітивної методології, сприйняття факту завжди визначається передтеорією дослідника. Якщо йдеться про іншу

людину, то очевидно, сприйняття факту визначається релевантним сегментом її професійного досвіду.

Таким чином, проблема факту виводить нас на глобальні питання професійної свідомості.

У цьому зв'язку нагадаємо характеристику передтеорії, оскільки вона є надзвичайно важливою для розуміння психологічної структури факту.

Передтеорія є комплексом вихідних уявлень вченого, що є основою для проведення емпіричного (і навіть теоретичного) психологічного дослідження. Передтеорія, таким чином, передує теорії, як результату дослідження, так і власне емпіричному дослідженню. Передтеорія має складну детермінацію (освіта дослідника, наукові традиції, ідеали науковості тощо). Можливим є опис структури передтеорії: проблема, «опредметнення» проблеми, базова категорія, моделююче уявлення, ідея методу, яка пояснює категорію, спосіб (вид) пояснення.

У структурі факту можна виділити такі рівні: ідеологічний, предметний, процедурний. Ідеологічний рівень пов'язаний з трактуванням предмету психології, предметний і процедурний, відповідно, – з базовою категорією та моделюючими уявленнями. Наприклад, класичне дослідження М. Вертгеймер «фі»-феномена [197]. Іноді зауважують, що стробоскопічний ефект був відомий раніше, факт не був новим. Це правильно, але лише стосовно процедурного рівня. Цінність цього наукового факту – в ідеологічному та предметному рівнях. На предметному рівні було доведено цілісність гештальту («видимого руху»), на ідеологічному М. Вертгеймер [197] показав наявність феноменального поля. Тому рівневе трактування факту відкриває нові перспективи у наміченому напрямку.

Інтеграція структурного та рівневого підходів до аналізу факту можлива, але є самостійним дослідницьким завданням. Зазначимо, що таке трактування факту дозволяє по-новому вирішити низку традиційних психологічних проблем і пояснити відомі факти: чому різними вченими одні й ті самі факти сприймалися і оцінювалися принципово по-різному. З розглянутої вище позиції відповідь очевидна: у цих випадках факти

сприймалися так тому, що виявилися по-різному теоретично навантаженими, оскільки оцінювалися з позиції різних передтеорій.

Отже, попередній аналіз проблеми факту свідчить, що психологічний конструкт «факт» потребує спеціального методологічного опрацювання. Цей момент є ключовим для організації подальшого дослідження.

Оскільки для розуміння факту важлива відповідна передтеорія, то слід зрозуміти, як відбувається ця інтерпретація. Таким чином, актуальним постає дослідження більш загальної структури, в яку включені різного роду передтеорії, що є у того чи іншого суб'єкта. У цьому випадку логічно говорити про професійну свідомість, в якій мають бути представлені такі структури.

Вченими-психологами досліджено багато різних видів професійної діяльності, зокрема, виявлено інформаційну основу багатьох видів діяльності [1; 59 та ін.]. Не можна не відзначити й те, що вивчення професійної свідомості пов'язане з великими проблемами. Як видається, у цьому векторі більш конструктивно розглядати питання, що обговорюються в іншому контексті. Йдеться про поняття внутрішнього світу фахівця, а стосовно нашої проблематики – про внутрішній світ фахівця у галузі охорони здоров'я. Усвідомлюючи складність майбутнього завдання, ми започаткували емпіричне дослідження прогностичних параметрів (предикторів) їх професійного благополуччя.

У цьому аспекті надзвичайно важливим представляється розуміння предмету психології як рівневого утворення. Вченими сформульовано вимоги до трактування предмету, виявлено основні функції, які предмет науки покликаний виконувати [27; 39 та ін.]. Проте, натомість, є аспекти проблеми предмету, які не отримали необхідної розробки. До таких значимих аспектів проблеми предмету психології належить концепт «сукупний предмет». Сукупний предмет, безсумнівно, є похідним від реального предмету, що характеризує сутність розуміння психічного, але разом із тим виконує найважливішу функцію визначення просторів психічної реальності. Іншими словами, сукупний предмет визначає собою рамки та межі психології.

Слід наголосити, що це найважливіше для психології питання. Справа в тому, що предметний простір психології має бути цілісністю, що дозволяє організувати конструктивну дослідницьку роботу і далеко не кожне широке психологічне поняття може претендувати на те, щоб являти собою сукупний предмет. Прикладом визначення сукупного предмету психології може бути «свідомість», коли причини невдач цього дослідницького шляху часто залишаються без методологічного аналізу [27; 150 та ін.]. Проблема в тому, що свідомість фахівця явно не є цілісністю, здатною до «саморуху». Як відомо, межа між свідомим і несвідомим вкрай нечітка, що провокує дослідників на з'ясування де цей кордон, і як вони (свідоме та несвідоме) мають співвідноситися. З фрейдівських часів відомо, що наявність передсвідомого робить цю межу принципово пухкою, а протиставлення свідомого та несвідомого призводить у глухий кут, адже свідомість – не та цілісність, на якій можна конструктивно будувати науку [62; 109 та ін.]. Зазначимо, що ситуація ускладнюється, коли сукупний предмет психології виявляється відірваним від його фізіологічної основи (як відбувається у випадку зі свідомістю). Стійке бажання співвіднести свідомість і мозок упирається у відомі варіанти вирішення психофізіологічної проблеми, що абсолютно не просуває до розуміння законів психіки, які дослідника цікавлять насамперед.

Звернення до трактування предмету психології як внутрішнього світу дозволяє задовільно вирішити ці проблеми, адже людину можна розглядати одночасно як природний об'єкт, індивідуальність, а з іншого боку, як особистість, яка має внутрішній світ, який характеризується через його зміст і через ті взаємодії, в які треба вступити зі світом, щоб дозволити йому розкритися. Біологічною основою, що реалізує структуру внутрішнього світу, є функціональна система поведінки, в якій виділяються та морфологічно фіксуються відділи нервової системи людини, і, насамперед, головного мозку. І якщо внутрішній світ людини може існувати відносно самостійно від зовнішнього світу, то він не може бути відокремлений від людини [38; 120; 150 та ін.].

Внутрішній світ виникає через сприйняття суб'єктом його потреб і переживань, й у подальшому своєму існуванні він невіддільний від потреб і переживань фахівця. Проживання життя (з внутрішньої сторони) і є потік змін внутрішнього світу, у кожен момент життя вплетений у реальні дії та вчинки, що забезпечує ці дії та вчинки. Отже, можна зробити висновок, що внутрішній світ – це потребнісно-емоційно-інформаційна субстанція, яка представляє внутрішній світ.

Зазначимо, що розвиток психології вбачається у використанні категорії внутрішнього світу фахівця як предмету сучасної психології. На нашу думку, це дає можливість здійснити дослідження внутрішнього світу фахівця та світу його професійного життя. Можливість використання загальних законів функціонування та розвитку внутрішнього світу, численних закономірностей, встановлених у психологічних дослідженнях внутрішнього світу, створює, на наш погляд, методологічні основи для визначення соціально-психологічних чинників та критеріїв професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

У зв'язку з цим спочатку розглянемо чинники, що детермінують стан психологічного благополуччя та перейдемо до виділення чинників та критеріїв, за допомогою яких можна оцінити рівень професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

Відповідно до основних підходів до розуміння благополуччя виділяють чинники досягнення значущих цілей та успішної соціалізації у гедоністичному підході; та чинники самореалізації, осмислення життя, усвідомлення своїх цілей, здатності до співпереживання – в евдемоністичному підході [195; 196]. Такий розподіл чинників до вивчення благополуччя відбиває модель потреб А. Маслоу [144].

Докладний аналіз чинників благополуччя, представлених у науковій літературі, показав, що можна виокремити три групи чинників.

До першої групи належать зовнішні чинники – це здоров'я, сімейний стан, культура, соціальна ситуація розвитку (у тому числі умови соціальної ситуації розвитку у певні періоди дорослішання), обставини життя, демографічні фактори, політика та ін.

До другої групи можна віднести такі чинники: стать, темперамент, задатки, когнітивні особливості, особливості сприйняття та ін. У цьому аспекті вчені виділяють базові рівні афективного та когнітивного благополуччя, емоційну реактивність, когнітивну переробку емоційної інформації, обставини життя. До цієї групи належить й фактор когнітивної діяльності особистості фахівця: зіставлення поточного досвіду та інтерналізованих стандартів.

Третя група – внутрішньоособистісні чинники, зумовлені впливом ціннісно-сислової та мотиваційно-потребнісної системами особистості. До третьої групи належать такі чинники як цінності, установки, спрямованість, життєвий досвід, усвідомленість, система відносин та оцінок себе та навколишнього середовища, орієнтація на досягнення цілей, здатність до адаптації та психічної рівноваги, стійкості тощо. До цієї ж групи чинників також належать настрій, як основа домінуючого стану, міжособистісні відносини та, навпаки, соціальна ізоляція, депривація, напруженість у значних міжособистісних зв'язках; групові цінності та встановлення системи суб'єктивних оціночних відносин до зовнішнього світу та до самого себе, яка визначається внутрішнім досвідом особистості; стратегії поведінки особистості у значущих ситуаціях; часова перспектива та наявність цілей у майбутньому, реалізація планів у теперішньому (А. Маслоу) [144]; тип каузальної орієнтації (М. Лінч) [140]; різниця між актуальним та ідеальним психологічним благополуччям; самоставлення; спрямованість особистості на позитивне функціонування; оптимізм.

Розглядаючи феномен професійного благополуччя крізь призму психологічного благополуччя, звернемося до класифікації чинників у контексті професійної діяльності фахівців у галузі охорони здоров'я.

Група зовнішніх чинників має на увазі позаособистісні чинники, такі як стать, вік, міжособистісні відносини, що склалися в колективі; організаційні чинники, до яких належать різні умови професійної діяльності (рівень заробітної плати, близькість розташування, ергономічність робочого простору та фізичні чинники професійного середовища, стиль керівництва, справедливість, психологічний клімат у колективі, тип організаційної



культури, корпоративні традиції тощо); особливості професійної діяльності, які детермінують відчуття благополуччя у вигляді суб'єктно-оцінного ставлення особистості до них, що відбивається на відчутті задоволеності професійною діяльністю.

Однак, за деякими оцінками, внесок зовнішніх чинників у рівень благополуччя не перевищує 8-15%; безпосередньо матеріальний дохід відіграє роль чинника до певного порогового рівня благополуччя, що задовольняє базові потреби [144; 163 та ін.]. Вивчення впливу зовнішніх чинників слід вважати недостатньо інформативними, оскільки зовнішні чинники діють на переживання благополуччя через суб'єктивне сприйняття і суб'єктивну оцінку, які у свою чергу обумовлені взаємодією всіх сфер життєдіяльності.

На рівні психологічних чинників йдеться про темперамент, задатки та здібності, стійкі риси, емоційну спрямованість, здатність до адаптації та психічної рівноваги, стійкості фахівця тощо.

Як показав проведений аналіз, увага дослідників найчастіше зосереджена на екстраверсії та нейротизмі, а також на індивідуальних відмінностях особистості фахівця: базові рівні афективного та когнітивного благополуччя, емоційна реактивність, когнітивна переробка емоційної інформації. Суб'єктивні переживання ситуацій не конгруентні рисам характеру, тобто останні неоднозначно детермінують суб'єктивне благополуччя та їх необхідно розглядати у контексті зовнішніх чинників. Наприклад, за одних і тих самих зовнішніх обставин інтроверти можуть почуватися більш благополучними, ніж екстраверти, хоча вважається, що екстраверсія є фактором благополуччя.

Можна зробити висновок, що темперамент, обставини життя та інші індивідуально-типологічні особливості впливають на благополуччя по-різному, залежно від ціннісних орієнтацій, смислових структур та мотиваційно-потребнісних особливостей фахівця у галузі охорони здоров'я.

Міжособистісні чинники можна віднести до одних із основних чинників професійного благополуччя фахівця у галузі охорони здоров'я, оскільки здебільшого вони є необхідною умовою успішного виконання

професійних обов'язків. Ми розглядаємо їх як здатність налагоджувати контакти, ефективно взаємодіяти з в умовах професійної діяльності тощо. Різні труднощі у міжособистісних відносинах помітно погіршують психологічний стан, внаслідок того, що міжособистісні взаємодії виступають як основні ланки у соціальній адаптації особистості фахівця.

Рівень суб'єктивних чинників включає емоційний стан фахівця і такі особливості когнітивної сфери як цінності, установки, усвідомленість, систему відносин і оцінок себе та навколишнього середовища, спрямованість, орієнтацію на досягнення професійних цілей та ін.

У контексті професійної діяльності фахівців у галузі охорони здоров'я слід виокремити такі чинники: переживання можливості реалізації власного потенціалу, суб'єктивну позицію, цінності та значущі мотиви; ставлення до виконуваної роботи, до колег, до керівництва, до умов діяльності (матеріальних і нематеріальних), предмета і суб'єкта діяльності, до організаційної культури і цінностей організації, до вимог, до результатів своєї діяльності тощо.

До системи смислових утворень особистості фахівця належить професійне самовизначення, уявлення про себе як професіонала та самоставлення, ієрархія професійних та загальних цінностей та їх комбінація, ціннісно-смислові утворення професіонала, смислова визначеність у діяльності, професійна ідентичність [120 та ін.].

Дослідники наголошують на важливості наявності певних професійно значущих якостей та їх впливу на продуктивність та рівень професійних досягнень, на саморегуляцію та самодетермінацію професійного становлення, а також на професійну спрямованість особистості, прийняття професії як особистісно значущої. Крім того, вчені виділяють як чинники професійного благополуччя – можливість реалізації цінностей у професії, сумісність цінностей професійних завдань із цінностями особистості фахівця та можливість інтеріоризації організаційних цінностей [5; 6; 11; 44; 46; 47; 59; 120 та ін.].

У зв'язку з цим, зазначимо поза класифікацією декілька чинників, які важко віднести до тієї чи іншої групи. Так, для особистості фахівця у галузі

охорони здоров'я та його професійного благополуччя велике значення мають професійно важливі та професійно значущі якості особистості: знання, уміння, навички, здатність прийняття рішень (з урахуванням умов професійного середовища), що сприяють розвитку професіоналізму, досягненню професійних цілей та завдань, позитивному спілкуванню з колегами, суб'єктності у професійній діяльності.

Отже, розглянуто найважливіші соціально-психологічні чинники професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я. Сукупний вплив цих чинників у напрямі позитивної активності та функціонування особистості фахівця в умовах професійної діяльності забезпечує стійке відчуття професійного благополуччя. При цьому необхідно враховувати, що організаційні чинники впливають на стан професійного благополуччя через систему суб'єктивних оціночних суджень і систему відносин особистості фахівця, а вплив індивідуально-типологічних чинників також обумовлений ціннісно-сисловою надбудовою та мотиваційно-потребнісною спрямованістю особистості. Крім того, система переконань фахівців може впливати на їх саморегуляцію, тобто на здатність контролювати свої дії, емоції та думки, реагувати на виклики навколишнього середовища та досягати своїх професійних цілей, що загалом впливає на їх професійне благополуччя.

Слід зазначити, що у роботах, присвячених вивченню професійного благополуччя, спостерігається відсутність чіткої межі між критеріями, що виділяються, і чинниками. Часто можна бачити як один і той же показник розглядається і як критерій благополуччя, і як фактор, що впливає на нього. Наприклад, благополуччя вимірюється за допомогою показників тривожності, самоствалення, особистісних якостей (товариськість, екстраверсія, агресивність та маскуліність), а також за допомогою визначення структури смислів та ціннісних пріоритетів, що реалізуються. Перелічені критерії в інших роботах відносяться дослідниками до чинників благополуччя. Ще один приклад: самоактуалізація представляється як детермінанта психологічного благополуччя, і, водночас, суб'єктивне благополуччя розглядається як детермінуючий чинник самореалізації на

певних рівнях розвитку особистості. Однак найчастіше самоактуалізація виступає критерієм оцінки благополуччя (А. Маслоу, К. Ріфф та ін.) [144; 172]. Аналогічна ситуація спостерігається і у такому випадку: позитивні міжособистісні відносини (уміння, бажання та прагнення налагоджувати позитивні відносини), наявність ясних цілей, самоствавлення відносять як до чинників, так і до критеріїв, наприклад, у моделі психологічного благополуччя К. Ріфф [172] або у концепції благополуччя (Т. Рат, Д. Хартер) [163].

Аналіз наукових публікацій показав, що у більшості робіт присутнє виділення двох груп показників благополуччя: об'єктивні та су'б'єктивні критерії.

До об'єктивних критеріїв належать успішність, здоров'я, матеріальний достаток; рівень стресу та емоцій, виміряних за допомогою фізіологічних показників, які показують феномен благополуччя, як стан фахівця на даний момент часу: серцебиття, артеріальний тиск, рівень кортизолу, цукру, холестерину та тригліцеридів, розширення/звуження зіниць, потовиділення та ін. (Т. Рат, Д. Хартер) [163]. Однак вимірювання таких об'єктивних показників на робочому місці провести досить складно, оскільки це пов'язано з низкою організаційних проблем.

Критерії благополуччя за своєю природою є, передусім, суб'єктивним – переживання благополуччя значною мірою обумовлено особливостями системи відносин особистості. У більшості досліджень у галузі благополуччя критеріями оцінки виступають суб'єктивні показники переживань, що відображають відчуття, стан, ступінь і знак емоцій, або особливості/якості особистості (когнітивні, ціннісно-сміслові, поведінкові), і пов'язані з позитивним функціонуванням особистості та відображають систему її відносин.

Для того, щоб виділити критерії оцінки професійного благополуччя, слід звернутися до психологічних досліджень у галузі психологічного благополуччя, і перш за все у професійній сфері. Розглянемо групи критеріїв, виділених під час аналізу емпіричних досліджень [91; 93; 123; 139; 181; 187; 189 та ін.].

До першої групи увійшли критерії оцінки емоційного стану: задоволеність життям/роботою та її різними аспектами: відносинами на роботі з колегами та ставленням із боку керівництва, умовами праці, результатом роботи, професійним зростанням та можливостями, що надаються установою тощо; а також захопленість, залучення, «потоківий» стан як стани, що характеризуються приємними емоціями під час роботи.

Що стосується професійної сфери, то задоволеність професійною діяльністю, як показник загального емоційного відчуття, є найбільш вагомим корелятом благополуччя і найчастіше зустрічається як критерій оцінки професійного благополуччя. Ми дотримуємося погляду, що психологічне благополуччя не зводиться лише до задоволеності (як і представлено у більшості вітчизняних робіт) і не може бути оцінено лише за допомогою цього критерію. Задоволеність професійною діяльністю, як критерій оцінки професійного благополуччя, неспроможний повноцінно розкрити структуру цього конструкту і є малоінформативним з погляду як діагностики стану благополуччя, так і психотерапевтичної практики.

Друга група включає критерії оцінки рис і властивостей темпераменту особистості. Дослідники оцінюють рівень вираженості тих характеристик, які, на їх думку, є критеріями оцінки позитивного функціонування особистості. Наприклад, екстраверсія, відкритість досвіду, доброзичливість та ін.

До цієї групи також належать такі маркери оцінки як позитивне функціонування, саморозвиток, усвідомленість сильних та слабких особистісно-професійних якостей, рефлексія, баланс спрямованості на себе та на інших, самоповага, впевненість у собі, життєстійкість, емоційна рівновага, позитивне ставлення до себе та до оточуючих, потреба бути їм корисним, внутрішня конфліктність, самозвинувачення; оцінка суб'єктом своєї успішності; здатність до подолання тенденцій, що деформують особистість (Н. Волянюк, Г. Ложкін та ін.) [14; 15; 36 та ін.]; відповідність потреб, професійно важливих якостей та індивідуальних особливостей характеру фахівця, професійним вимогам [65]. Окремо зазначимо в якості

критерію оцінки самореалізацію у професійній сфері (А. Аргайл, І. Бонівелл, А. Маслоу, К. Ріфф) [65; 81; 144; 172 та ін.].

З погляду структури феномену благополуччя особливий інтерес представляє наведена вище 6-компонентна модель психологічного благополуччя К. Ріфф [172], у якій критеріями оцінки виступають якості особистості та їх вираженість: автономність і незалежність від оточуючих, здатність слідувати власним переконанням; контроль над докільціям та здатність змінювати обставини, а також, за необхідності, швидко адаптуватися до зовнішніх умов; особистісне зростання та зацікавленість у реалізації власного потенціалу, почуття безперервного розвитку та самореалізації; позитивне ставлення до інших та почуття задоволення від спілкування, турбота та довіра; життєві цілі, як показник свідомості та наявності цілей, що надають життю смисл; самоприйняття як показник ставлення до себе та до свого минулого. Модель К. Ріфф особливо цікава тим, що кожен із шести компонентів може мати свій рівень вираженості, який визначає індивідуальну структуру психологічного благополуччя [172; 173; 175].

Слід наголосити на необхідності сукупного виміру різних аспектів професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я: на рівні одиничних елементів (когнітивних, конативних та емотивних), узагальнених компонентів як сукупності одиничних, що утворюють комплексний показник, та інтегральних характеристик, що виражаються у загальному емоційному фоні самопочуття (наприклад, баланс позитивного та негативного афекту). Однак більшість дослідників віддають перевагу лише методикам оцінки інтегрального показника суб'єктивного самопочуття та обмежуються загально-діагностичними методиками, а критеріями психологічної оцінки благополуччя у професійній діяльності здебільшого називають задоволеність роботою, залученість до роботи, а також психологічне благополуччя. При цьому спостерігається недостатність діагностичних інструментів професійного благополуччя як самостійного феномену.

### **1.3. Сучасні підходи до підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я**

Як зазначалося вище, проблема психологічного забезпечення професійного благополуччя складна та недостатньо досліджена. Потребують уваги питання розробки, реалізації та оцінки ефективності організаційних програм втручання, метою яких є підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

У вітчизняній психології нами знайдено поодинокі роботи, в яких робиться спроба відповісти на питання про те, як може бути покращене суб'єктивне чи психологічне благополуччя у контексті професійної діяльності (П. Білецький, А. Борисюк, В. Бочелюк, І. Жигаренко, Л. Пілецька, О. Шевяков та ін.) [1; 3; 4; 7; 8; 9; 40; 41; 59; 77; 78; 79; 80; 82; 83; 84; 158; 200 та ін.]. Тому ми наведемо огляд основних підходів до покращення професійного благополуччя фахівців, описаних переважно у зарубіжних дослідженнях.

Підхід до покращення професійного благополуччя фахівців, заснований на вивченні сильних сторін особистості (Strength-based Approach to Enhancing Well-Being) заснований на тому, що рівень суб'єктивного чи психологічного благополуччя пов'язаний з наявністю у фахівця тих чи інших сильних сторін характеру (позитивних ресурсів особистості), знаходить обґрунтування та емпіричне підтвердження у низці теорій [153 та ін.].

Наразі найбільш популярним та широко представленим у науковій літературі є підхід до розробки програм покращення професійного благополуччя фахівців, який спирається на основні теоретичні та методологічні положення позитивної психології, розроблений М. Селігманом та К. Петерсоном [156; 161]. Так, наприклад, на сайті інституту дослідження сильних сторін характеру (Institute on Character) представлена програма онлайн-навчання для фахівців, які працюють з персоналом (коучі,

консультанти та ін.), метою якої є розвиток навичок використання цього підходу для покращення професійного благополуччя фахівців.

Програма включає також знайомство з психодіагностичним опитувальником «Цінності в дії», який дозволяє вивчати свідомі уявлення респондентів про свої особистісні переваги.

Розробка програм розвитку сильних сторін особистості, як основа покращення психологічного благополуччя у професійній діяльності, також може спиратися на модель дослідницького центру Геллапа (Gallup). Модель ґрунтується на ідеях засновника центру – американського психолога Д. Кліфтона. Сильна сторона операціоналізується у цій моделі як здатність фахівця послідовно отримувати близькі до ідеальних результати у певній сфері професійної діяльності.

При цьому ключовим фактором у процесі розвитку сильних сторін особистості фахівця є виявлення так званих домінуючих талантів, які визначаються як найбільш природні для нього моделі мислення, відчуття та поведінки, які можуть бути використані у професійній діяльності з найбільшою віддачею.

Основна ідея полягає у тому, що для перетворення талантів на сильні сторони фахівцю необхідно докладати зусиль для їх розвитку та подальшого вдосконалення, і установа, в якій він працює, може у цьому допомогти, включаючи у практику управління персоналом розроблені центром інструменти [117].

Так, наприклад, центр надає консультативну допомогу організаціям та установам у розробці комплексного підходу до покращення професійного благополуччя її співробітників, що включають: індивідуальні консультації для співробітників, лінійних керівників; організацію робочих нарад, спрямованих на виявлення потенціалу зростання робочих груп; розробку навчальних програм (зокрема e-learning); підготовку сертифікованих коучів (Gallup-Certified Strengths Coach).



За даними дослідження, проведеного Інститутом Геллапа, лише 20% співробітників установ та організацій займаються на роботі тим, що відповідає сильним сторонам їхньої особистості.

Отже, існує потужний потенціал зростання, який може бути використаний не тільки для покращення продуктивності, але й для підвищення професійного благополуччя фахівців. У зв'язку з цим перспективним вбачається розвиток організаційних програм втручання та психологічного супроводу, спрямованих на підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

Найбільш актуальними напрямками, ідеї яких на даний час перевіряються на практиці і, ймовірно, отримають поширення у найближчі роки, є:

- коучинг, який все частіше згадується у наукових публікаціях як метод, що використовується сучасними установами і організаціями, поряд із більш традиційними практиками менторингу, не тільки як технологія навчання та розвитку фахівців, а також як підхід до вирішення питань, пов'язаних із збереженням та/або зростанням професійного благополуччя фахівців [155].

Health coaching є складовою комплексних програм поведінкового менеджменту, основною метою якого є досягнення довгострокових змін, пов'язаних зі здоров'ям поведінки фахівця [87].

Основний аргумент на користь все більш широкого впровадження коучингових технологій у практику психологічного супроводу професійного благополуччя фахівців полягає у тому, що недирективний стиль взаємодії між коучем та клієнтом знижує опір змінам (у тому числі реактивний опір або реактанс, пов'язаний з бажанням людини бути незалежною і чинити опір примусу ззовні) і підвищує ефективність програм втручання.

Наразі добре зарекомендувала себе в організаційному контексті технологія коучингу, заснована на мотиваційному інтерв'юванні (motivational interviewing-based health coaching);

- когнітивно-поведінкова терапія, основні принципи якої можуть бути покладені в основу програми для співробітників, спрямованої на підвищення професійного благополуччя та задоволеності роботою завдяки зміні пов'язаних з роботою думок, відносин, установок та стратегій поведінки, що виникають та реалізуються у контексті професійної діяльності.

Основна увага у межах когнітивно-поведінкового тренінгу приділяється оцінці точності та функціональності використання атрибутивних стилів, які за необхідності можуть бути скориговані [162];

- в основу програм підвищення професійного благополуччя покладені й різні стратегії психофізіологічного відновлення (recovery) після роботи, що виділяються дослідниками на основі аналізу та вивчення ролі відпочинку та різних видів дозвіллєвої активності у збереженні професійного здоров'я та професійного благополуччя [111];

- використання інформаційних та комунікаційних технологій в організаційних програмах втручання (on-line, internet-supported, web-based health interventions).

Г. Айзенбах запропонував спеціальний термін e-Health для позначення тенденції, яка характеризує не стільки розвиток технічних можливостей, скільки зміни, що відбулися у розумінні, ставленні та прихильності до мережного мислення. Інформаційні технології зараз широко використовують для проведення досліджень (online surveys); для навчання фахівців у сфері професійного здоров'я (e-learning); як засіб дистанційного консультування (on-line counseling); як нова форма організації програм втручання з метою підвищення професійного благополуччя [71].

Також наразі стають все більш затребуваними інтервенції, що використовують можливості мобільних пристроїв (m-health interventions), у тому числі різні програми для смартфонів (smart phone applications), які допомагають фахівцю більш ефективно змінювати свою поведінку у сфері здоров'я та підтримувати мотивацію здорового способу життя.

Серед сучасних підходів до підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я важливими вбачаються підходи, пов'язані з вирішенням психологічних проблем, які виникають у процесі їх професійного та кар'єрного становлення [23; 91; 93; 166; 181; 188 та ін.].

Необхідним у цьому аспекті є аналіз взаємозв'язку між потребнісно-мотиваційною сферою особистості фахівця та соціальними установками (індивідуальними та груповими), а також розгляд можливих шляхів подолання професійного застою через вплив на соціальні та особистісні установки фахівця.

Слід зазначити, що перехід до соціально орієнтованої економіки призвів до необхідності постійного уточнення свого місця у світі професій (певної професії), осмислення своєї соціально-професійної ролі, ставлення до професійної діяльності, колективу і себе, а також оцінки власного професійного благополуччя.

У зв'язку з цим фахівцю слід постійно працювати над підвищенням своєї професійної підготовки, відстежуючи всі новації у сфері своїх професійних інтересів. Крім того, для успішного просування іноді необхідно практично повністю поміняти профіль своєї діяльності, залишивши лише переважний напрямок. І тут виникає низка психологічних бар'єрів, що пов'язані з необхідністю виходу з так званої зони комфорту.

У цьому випадку професійний розвиток особистості фахівця може відбуватися лише тоді, коли до цього процесу формується ставлення як до явища, що має значну цінність для фахівця. Іншими словами, у свідомості особистості фахівця виникає низка протиріч: між Я-образом і реальними характеристиками особистості; між сформульованими співтовариством очікуваннями якостей особистості професіонала (соціальний стереотип) та сформованим у свідомості особистості фахівця індивідуалізованим еталоном; між реальними вимогами професії до якостей професіонала і декларованими соціальним оточенням очікуваннями [42; 44; 120 та ін.].

Психологічні бар'єри, з погляду професійної діяльності у галузі охорони здоров'я, можна умовно поділити на дві групи: мотиваційні та операційні [6; 66; 70; 97; 110; 119; 120 та ін.]. Вони проявляються у когнітивній, афективній та поведінкових сферах, а їх основними компонентами, безпосередньо пов'язаними зі структурою психіки особистості фахівця, є:

- потребнісно-мотиваційна, коли фахівець досягнув вищого ступеня задоволення своїх потреб (включаючи вищі), або не відчуває серйозних підстав для їх реалізації. Відсутність прагнення до подальшого вдосконалення своїх професійних знань, навичок та умінь зумовлена відсутністю мотиву кар'єрного зростання.

Важливим показником тут є ступінь самореалізації у професійній діяльності, який безпосередньо пов'язаний зі ступенем виконання очікувань від діяльності. І чим вищий ступінь задоволення цієї потреби, тим менше спостерігається прагнення до професійного зростання. Тут можна говорити про феномен професійного застрягання, який відрізняється від професійного вигорання тим, що фахівець не має фізичного, розумового та морального виснаження і, по суті, не має професійної кризи. На цьому етапі відбувається свого роду консервація професійного досвіду фахівця, виникає відчуття повного досягнення поставленої мети, знижується мотивація до подальшого професійного вдосконалення. І хоча фахівець у цьому випадку має значний потенціал для подальшого професійного зростання, проте не реалізує його через відчуття задоволеності життєвих планів у цій сфері.

- соціальна, пов'язана зі зміною якісного стану соціального оточення фахівця (а, відповідно, і композиції соціальних груп) у зв'язку з кар'єрними змінами.

Соціальна мобільність (як вертикальна, так і горизонтальна) супроводжується, зазвичай, почуттям невпевненості і навіть страху і може викликати постійне відчуття психологічного дискомфорту. Висхідна вертикальна соціальна мобільність призводить не тільки до отримання нових

благ та привілеїв, але й до появи більшої відповідальності та до певних статусних обмежень [40; 158 та ін.]. Крім того, напруга виникає через досить важкий процес навчання зразкам нової для фахівця субкультури: новим типам взаємовідносин тощо. Це іноді проявляється так сильно, що загрожує нервовими розладами та зниженням мотивації виконання своєї ролі. Трапляється, що деякі фахівці відхиляють запропоноване підвищення статусу тому, що при вступі на нову посаду виникає додаткова напруженість, обумовлена новими обов'язками та зростанням відповідальності, що збільшує відчуття професійного неблагополуччя. В результаті такі фахівці, не орієнтовані на вертикальну мобільність, відхиляють пропозиції щодо підвищення статусу.

- емоційна, пов'язана з появою страху перед змінами свого службового, соціального та професійного статусу. Страх зміни соціального статусу (очікування статусних змін) при тривалому впливі негативно впливає на стан психіки загалом і зрештою призводить, зазвичай, до стану сильного стресу, що підсилює професійне неблагополуччя.

Отже, можна припустити, що для подолання психологічних бар'єрів та негативних станів, а також підвищення професійного благополуччя фахівцю необхідно чітко уявляти механізми формування мотиву до підвищення професійної компетентності [106; 135; 172; 180 та ін.].

Мотиваційна сфера фахівця у галузі охорони здоров'я переважно базується на потребах, що виникають і змінюються під впливом таких чинників, як: належність до соціальної групи, накопичений професійний та соціальний досвід; провідні потреби; стереотипи успішності, прийняті у тій чи іншій соціальній групі; соціальні та індивідуальні установки, що стосуються професійного зростання; наявність інтересу до своєї діяльності та успішність у професійній сфері (успішна кар'єра) [63; 66; 123; 141; 191 та ін.].

Якщо говорити про необхідність цілеспрямованого впливу на процес зміни ставлення фахівця у галузі охорони здоров'я до подальшого

професійного вдосконалення з метою підвищення професійного благополуччя та зниження наслідків психологічних бар'єрів, то найбільш динамічними будуть соціальні установки, які піддаються змінам, тобто основні переконання фахівця, що визначають його ставлення до будь-якого об'єктивно існуючого явища.

Нагадаємо, що соціальна установка – це стан психологічної готовності особистості поводитися певним чином, заснована на минулому соціальному досвіді, що регулює соціальну поведінку [46].

Для психологічного впливу на фахівця з метою формування (закріплення чи корекції) соціальної установки необхідно чітко представляти її динамічні складові та механізм їх змін.

З практичної точки зору установку можна розглядати як сукупність уявлень та очікувань фахівця стосовно будь-якого об'єкта або соціального явища. Причому найбільшу стійкість до зовнішнього впливу матимуть уявлення фахівця, що включають такі основні компоненти установки, як когнітивна, афективна і поведінкова.

Очікування, у свою чергу, мають більшу динамічність і пов'язані з мотиваційно-потребнісною сферою особистості фахівця [42]. Соціальні установки можуть змінюватися шляхом цілеспрямованого інформаційного впливу на фахівця, а саме на його уявлення та очікування. У даному контексті найменш трудомістким і витратним вбачається інформаційний вплив на соціальні установки фахівців, об'єднаних у групи на кшталт соціальної діяльності (професійна діяльність, приналежність до одного соціального статусу). Завдяки створеним чи наявним інформаційним лідерам, наділеним правом зміни мотиваційно-ціннісних орієнтацій групи (феномен ідіосинкразичного кредиту) можна чинити прямий вплив на особистісні та соціальні установки фахівців.

Поєднуючи різні інформаційні ресурси з професійної проблематики, можна перейти у перспективі до формування банків професійної думки, які володітимуть властивостями, що у першу чергу враховуються фахівцями при

оцінці вторинності джерела: надійність, професійна компетентність («влада експерта»), соціальний статус, привабливість [31; 35; 47; 106; 135; 180 та ін.].

Впливаючи на потребнісно-мотиваційну сферу фахівця у вигляді зміни групових установок, можна вирішити низку актуальних проблем, як-от: професійної підготовленості кадрів, своєчасну перепідготовку фахівців, підвищення стресостійкості, зокрема у ситуаціях, пов'язаних зі зміною соціального статусу; підвищення професійного благополуччя загалом.

Аналіз сучасних підходів до проблеми підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я показав, що розвиток мотивації досягнення розглядається одним із шляхів вирішення цієї проблеми та як чинник ефективної професійної діяльності [48; 200 та ін.].

Як показав попередній аналіз, професійний розвиток фахівця є складним та багатоаспектним процесом. У дослідженнях виділяються різні його складові, визначаються етапи, окреслена проблематика. При цьому одним із найважливіших питань є проблема реалізації здібностей, професійних досягнень.

Успішність фахівця у галузі охорони здоров'я у професійній діяльності залежить від багатьох складових. Приміром, можна назвати такі визначальні її чинники, як здібності, стиль діяльності, стан функціональних поведінкових систем, рівень домагань, мотивація досягнення, значимість яких визначається природою професійної діяльності.

Як відомо, будь-яка діяльність ініціюється, підтримується і реалізується у вигляді мотивації. Це її детермінуюча та смислова складова. Порушує діяльність до успішності мотив досягнення, яким часто закріплюється ключова роль самореалізації фахівця [38; 66; 59; 119 та ін.].

Поняття мотивації досягнення відображає особливу квазіпотребу, орієнтовану на результат і прагнення до реалізації своїх здібностей, самовдосконалення. А. Маслоу [144] у межах своєї ієрархії потреб виділив прагнення до досягнень, поряд із прагненням до гідного соціального статусу, як одне з базових в ієрархії потреб. Задоволеність у цьому відношенні

супроводжується переживанням компетентності, адекватності, впевненості у собі.

Проведені дослідження емпіричного характеру на виявлення рівня мотивації досягнення щодо вивчення флуктуацій мотивації досягнення фахівців соціономічного профілю показали, що 23,5% респондентів мають високу мотивацію досягнення, 68,2% респондентів характеризуються середньою мотивацією досягнення, відповідно у 8,3% респондентів мотивація досягнення виявилася низькою [1; 59]. Дослідження мали пілотажний характер і не надають можливості робити ґрунтовні висновки та прогнози, проте змушують задуматися: переважна більшість фахівців прагнуть досягнень у середньому ступені.

У зв'язку з цим виникають питання: чи є даний рівень підсумковим у формуванні мотивації чи відправною точкою, базою для зміцнення та потенційної інтенсифікації мотивації досягнення. Якщо це підсумковий рівень розвитку мотивації досягнення, чи достатній він для продуктивної, ініціативної та ефективної професійної діяльності, що забезпечує професійне благополуччя фахівця та чи відповідає подібний рівень запитам соціуму, що динамічно розвивається, відносинам конкуренції? У якому взаємозв'язку перебуває ця потреба з професійним благополуччям та результативністю діяльності?

Слід зазначити, що мотивація досягнення виступає базовою вродженою потребою (Е. Десі, Д. Макклелланд, А. Маслоу, Г. Мюррей, Х. Хекхаузен та ін.) [100; 118; 144; 146; 148 та ін.], яка в ході становлення особистості фахівця також розвивається у тому чи іншому ступені. У дослідженнях підкреслюється, що потреба у досягненні виступає цінністю, підкріплюється, що й забезпечує її розвиток, пріоритетність у спрямованості особистості фахівця. При цьому діяльність, у якій мотивація досягнення пріоритетна і та, у якій вона вторинна, різні щодо успішності. Підкреслимо також, що мотивація досягнення є не просто певною організацією розвивального середовища, вона передбачає певний рівень когнітивного розвитку, зрілості.



Про її повноцінне функціонування можна говорити тоді, коли настає період усвідомленості, стверджується внутрішня мотивація, сформовані всі необхідні характеристики (Е. Десі, Д. Макклелланд, Х. Хекхаузен та ін.) [100; 118; 146 та ін.].

Зазначимо, що лише високий рівень мотивації досягнення забезпечує значну ефективність діяльності. На цьому наголошується багатьма дослідниками. У той самий час, згідно з законом Йеркса-Додсона, мотивація, досягаючи певного рівня, стаючи надмірною, руйнує діяльність.

У роботах Д. Макклелланда також можна знайти розгляд закону про співвідношення рівня мотивації та ефективності діяльності. При цьому вченим розглядаються дослідження, які не підтверджують дію цього закону щодо мотивації досягнення [146]. Зазначається, що швидше йдеться про деякий зовнішній вплив, зовнішнє стимулювання, відмінне від внутрішнього мотиваційного процесу, яке, досягаючи певного рівня, негативно позначається на діяльності. Водночас Х. Хекхаузен [118] відзначає, що чим вище мотивація досягнення, тим більшою мірою вона організує конкретні, реальні дії; призводить до цілеспрямованої, наполегливої, тривалої активності; ініціює ситуації, що призводять до здобутків.

Відповідно до Д. Макклелланда саме високий рівень розвитку мотивації досягнення обумовлює і стимулює розвиток певних характеристик, які забезпечують високоефективну професійну діяльність. Серед них він виділяє: перевагу завдань середньої складності; прагнення особистої відповідальності у виконанні діяльності; необхідність зворотного зв'язку про результативність діяльності; орієнтацію на пошук нових способів реалізації діяльності [146].

Відповідно до досліджень інших вчених, висока мотивація досягнення передбачає здатність до структурування часу, узгодження минулого, сьогодення та майбутнього при орієнтації на перспективу, здатність враховувати минулий досвід при плануванні; уміння синхронізуватися з ритмами навколишнього середовища при діяльнісному функціонуванні [66;

119; 120; 141; 191 та ін.]. Це важливий аспект, оскільки саме з постановкою цілей та орієнтацією на конкретний результат пов'язана мотивація досягнення фахівців у галузі охорони здоров'я.

Вагомим вектором виступає й те, що мотивація досягнення лежить у сфері самоактуалізації, реалізації власних можливостей, оволодінні новими вміннями, прагненні перевершувати самого себе, що обумовлює професійне благополуччя. Так, Х. Хекхаузен зазначає, що мотивація досягнення не може з'явитися доти, доки діяльність не включена в індивідуальний розвиток, у сферу можливого вдосконалення [118].

Отже, для функціонування мотивації досягнення потрібен контекст самовдосконалення. Особливо відзначимо, що мотивація досягнення є неоднозначним, складним феноменом і крім орієнтації на успіх, вона може обернутися прагненням уникати невдач. Останнє пов'язують із переживанням сорому як результату певної результативності діяльності, недостатньої ефективності чи руйнації діяльності.

Вираженість полюсу уникнення невдач може призвести до флуктуацій мотивації досягнення, блокування мотиваційної активності у стресовій ситуації. Так, при низькій самооцінці, недостатній вірі у власні сили у ситуації підвищеної відповідальності може наступати апатія, зниження мотивації до результативної діяльності, що погіршує професійне благополуччя. У фахівця врівноважуються прагнення до оптимізму та песимізму, має місце флуктування від одного полюсу до іншого. При несприятливих обставинах з'являється комплекс безпорадності, спостерігається порушення процесу, зміщення до полюсу песимізму, який стає домінуючим. Для такої особистісної диспозиції характерні зниження активності, ініціативності, успішності, уникнення невдач, неможливість реалізації своїх потенціалів. Мотивація досягнення може приймати форми, які патологічно організують адаптацію фахівця, перешкоджають його професійному розвитку, блокують успішну професійну діяльність з реалізації своїх можливостей, виконання функціональних обов'язків.

Отже, діяльність полімотивована, а мотивація досягнення може мати місце в контексті будь-якої з них, але найбільше значення вона має у професійній діяльності. Відповідно до досліджень, потреба у досягненні найбільш тісно корелює з предметною діяльністю, продуктивною активністю. Високий рівень мотивації досягнення забезпечує адекватний рівень домагань, посильний вибір завдань, які потенційно призведуть до максимально можливого корисного результату, успішності, професійної компетентності та відповідальності, що загалом сприятиме підвищенню професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

## Висновки до розділу

У розділі розкрито зміст, структуру і моделі конструкту професійного благополуччя; проведено аналіз методологічних проблем вивчення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я у векторі їх професійного розвитку; визначено сучасні підходи до підвищення професійного благополуччя цих фахівців.

Констатовано, що професійне благополуччя є складовою загального психологічного благополуччя особистості, яка займається професійною діяльністю (П. Білецький, А. Борисюк, В. Бочелюк, Н. Волянюк, Г. Ложкін, Л. Пілецька, О. Шевяков та ін.).

Встановлено, що феномен професійного благополуччя є відносно новим для психологічної науки, а у дослідженнях, представлених, здебільшого, у зарубіжній літературі, спостерігається істотне розмаїття у термінах, які його описують: occupational well-being, employee well-being, work-related well-being, job-related well being, well-being at work, well-being at workplace (A. Bakker, F. Bonnet, S. Cartwright, C. Cooper, D. Derks, P. Gupta, J. Harter, T. Rath, C. Ryff, P. Warr та ін.).

З'ясовано, що у науковій літературі представлено різні аспекти позитивного функціонування особистості в організаційному та професійному контекстах, як стан потоку (flow) та процесуальна мотивація (intrinsic motivation), організаційна лояльність (organizational commitment), громадянська поведінка (organizational citizenship behavior), надрольова поведінка (extra-role behavior), причетність до роботи (job involvement), пристрасна відданість роботі (passionate commitment), щастя на роботі (happiness at work) (S. Howard, R. Karasek, O. Meretoja, R. Moore, W. Oerlemans, M. Schultz, I. Siegrist, P. Warr та ін.) тощо. Перелічені конструкти поєднує те, що в їх описі є позитивні установки (аттитюди, відносини) і позитивні переживання, пов'язані з діяльністю (емоції, почуття, настрої, потокові стани). Це підкреслює, з одного боку, зростання інтересу до

даної проблематики, а з іншого, – різноманіття принципів та підходів у дослідженнях означеного конструкту, а також нестійкість концептуального апарату, що використовується.

Узагальнено, що наразі професійне благополуччя розглядається як критерій професійної ідентичності та як характеристика діяльності, що може свідчити про ступінь її прийнятності з погляду мотивів та установок особистості фахівця; як процес і стан, які інтегрально відображають діяльність суб'єкта, її умови та результати, а також ставлення суб'єкта до результатів професійної діяльності; як інтегральне утворення, що включає усвідомлення цінності та смислу професійної діяльності, переживання позитивних емоцій та почуттів, пов'язаних із професією, і відносну відсутність негативних емоцій; як результат спрямованості фахівця на позитивне функціонування в умовах професійної діяльності, що досягнутий за допомогою саморозвитку особистісних якостей, наслідком якого є переживання задоволеності цією діяльністю (С. Fritz, J. Harter, С. Keyes, W. Schaufeli, F. Schmidt, P. Schreurs, S. Sonnentag, T. Taris, J. Van Horn та ін.).

Показано, що одним із відомих підходів до вивчення психологічного благополуччя у контексті професійної діяльності є модель професійного благополуччя Р. Warr, за яким структуру цього конструкту формують такі первинні компоненти: емоційне благополуччя (*affective wellbeing*), прагнення до зростання та розвитку (*aspiration*), автономія (*autonomy*) та компетентність (*competence*), які узагальнюються в один інтегральний показник «загальне функціонування» (*integrated functioning*), що характеризує особистість професіонала загалом. При цьому особлива увага приділяється такому компоненту, як емоційне благополуччя, що розглядається у векторі інтенсивності пов'язаних із діяльністю почуттів, відповідно до таких ключових вимірів: задоволення/відсутність задоволення; комфорт/тривожність; ентузіазм /депресія.

Наголошується, що у наукових доробках приділяється значна увага вивченню чинників, які впливають на професійне благополуччя

(І. Бурлакова, Ж. Вірна, І. Жигаренко, Л. Калмикова, А. Кононенко, О. Лосієвська, Л. Онуфрієва, М. Панов, В. Скребець та ін.). При цьому більшість дослідників спираються на традиції екологічного підходу до вивчення професійного стресу та здоров'я, в основі якого лежить парадигма відповідності у системі «особистість – середовище». У цій парадигмі професійне благополуччя розглядається як результат балансу між вимогами середовища (фізичного, професійного, соціального) та наявними у фахівця ресурсами і робиться акцент на організаційні чинники та фактори, пов'язані з умовами і змістом професійної діяльності. Так, основні підходи до вивчення характеристик робочого середовища, які використовуються у зарубіжних дослідженнях професійного благополуччя, – це модель вимог та контролю Р. Карасека (Job Demand-Control Model, JD-C); модель характеристик роботи Олдхема-Хакмана (Hackman-Oldham Job Characteristics Model); модель робочих вимог та ресурсів (The Job Demands-Resources model, JD R); модель дисбалансу зусиль та підкріплення І. Зіґріста (Effort-Reward Imbalance Model, ERI). Незважаючи на різницю між даними підходами, всі описані моделі припускають наявність лінійного зв'язку між характеристиками діяльності та параметрами професійного благополуччя. На відміну від них, у моделі Р. Warr постулюється наявність нелінійного зв'язку між характеристиками професійного завдання та рівнем психічного здоров'я фахівця, як складової його професійного благополуччя.

На основі узагальнення поглядів на зміст, структуру та моделі означеного конструкту, професійне благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я визначено як інтегральний показник їх позитивного функціонування (як індивіда, особистості, суб'єкта діяльності) у професійній сфері, що включає емоційний, когнітивний, поведінковий та діяльнісний компоненти, які характеризують ставлення фахівця до себе як до професіонала, до своєї професії, до професійного середовища та організаційного контексту у ньому.

Підкреслюється, що професійне благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я слід розглядати як критерій їх професійної ідентичності і показник

адаптації до професійної діяльності та професійної групи, так і характеристику усвідомлення та прийняття професійних цінностей, а також як особистісний критерій професійного здоров'я. Водночас показано, що оцінка професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я найчастіше обмежується показниками захопленості роботою та загального психологічного благополуччя, а сучасні підходи до підвищення професійного благополуччя цих фахівців не враховують повною мірою його прогностичних параметрів та детермінант.

Зазначене артикулює необхідність визначення соціально-психологічних предикторів професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я з метою розробки дієвої програми його підвищення.

Основні положення розділу відображено у таких публікаціях авторки: [25; 49; 51; 52; 55].

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРЕДИКТОРІВ ПРОФЕСІЙНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ФАХІВЦІВ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 2.1. Методичні підходи до вивчення соціально-психологічних предикторів професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я

Важливою методичною проблемою є вирішення питань, пов'язаних із психологічним забезпеченням професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я, які включають такі аспекти, як діагностика рівня професійного благополуччя цих фахівців та його основних компонентів, а також розробка та реалізація організаційних програм, спрямованих на його збереження та зміцнення.

Як відомо, перш ніж розпочинати розробку дизайну дослідження, спрямованого на вивчення особливостей благополуччя особистості, зокрема благополуччя фахівця у професійній діяльності, дослідник має відповісти на декілька методологічних та методичних питань [39; 192].

Розглянемо ці питання та можливі варіанти відповідей на них.

По-перше слід визначити, який аспект благополуччя вивчатиметься: фізіологічний (психофізіологічний), психологічний чи соціальний. Відповідь на це питання для психолога, на перший погляд, очевидна. У більшості досліджень ми бачимо, що предметом досліджень є суб'єктивне чи психологічне благополуччя у професійній діяльності. Проте, у деяких випадках високий або низький рівень благополуччя має сенс вивчати, у тому числі, і з позицій психофізіологічного підходу (наприклад, у дослідженнях



професійного стресу) або у контексті вивчення соціального рівня здоров'я (наприклад, дослідження ролі організаційної культури або соціальної підтримки для благополуччя фахівців). Також можлива розробка програми дослідження з позицій системного підходу, тобто розгляд феномену професійного благополуччя на всіх рівнях – фізичному, психофізіологічному, психологічному і соціальному.

По-друге, слід визначитися як розглядати благополуччя – як властивість особистості чи психічний стан. Більшість дослідників сходяться на думці, що при вивченні здоров'я та благополуччя ці феномени можуть бути розглянуті, з одного боку, у термінах стану, а з іншого, – на рівні особистісних рис (диспозицій).

Іншими словами, питання полягає у виборі того чи іншого «часового фокусу». Наприклад, в оцінці пережитих емоцій і почуттів (афективний компонент благополуччя) респонденту можуть даватися різні інструкції: оцінити, наскільки характерні ті чи інші емоції «взагалі» чи «протягом останніх кількох тижнів / протягом останніх днів / сьогодні / в теперішній час».

Вказуючи конкретний і нетривалий період, ми отримуємо в результаті оцінку емоційного благополуччя як стану, а запропонувавши респонденту оцінити те, як він відчувається у більшості випадків, ми вивчаємо благополуччя як особистісну диспозицію.

По-третє, важливо визначитися також, яким буде рівень узагальнення при оцінці благополуччя: оцінка благополуччя загалом, на рівні окремої сфери життєдіяльності респондента (благополуччя у професійній діяльності) чи якогось конкретного її аспекту (наприклад, задоволеність рівнем заробітної плати).

Аналіз психологічних досліджень, як вітчизняних, так і зарубіжних, показав, що у вивченні суб'єктивного благополуччя у професійній діяльності знаходять застосування всі перелічені вище підходи.

Цьому є цілком очевидне пояснення: з теоретичної точки зору конструкти, що описують професійне благополуччя з різним ступенем

узагальненості, взаємопов'язані. Однак необхідно враховувати і те, що чинники благополуччя можуть сильно відрізнятися в залежності від того, чи ми оцінюємо професійне благополуччя в цілому або його окремі компоненти. Також слід зазначити, що здебільшого діагностика професійного благополуччя спирається на його посимптомне вивчення, тобто спочатку виділяються основні симптоми (ознаки) благополуччя, а потім для їхньої діагностики підбираються відповідні психодіагностичні методики.

При цьому важливо розуміти, що недолік такої діагностики полягає в тому, що на основі одержаних розрізнених емпіричних даних досить складно описувати та інтерпретувати феномен професійного благополуччя загалом.

По-четверте, важливо визначити, які критерії оцінки благополуччя використовуватимуться. У дослідженні як індикатори професійного благополуччя можуть бути обрані, по-перше, негативні показники; по-друге, позитивні критерії і, по-третє, негативні та позитивні показники одночасно.

Слід зазначити, що фахівці, які працюють у галузі психології професійного здоров'я, тривалий час приділяли увагу переважно негативним аспектам вивчення професійного благополуччя: прикладом цього є безліч досліджень, присвячених вивченню професійного стресу.

Проте, наразі все більший інтерес викликають конструкти, що описують особливості позитивного функціонування на робочому місці: осмислення, що сприймається (*perceived meaningfulness*), процвітання (*thriving*), автентичне щастя (*authentic happiness*), життєздатність (*resilience*), почуття виконаного обов'язку (*sense of accomplishment*) та ін. [137; 138].

При цьому адекватне концептуальне визначення суб'єктивного професійного благополуччя має охоплювати досить широкий спектр його структурних компонентів, тобто для більшої надійності одержуваних результатів бажано включати до програми дослідження психодіагностичні інструменти, що вимірюють як позитивні, так і негативні критерії.

По-п'яте, слід визначитися як буде проводитися оцінка благополуччя – як афективного феномену чи як афективно-когнітивного синдрому. Така постановка питання повертає нас до вибору одного з підходів до дослідження

благополуччя особистості у психології – гедоністичного або евдемоністичного.

У першому випадку ми вивчаємо переважно емоційний компонент професійного благополуччя (емоції, почуття, домінуючий емоційний фон або настрої, що знаходяться у континуумі «добре – погано»), а в другому, – благополуччя розглядається як синдром, що включає також когнітивний або рефлексивний компонент (думки, судження, порівняння, атрибуції, відносини).

Перевага одного з названих підходів має бути обумовлена метою та завданнями дослідження, а також специфікою професійної діяльності чи організаційного контексту, у рамках яких воно проводиться.

Важливою постає й проблема амбівалентності щодо оцінки професійного благополуччя. Необхідно відзначити також важливість вивчення та порівняння рівня професійного благополуччя у різні періоди часу, а також аналізу співвідношення його структурних компонентів. Подібності чи різницю між компонентами професійного благополуччя можна визначити двома способами.

У першому випадку ми розглядаємо, які відмінності спостерігаються на рівні професійного благополуччя протягом того чи іншого часового проміжку, тобто проводиться кілька вимірів; а у другому, – проводиться аналіз подібностей та відмінностей між компонентами благополуччя, оцінка яких проводилася одноразово.

Зважаючи на проведений аналіз, вивчення соціально-психологічних предикторів професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я було зосереджене на з'ясуванні особливостей суб'єктивної картини кар'єри та професійного самоставлення цих фахівців, як прогностичних показників їх професійного благополуччя; побудови їх професійної кар'єри; визначенні специфіки смислів у професійній діяльності фахівців у галузі охорони здоров'я у прогнозі їх професійного благополуччя та на оцінці емоційно-особистісних предикторів професійного благополуччя (особливостей емоційного інтелекту, оптимізму, емоційного благополуччя, емпатії,

рефлексії), а також на виявленні впливу перфекціонізму та емоційного вигорання як прогностичних параметрів професійного благополуччя.

Так, на першому етапі емпіричного дослідження вивчення соціально-психологічних предикторів професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я вивчалися особливості суб'єктивної картини кар'єри та професійного самоствавлення цих фахівців, як прогностичних показників їх професійного благополуччя.

З цією метою були задіяні методики «Інтегральна задоволеність працею» (М. Фетіскін, В. Козлов, Г. Мануйлов); тест смисложиттєвих орієнтацій (Д. Леонт'єв); опитувальник професійного самоствавлення та шкала задоволеності кар'єрою (К. Карпінський); методика оцінювання п'ятирічних інтервалів кар'єри та каузометрія професійної кар'єри (Т. Гіжук) [32].

Зважаючи на те, що професійне благополуччя фахівця визначається специфікою вибору професії та успішністю у професійній діяльності, необхідним вважалось з'ясування особливостей побудови професійної кар'єри. З цією метою були задіяні шкала психологічного благополуччя (С. Ryff, адаптація П. Фесенко, Т. Шевеленкової), шкала працезалежності (С. Andreassen, М. Griffiths, J. Hetland, S. Pallesen), шкала макіавеллізму особистості (R. Christie, F.L. Geis, адаптація В. Знакова), анкета на виявлення ставлення фахівців у галузі охорони здоров'я до кар'єри та визначення таких стратегій поведінки, як самореалізація, маніпулювання, трудоголізм [29; 30].

На другому етапі емпіричного дослідження визначалась специфіка смислів у професійній діяльності фахівців у галузі охорони здоров'я у прогнозі їх професійного благополуччя. Для дослідження рівня розвитку професійного благополуччя респондентів було використано первинну версію методики оцінки професійного благополуччя (МОПБ) (Л. Августова, Є. Рут). З метою діагностики особистісного смислу професійної діяльності як основи дослідження значущих відносин у професії ми скористалися опитувальником «Метафори професійної діяльності» (МПД) (К. Карпінський, Т. Гіжук) [32].

Метою емпіричного дослідження на цьому етапі емпіричного дослідження була перевірка припущення про те, що смисли професійної діяльності (значущі відносини у професії) впливатимуть на рівень професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

Третій етап емпіричного дослідження був присвячений оцінці емоційно-особистісних предикторів професійного благополуччя (особливостей емоційного інтелекту, оптимізму, емоційного благополуччя, емпатії, рефлексії), а також виявленню впливу перфекціонізму та емоційного вигорання на професійне благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

В якості діагностичного інструментарію були використані оновлений Оксфордський опитувальник щастя та опитувальник «Задоволеність життям» (Н. Мельникова), опитувальник «Емоційний інтелект» (Н. Холл), методика «Індекс життєвої задоволеності» (Б. Ньюгартен, адаптація М. Паніна); шкала психологічного благополуччя (С. Ryff, адаптація П. Фесенко, Т. Шевеленкової); методика діагностики рівня емпатійних здібностей (В. Бойко); методика «Міжособистісний індекс реактивності» (IRI) (М. Девіс, адаптація Н. Будаговської, С. Дубровської, Т. Карягіної) [32].

Подальший аналіз емоційно-особистісних предикторів професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я був присвячений з'ясуванню впливу перфекціонізму та емоційного вигорання на їх професійне благополуччя.

Підкреслюється, що вираженість синдрому емоційного вигорання визначається низкою особистісних властивостей, зокрема перфекціонізмом. Методами збору емпіричних даних виступили багатовимірні шкала перфекціозму (Р. Hewitt, G. Flett, адаптація І. Грачової), а також методика діагностики рівня емоційного вигорання (В. Бойко) [32].

Результати емпіричного дослідження опрацьовувалися з використанням методів математичної статистики з їх подальшою якісною інтерпретацією та змістовним узагальненням. Статистична обробка результатів дослідження здійснювалася за допомогою пакету статистичних програм SPSS (версія 22.0).

## **2.2. Суб'єктивна картина кар'єри та професійне самоставлення як предиктори професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я**

Важливими детермінантами зростання ефективності професійної діяльності в умовах сучасної модернізації охорони здоров'я є підвищення професійного благополуччя фахівців цієї галузі та задоволеність своєю професійною діяльністю. Зауважимо, що задоволеність професійною діяльністю розглядається у дослідженні з позицій суб'єктно-генетичного підходу як показник успішності реалізації суб'єкта, а усвідомлення себе як прийнятого суспільством ефективного фахівця за значущою для суспільства професією стає важливою умовою прийняття цієї професії як основної справи свого життя, що значною мірою обумовлює й професійне благополуччя.

Вченими розроблено концепцію активності особистості як суб'єкта професійного шляху, відповідно до якої особистість, як суб'єкт діяльності, має перетворити свою композицію здібностей, потреб і станів згідно з вимогами і режимом професійної діяльності. Виходячи з цього, задоволеність професійною діяльністю сприймається як показник успішності реалізації суб'єкта. Критерієм цієї успішності є здатність долати різноманітні труднощі, що виникли на шляху професійного розвитку [9; 18; 42; 44; 59 та ін.].

Попередній аналіз дозволяє зробити висновок про те, що задоволеність фахівців у галузі охорони здоров'я професійною діяльністю обумовлена сукупністю таких особистісних утворень як смисложиттєві орієнтації, віра у позитивну природу людини та її здатність до творчого саморозвитку, спрямованість на міжособистісну взаємодію, переконаність у суспільній значущості своєї професійної діяльності.

З метою вивчення соціально-психологічних предикторів професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я було проведене емпіричне дослідження на базі науково-практичного Центру медико-соціальних та

психотехнологій (м. Київ), Українського Північно-Східного Інституту прикладної та клінічної медицини (м. Суми), Комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» (м. Запоріжжя), Південноукраїнського інституту психології, психотерапії і управління (м. Одеса), Державного закладу «Луганський державний медичний університет» (м. Рівне), Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці).

У дослідженні взяли участь 152 фахівця у галузі охорони здоров'я віком від 28 до 44 років (70 (46,1%) чоловіків та 82 (53,9%) жінки), які мали стаж професійної діяльності від 5 до 22 років та різні кваліфікаційні категорії.

Попереднє пілотажне дослідження проводилося з використанням методик «Інтегральна задоволеність працею» (М. Фетіскін, В. Козлов, Г. Мануйлов), тесту смисложиттєвих орієнтацій (Д. Леонтьєв) [32].

Результати проведеного пілотажного емпіричного дослідження показали рівень розвитку структурних компонентів задоволеності професійною діяльністю фахівців у галузі охорони здоров'я за такими параметрами:

- 1) інтерес до роботи;
- 2) задоволеність досягненнями у роботі;
- 3) задоволеність взаємовідносинами з колегами;
- 4) задоволеність взаємовідносинами з керівництвом;
- 5) рівень домагань у професійній діяльності;
- 6) перевага виконання роботи високому заробітку;
- 7) задоволеність умовами професійної діяльності;
- 8) професійна відповідальність;
- 9) загальна задоволеність професійною діяльністю.

Показники рівня розвитку структурних компонентів інтегральної задоволеності професійною діяльністю фахівців у галузі охорони здоров'я представлені у табл. 2.1.

Аналізуючи результати пілотажного дослідження (табл. 2.1), слід зазначити, що загалом має місце високий рівень задоволеності фахівців у галузі охорони здоров'я своєю професійною діяльністю (85,8%).

Про це свідчить той факт, що у фахівців в галузі охорони здоров'я переважає позитивне, конструктивне ставлення до роботи, яке проявляється у старанності, високому ступені відповідальності за виконувану роботу, прагненні виконати її якнайкраще, співробітництво, взаємодопомога, бажання підвищити свій професійний рівень.

Таблиця 2.1

**Показники рівня розвитку структурних компонентів інтегральної задоволеності професійною діяльністю фахівців у галузі охорони здоров'я, %**

Рівень розвитку	Структурні компоненти задоволеності професійною діяльністю								
	Ір	Зд	Зв	Зк	Рд	Прз	Зу	Пв	З
Високий	73,7	84,2	88,2	54,6	41,4	32,2	80,3	34,2	84,9
Середній	21,7	11,8	7,9	26,3	25,7	48,0	16,4	53,9	7,9
Низький	4,6	4,0	3,9	19,1	32,9	19,8	3,3	11,9	7,2

*Примітка: Ір - інтерес до роботи, Zd - задоволеність досягненнями у роботі, Зв - задоволеність взаємовідносинами з колегами, Зк - задоволеність взаємовідносинами з керівництвом, Рд - рівень домагань у професійній діяльності, Прз - перевага виконанню роботи високого заробітку, Зу - задоволеність умовами діяльності, Пв - професійна відповідальність, З - загальна задоволеність професійною діяльністю.*

Методологічною основою емпіричного дослідження виступили системно-суб'єктний та смисловий підходи, що дозволяють розглядати професійне самоставлення та у подальшому смисли професійної діяльності



(див. п. 2.3) як єдину систему, що детермінує становлення професійної суб'єктності фахівців у галузі охорони здоров'я.

З позицій системно-суб'єктного підходу описані різними авторами аспекти суб'єктності (суб'єкт розвитку, діяльності, спілкування, життя) необхідно розглядати як системні зміни прояву метасуб'єктності фахівця, що існують у різних формах та співвідношеннях у генезі людини, вагомість та співвідношення яких істотно змінюються протягом її життя [18; 27; 38 та ін.].

Дослідники виділяють когнітивну, регулятивну, комунікативну функції суб'єкта як вияв його суб'єктності.

Когнітивною функцією суб'єктності є розуміння того, як одночасно когнітивний та екзистенційний феномен, що включає внутрішні моделі світу, і смислові утворення, опосередковують його вибір та інтерпретацію подій і явищ.

Регулятивна функція полягає у контролі поведінки, що є основою саморегуляції.

Комунікативна функція специфікована через уявлення про суб'єкт-суб'єктні та суб'єкт-об'єктні взаємодії.

Таким чином, з позицій системно-суб'єктного підходу професійне самоствавлення слід розглядати як «функціональний орган», що слугує суб'єкту для оволодіння собою та набуття здатності до саморегуляції та самодетермінації у професійній діяльності, діловому спілкуванні, кар'єрі.

Процес осмислення людиною себе у професії, в результаті якого у неї виникає професійне самоствавлення, не зводиться до заломлення знань про себе через призму мотивів та цінностей у віртуальному просторі суб'єктивної реальності. Він відбувається як переважно практична взаємодія індивідуальних властивостей фахівця – їх схрещення, переплетення – з професійними мотивами та цінностями у площині професійного та життєвого світу.

Професійне самоствавлення, що розуміється як динамічна система глибинних смислових структур, є гіпотетичним конструктом або

теоретичною абстракцією, яка є логічною ланкою у поясненні ефектів психічного регулювання професійної діяльності та самопізнання фахівця як її суб'єкта.

Для позначення самоствавлення фахівця як суб'єкта професійної діяльності та ділового спілкування у зарубіжній літературі найближчим аналогом поняття «професійне самоствавлення особистості» є термін «professional self-esteem». Він розшифровується як оцінка своїх професійних знань, умінь та здібностей, переживання власної цінності, корисності чи нікчемності як фахівця.

У руслі професійного напрямку самоствавлення досліджується як психічний регулятор професійної діяльності та спілкування.

Емпіричні дослідження, які торкаються цієї проблеми і виконані на медичному персоналі, предметом аналізу беруть зв'язки професійного самоствавлення зі специфічними феноменами, що супроводжують медичну діяльність та клінічне спілкування. Їхні результати показують, що професійне самоствавлення опосередковує вплив стресорів, пов'язаних із професійною діяльністю, на суб'єктивне благополуччя та соматичне здоров'я фахівця [2; 4; 7; 14; 20 та ін.].

Низка досліджень присвячена виявленню прямих і зворотних залежностей між об'єктивними атрибутами кар'єрного успіху та рівнем самооцінки особистості. Результати показують, що самооцінка фахівця зумовлена такими кар'єрними досягненнями, як престижність професії, рівень доходу та здобутої освіти. Зазвичай це пояснюється з позицій теорії соціальної ідентичності, за якою підвищення соціального статусу та приналежність до елітарних професійних спільнот призводить до підвищення самооцінки [3; 8; 12; 22; 63; 123 та ін.].

Враховуючи наявний у сучасній психології досвід вивчення окремих аспектів професійного самоствавлення, було визначено мету та завдання цього етапу емпіричного дослідження.

Наразі потребує вивчення зв'язок професійного благополуччя зі стратегіями життя та смисложиттєвими орієнтаціями фахівців у галузі охорони здоров'я. Особливо цікавим у цьому векторі є розгляд професійного благополуччя у контексті самосвідомості цих фахівців.

Як відомо, самосвідомість визначають як усвідомлення, оцінку людиною себе як суб'єкта пізнавальної та практичної діяльності, а також як особистості. Це відносно стійка структура уявлень особистості про себе, про свої психічні, фізичні стани [17; 18; 21; 35 та ін.].

Самосвідомість дозволяє сприймати себе як стійкий об'єкт, що забезпечує сталість особистості, самоідентичність у різних ситуаціях.

Вчені виділяють компоненти самосвідомості [17; 18; 21; 35; 150 та ін.], які можна узагальнити так:

- усвідомлення Я як активного початку суб'єкта діяльності;
- усвідомлення властивостей власної психіки та емоційні самооцінки;
- самоповага, соціальна, а також моральна оцінка себе, які виробляються на основі набутого досвіду діяльності, спілкування.

Протягом життя самосвідомість фахівця розвивається, змінюється, але згодом вона, як правило, набуває стійкості.

В основі концепції психологічної стійкості самосвідомості закладено такі принципи [94; 95; 166; 181; 188 та ін.]:

- принцип, згідно з яким визначальною характеристикою психологічної стійкості свідомості індивіда є його здатність до диференційовано-інтегративної динаміки;
- принцип, за яким диференційовано-інтегративна динаміка свідомості індивіда складається з урахуванням і навіть під впливом інформаційної моделі, створеної індивідом заздалегідь для вирішення різних завдань;
- принцип, за яким основа співвідношення «утворюючих» індивідуальну свідомість як інтегративне ціле містить у собі принцип оптимальності;

- принцип, який свідчить про те, що психологічна стійкість свідомості індивіда визначається як найбільш сприятлива відповідність його базових утворень, при якому їх взаємозв'язок і переробка призводить до породження новоутворень;

- принцип, за яким психологічні механізми стійкості свідомості індивіда можуть забезпечити особливо цінний вид психологічної стійкості, що позначають понадстійкістю. Ця здатність народжується тоді, коли індивід опиняється в умовах дестабілізації, в яких механізми стійкості не працюють. У разі, якщо соціальні умови, у яких індивід перебуває, піддаються радикальним змінам, його свідомість забезпечує адекватність ставлення до нового оточення завдяки механізму понадстійкості.

Так, можна дійти висновку, що психологічна стійкість свідомості – оптимальне співвідношення його утворень, яка досягається внаслідок їх рухомої рівноваги; воно породжує новоутворення, які синтезують свідомість як ціле.

Задоволеність фахівця у галузі охорони здоров'я своєю професійною діяльністю обумовлена його свідомістю. Важливою складовою психологічної стійкості самосвідомості є наявність джерела смислу життя, актуальний рівень смисложиттєвих орієнтацій. Для того, щоб виявити цей рівень, ми звернулися до тесту смисложиттєвих орієнтацій Д. Леонтьєва.

Було проведено тестування з метою виявлення рівня життєвих орієнтацій. Аналізуючи результати дослідження за тестом смисложиттєвих орієнтацій, встановлено, що у фахівців у галузі охорони здоров'я переважає високий рівень розвитку цілей у житті (65,5%). Загалом, фахівці у галузі охорони здоров'я сприймають процес свого життя як цікавий, емоційно насичений та наповнений змістом. Але при цьому вони недостатньо переконані в тому, що можуть контролювати своє життя, вільно приймати рішення та втілювати їх у життя.

Як показав попередній аналіз, професійне благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я взаємопов'язане з їх професійною успішністю.

Професійна успішність (суб'єктивний, інтринсивний успіх) фахівців у галузі охорони здоров'я розглянуто як психологічний феномен, у якому відбивається міра відповідності реальних досягнень професійним домаганням і прагненням особистості як суб'єкта праці та професійної кар'єри. Професійна успішність є психічним феноменом, який формується та функціонує у контексті усвідомленої саморегуляції професійної кар'єри.

Кар'єрна саморегуляція є системно організованим психічним процесом, спрямованим на побудову та управління професійним життям відповідно до суб'єктивно прийнятих кар'єрних цілей фахівця [6 та ін.].

Однією з найважливіших ланок у структурі кар'єрної саморегуляції є процес контролю та оцінювання, за допомогою якого здійснюється поєднання фактичних досягнень у професійному житті з образом суб'єктивно необхідної, бажаної та (або) належної кар'єри. Продуктом цього інтегрального психічного процесу виступають психічні утворення, які є суб'єктивними критеріями професійного благополуччя, а саме задоволеність кар'єрою та професійне самоствавлення [34; 35; 44; 66; 123 та ін.].

Задоволеність кар'єрою є результатом діахронічної оцінки професійного життя. При діахронічній оцінці професійне життя накладається на вектор часу і виступає у свідомості як розгорнутий процес – професійний шлях, або кар'єра. У свідомості кар'єра репрезентована як двоєдиний, пролонгований у часі процес цілеспрямованого перетворення суб'єктом умов власного професійного життя [66; 123 та ін.].

Задоволеність кар'єрою результує цілісний професійний шлях особистості в єдності його зовнішнього (просування у посадовій ієрархії, рівні оплати праці тощо) та внутрішнього (професійно-особистісне самовдосконалення) аспектів. Вона є психічним феноменом оціночної природи, у формуванні якого власні професійні прагнення, очікування і домагання відіграють більш вагому роль, ніж об'єктивно задані нормативи професійної діяльності та критерії успіху.

Феноменологічно задоволеність кар'єрою виступає складним поєднанням раціональної оцінки та емоційного переживання фахівця з приводу досягнутого професійного статусу. У цьому векторі її можна розглядати як суб'єктивний еквівалент професійного благополуччя. Водночас оціночні процеси звернені не тільки на професійне середовище та на професійну діяльність як таку, але і на її суб'єкта, індивідуальні (типологічні та особистісні) властивості якого також виявляються значними внутрішніми умовами професійного благополуччя. Результатом цієї оцінки виступає професійне самоствавлення фахівця (міра задоволеності собою як професіоналом), яке відображає об'єктивні відносини індивідуальних властивостей особистості до практичної реалізації мотивів і цінностей професійної діяльності і впливає на професійне благополуччя фахівця [44; 66; 123 та ін.].

На рівні індивідуальної свідомості ці об'єктивні відносини набувають форми емоційних переживань та самооцінних суджень фахівця про себе як про суб'єкта професійної діяльності [72; 110; 159 та ін.].

У функціональному плані задоволеність кар'єрою та професійне самоствавлення фахівця у галузі охорони здоров'я є важливими компонентами кар'єрної саморегуляції: з одного боку, вони є продуктом регуляторного процесу оцінювання, що фіксує професійний успіх у кожний конкретний момент часу, а з іншого, – утворюють складний механізм зворотного зв'язку, що вказує суб'єкту шлях оптимізації професійної діяльності та напрямки професійного саморозвитку.

Теоретичний огляд показує, що між задоволеністю кар'єрою та професійним самоствавленням фахівця простежується тісний функціональний зв'язок. Проте, дотепер не проводилися спеціальні емпіричні дослідження на виявлення характеру взаємодії професійного благополуччя та задоволеності кар'єрою у фахівців у галузі охорони здоров'я.

Виходячи з концептуальних уявлень про механізми усвідомленої саморегуляції професійної кар'єри, було висунуто припущення, що

професійне самоствавлення та задоволеність кар'єрою є різними аспектами професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я – професійне самоствавлення результує оцінку себе як суб'єкта професійної діяльності, тоді як задоволеність кар'єрою відображає оцінку пройденого професійного шляху.

Дане припущення конкретизувалося у приватних гіпотезах: задоволеність кар'єрою фахівців у галузі охорони здоров'я пов'язана з модальністю професійного самоствавлення: чим більшою є задоволеність кар'єрою, тим менш виражена негативна і більш виражена позитивна модальність професійного самоствавлення фахівців у галузі охорони здоров'я; певна конфігурація професійного самоствавлення з задоволеністю кар'єрою є основою виділення якісно специфічних типів професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

Як відомо, суб'єктивна картина кар'єри – це психічний образ особистісно значущих і професійно важливих подій кар'єрного розвитку особистості в їх детермінаційних (причинних і цільових) взаємозв'язках [63; 123 та ін.].

Часовий масштаб суб'єктивної картини кар'єри співвіднесений з масштабом професійного життя: цей образ вбирає у себе професійне минуле (професійну історію особистості), професійне сучасне (переживання поточного періоду кар'єри) та професійне майбутнє (плани, надії та сумніви). Провідною функцією суб'єктивної картини є регулятивна функція, яка впливає з її ролі у системі усвідомленої саморегуляції кар'єри. Суб'єктивна картина кар'єри є продуктом процесу моделювання значущих умов кар'єри і, поряд з іншими компонентами, забезпечує ефективність процесу усвідомленої саморегуляції [76; 131; 134; 149; 152 та ін.]. Показником ефективності регулювання кар'єри виступає саме переживання професійного благополуччя.

У контексті психічного регулювання кар'єри важливий не стільки об'єктивний професійний успіх, скільки його суб'єктивне сприйняття та

оцінювання фахівцем у галузі охорони здоров'я як суб'єктом кар'єри – «суб'єктивний», «сприйманий», «інтринсивний» успіх, або «професійне благополуччя».

Професійне благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я формується і функціонує у векторах оцінки та контролю усвідомленої саморегуляції професійної кар'єри, в якому здійснюється поєднання об'єктивно досягнутих професійних і кар'єрних результатів із суб'єктивно бажаним службовим становищем і рівнем професійної майстерності, тобто з індивідуальними критеріями та стандартами кар'єрного успіху-невдачі.

Наведемо результати емпіричного дослідження зв'язку параметрів суб'єктивної картини кар'єри та професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

Збір емпіричних даних проводився за допомогою нижченаведених методик.

Опитувальник професійного самоствавлення (ОПС) К. Карпінського – це багатошкальний стандартизований тест, що визначає вираженість негативних (внутрішня конфліктність і самозвинувачення у професії) та позитивних (самоповага та самоефективність у професії) компонентів самоствавлення особистості як суб'єкта професійної діяльності, ділового спілкування та кар'єри.

Даний опитувальник пройшов психометричну розробку, стандартизацію та розробку тестових норм, перевірку на змістовну, критеріальну та конструктну валідність. Також він пройшов перевірку на надійність і соціальну бажаність; підтверджено його трифакторну структуру. Автор ґрунтується на методологічному, теоретичному, суб'єктному, смисловому підходах до вивчення особистості професіонала.

Професійне самоствавлення постає як динамічна система та інструмент взаємодії ставлення суб'єкта діяльності з його професійним світом, його зв'язків смислових структур та процесів реалізації професійних мотивів, що призводять до самодетермінації та саморегуляції у професійному середовищі.



До цієї методики додається інструкція; опитування складається з 39 запитань, відповіді на які передбачають вибір із 4 варіантів.

Опитувальник включає три шкали і шість субшкал, а також загальний показник:

- професійна самоповага: самовпевненість у професії, самоприхильність до професії;
- самооцінка особистісного зростання у професії;
- самоефективність у професії: внутрішня конфліктність професійного самоставлення, самоуправління у професії, самознищення у професії; самозвинувачення у професії.

Спільний показник позитивності професійного самоставлення встановлює вираженість почуття самоставлення до себе як до суб'єкта діяльності.

Щодо контингенту дослідження шкали та загальний показник опитувальника продемонстрували високу надійність вимірювань (значення показника  $\alpha$ -Кронбаха варіює від 0,72 до 0,89), що дозволяє розглядати результати тестування як достовірні.

Шкала задоволеності кар'єрою (ШЗК) К. Карпінського – це стандартизований особистісний опитувальник, що діагностує суб'єктивну задоволеність респондента власною професійною кар'єрою. Щодо вибірки дослідження шкала продемонструвала прийнятну надійність вимірювань (значення показника  $\alpha$ -Кронбаха дорівнює 0,77), що свідчить про вірогідність отриманих за допомогою даної шкали діагностичних даних.

Оцінювання п'ятирічних інтервалів кар'єри (ОПК) – модифікований Т. Гіжук варіант методики О. Кроніка та Є. Головахи «Оцінювання п'ятирічних інтервалів» (ОП).

Каузометрія професійної кар'єри (КПК) (Т. Гіжук) – модифікація каузометричного психобіографічного аналізу, розробленого О. Кроніком та Є. Головахою [19 та ін.].

Для визначення якісної специфічності професійного самоставлення та задоволеності кар'єрою твердження відповідних методик, об'єднаних у

загальний список, були піддані експлораторному факторному аналізу за методом головних компонентів (Principal components) з подальшим Варімакс-обертанням (Varimax normalized).

Критичне значення факторного навантаження пунктів опитувальників встановлено на рівні 0,50.

Факторний аналіз показав, що пункти за шкалою задоволеності кар'єрою групуються в окремий фактор і не поєднуються з факторами, що відображають професійне самоставлення фахівців у галузі охорони здоров'я (власне значення фактору 2,14; частка дисперсії (%) 4,81; факторне навантаження пунктів від 0,58 до 0,73).

Проведений аналіз дозволив зробити висновок про те, що задоволеність кар'єрою та професійне самоставлення є якісно специфічними психічними феноменами, що відбивають різні аспекти професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я. Задоволеність кар'єрою результує оцінку фахівцем у галузі охорони здоров'я прямих результатів та непрямих вигод від професійної діяльності, тоді як функція професійного самоставлення полягає в оцінці фахівцем себе як суб'єкта кар'єри. Задоволеність кар'єрою є прямим, а професійне самоставлення – непрямим індикатором, що відображає реальне просування фахівця у галузі охорони здоров'я до професійно значущих цілей та професійного благополуччя.

На наступному етапі за допомогою кореляційного аналізу Пірсона аналізувалися взаємозв'язки професійного самоставлення фахівців у галузі охорони здоров'я з задоволеністю кар'єрою (табл. 2.2).

*Таблиця 2.2*

**Результати аналізу взаємозв'язку професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я з задоволеністю кар'єрою**

<b>Параметри професійного самоставлення</b>	<b>Задоволеність кар'єрою</b>
Загальний показник позитивності професійного самоставлення	0,56

Позитивні компоненти професійного самоствавлення	
Самоповага у професії	0,41
Самовпевненість у професії	0,34
Самоприхильність у професії	0,39
Самоефективність у професії	0,40
Самоуправління у професії	0,32
Самооцінка особистісного зростання у професії	0,44
Негативні компоненти професійного самоствавлення	
Самознищення у професії	-0,51
Внутрішня конфліктність	-0,52
Самозвинувачення у професії	-0,28

*Примітка: у табл. представлені коефіцієнти кореляції Пірсона, значущі на рівні  $p \leq 0,05$ .*

Слід відзначити, що всі знайдені взаємозв'язки відповідають висунутих припущенням. Зокрема, встановлено взаємозв'язок між задоволеністю кар'єрою та професійним самоствавленням фахівців у галузі охорони здоров'я: з одного боку, задоволеність фахівцем власною кар'єрою призводить до підвищення задоволеності собою як її суб'єктом, а з іншого, – специфічні особливості професійного самоствавлення зумовлюють задоволеність кар'єрою, що підвищує професійне благополуччя.

Помірна сила виявлених кореляційних зв'язків ще раз підтверджує той факт, що задоволеність кар'єрою та професійне самоствавлення фахівців у галузі охорони здоров'я пов'язані між собою, але не є ідентичними один одному критеріями професійного благополуччя.

Кожен із цих параметрів має якісну специфіку, внаслідок якої незадоволеність кар'єрою не рівнозначна негативному професійному самоствавленню фахівців у галузі охорони здоров'я, а позитивне професійне самоствавлення не еквівалентне задоволеності кар'єрою.

При аналізі даних виявлено різні варіанти поєднання загального показника професійного самоствавлення з задоволеністю кар'єрою.

Рівень вираженості досліджуваних ознак оцінювався шляхом зіставлення індивідуальних показників респондентів із середніми значеннями показника задоволеності кар'єрою та загального показника професійного самоствавлення, підрахованими на вибірці дослідження (12,89 та 105,87 балів відповідно).

На етапі обробки емпіричних даних було проведено множинний регресійний аналіз, націлений на оцінку сукупного впливу параметрів багатомірної суб'єктивної картина кар'єри на переживання фахівцем задоволеності кар'єрою і собою як її суб'єктом.

По черзі здійснювалася перевірка чотирьох моделей, в яких набір незалежних змінних був представлений параметрами суб'єктивної картини кар'єри, виявленими за допомогою методики оцінювання п'ятирічних інтервалів кар'єри (ОПК) і каузометрії професійної кар'єри (КПК), а як залежні змінні виступали задоволеність кар'єрою та професійне самоствавлення (табл. 2.3).

*Таблиця 2.3*

**Результати регресійного аналізу за методиками оцінювання п'ятирічних інтервалів кар'єри і каузометрії професійної кар'єри у фахівців в галузі охорони здоров'я**

Параметри		Залежні змінні	
		Професійне самоствавлення	Задоволеність кар'єрою
		Модель 1	Модель 3
ОПК	Насиченість теперішнього значущими подіями	0,116*	0,117*
	Насиченість суб'єктивної	0,195*	

	картини кар'єри значущими подіями		
	Професійний оптимізм	0,12*	0,123**
	Статистика моделі	R = 0,391, R <sup>2</sup> = 0,154 F(8,522)=12,048***	R = 0,43, R <sup>2</sup> = 0,169 F(8,522)=13,186***
КПК	Мотиваційна насиченість майбутнього	Модель 2	Модель 4
			-0,319**
	Професійно- психологічний вік	0,715***	0,659***
	Коефіцієнт своєчасності	-0,249**	-0,440***
	Стратегічність		0,149*
	Впевненість	0,146*	
	Коефіцієнт багатошаровості	-0,119**	-0,101*
	Статистика моделі	R = 0,421, R <sup>2</sup> = 0,175 F(14,488)=7,415***	R = 0,423, R <sup>2</sup> = 0,185 F(14,487)=7,747***

*Примітка: у табл. представлені тільки параметри суб'єктивної картини кар'єри, які виявили значущі коефіцієнти кореляції на рівнях \*  $p \leq 0,05$ , \*\*  $p \leq 0,01$ , \*\*\*  $p \leq 0,001$ ; в якості показників зв'язку предикторів із залежною змінною у табл. наведено стандартизовані коефіцієнти регресії ( $\beta$ ).*

Отже, параметрами суб'єктивної картини кар'єри визначається від 15,7% до 17,8% дисперсії професійного самоставлення; впливом з боку суб'єктивної картини кар'єри обумовлено від 16,9% до 18,4% дисперсії задоволеності кар'єрою.

Враховуючи, що ефективність усвідомленої саморегуляції обумовлюється також компонентами інших блоків (цілепокладання, програмування та ін.) виявлений внесок суб'єктивної картини кар'єри у професійне благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я є істотним.

Встановлено, що професійне благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я обумовлюють:

- високий професійно-психологічний вік при низькій мотиваційній насиченості майбутнього;
- сприйняття фахівцями у галузі охорони здоров'я свого поточного життєвого періоду як значущого, а кар'єри в цілому – подієво насиченою;
- професійний оптимізм, який полягає у тому, що фахівець у галузі охорони здоров'я сприймає власну кар'єру як процес професійного зростання, збільшення запасу кар'єрних досягнень;
- властиве фахівцеві вміння виділити найбільш значущі події професійного життя та здатність бачити причинні та цільові зв'язки між ними;
- сприйняття фахівцем у галузі охорони здоров'я власного професійного життя як безперервного, цілісного шляху у напрямку реалізації власних професійних цілей;
- узгодженість хронологічного та професійно-психологічного віку.

Множинний регресійний аналіз показав статистично значущі ефекти впливу параметрів суб'єктивної картини кар'єри на задоволеність кар'єрою та професійне самоствавлення фахівців у галузі охорони здоров'я.

Отримані результати дозволили припустити, що суб'єктивна картина кар'єри матиме відмінності у типах професійного благополуччя фахівців. Підготовчим етапом перевірки висунутої гіпотези виступило виділення типів професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

При аналізі отриманих емпіричних даних були виокремлені різні варіанти поєднання загального показника професійного самоствавлення з задоволеністю кар'єрою.

На підставі такого аналізу виявлено якісно специфічні типи професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я:

- професійно неблагополучних, до якого входять фахівці, які зазнають виражене невдоволення кар'єрою і собою як її суб'єктом;

- професійно благополучних, до якого входять ті фахівці, у яких хоча б один із критеріїв виявив рівень вищий за середній. У середині цієї групи виокремлено конструктивний і неконструктивний варіанти професійного благополуччя:

- конструктивний варіант професійного благополуччя, що включає у себе фахівців, задоволених власною кар'єрою, як сукупністю професійних досягнень, і собою, як суб'єктом власного професійного шляху;

- неконструктивний варіант професійного благополуччя, який включає два підтипи:

- підтип 1, що характеризується високим рівнем задоволеності кар'єрою при низькому рівні загального показника позитивності професійного самоствавлення;

- підтип 2, який визначає низький рівень задоволеності кар'єрою при високому рівні інтегрального показника позитивності професійного самоствавлення. Фахівці, які увійшли до цього підтипу, відчуючи задоволеність собою як суб'єктом кар'єри, незадоволені тим, як складається їхнє професійне життя. Ця невідповідність може бути викликана тим, що фахівець, маючи впевненість у власній компетентності, а також високі претензії на професійний успіх і соціальне визнання, не отримує бажаних та очікуваних дивідендів у вигляді конкретних професійних досягнень.

Побудована класифікація типів професійного благополуччя є обґрунтованою: згідно з результатами математико-статистичного аналізу відмінності виділених типів встановлено на високому рівні значущості.

Далі за допомогою однофакторного та багатовимірної дисперсійного аналізу перевірялася гіпотеза про різні параметри суб'єктивної картини кар'єри у фахівців в галузі охорони здоров'я, що належать до різних типів професійного благополуччя. Спочатку був проведений багатовимірний

дисперсійний аналіз, в якому як предиктор виступав тип професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я, а в ролі багатовимірної залежної змінної – суб'єктивна картина кар'єри, представлена сукупністю параметрів, виявлених за допомогою оцінювання п'ятирічних інтервалів кар'єри та за допомогою каузометрії професійної кар'єри (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

**Результати багатовимірного дисперсійного аналізу відмінностей суб'єктивної картини кар'єри у фахівців в галузі охорони здоров'я з різними типами професійного благополуччя**

Фактор	Тест	ОПК			КПК		
		Значення	F	p	Значення	F	p
Тип професійного благополуччя	ОПС	0,826	3,63	0,00000	0,778	2,84	0,00000
	ШЗК	0,175	3,57	0,00000	0,229	2,79	0,00000
	ОПК	0,189	3,72	0,00000	0,253	2,88	0,00000
	КПК	0,148	8,58	0,00000	0,170	5,92	0,00000

Результати всіх використаних критеріїв вказують на наявність статистично значущих відмінностей ( $p=0,00000$ ) параметрів суб'єктивної картини кар'єри у групах фахівців в галузі охорони здоров'я з різним типом професійного благополуччя.

Для деталізації одержаних результатів було виконано однофакторний дисперсійний аналіз (табл. 2.5).

Спираючись на отримані дані, узагальнено, що фахівці у галузі охорони здоров'я з різним типом професійного благополуччя відрізняються за низкою параметрів суб'єктивної картини кар'єри.

Виходячи з аналізу середніх значень, можна припустити, що найбільші відмінності існують між двома полярними типами: з низьким рівнем професійного благополуччя і високим рівнем (конструктивним типом) професійного благополуччя.



Таблиця 2.5

**Результати однофакторного дисперсійного аналізу відмінностей суб'єктивної картини кар'єри у фахівців в галузі охорони здоров'я з різними типами професійного благополуччя**

Параметри суб'єктивної картини кар'єри	Критерій Фішера F, p	Середні значення у групах фахівців з різними типами професійного благополуччя			
		НБЛ	БЛ		
			К	НК1	НК2
Оцінювання п'ятирічних інтервалів кар'єри					
Очікувана тривалість кар'єри	$F(3; 589) = 13,7;$ $p = 0,000000$	50,84	55,36	52,90	54,78
Насиченість теперішнього значущими подіями	$F(3; 544) = 8,96;$ $p = 0,000009$	7,05	8,04	7,13	7,36
Насиченість минулого значущими подіями	$F(3; 542) = 14,019;$ $p = 0,000000$	22,02	31,95	28,33	26,31
Насиченість майбутнього значущими подіями	$F(3; 540) = 3,86;$ $p = 0,009341$	16,19	17,28	13,29	20,74
Насиченість суб'єктивної картини кар'єри значущими подіями	$F(3; 543) = 19,20;$ $p = 0,000000$	45,199	57,287	48,770	54,479
Реалізованість кар'єри	$F(3; 542) = 5,24;$ $p = 0,001576$	0,57	0,63	0,65	0,59
Професійно-психологічний вік	$F(3; 543) = 8,80;$ $p = 0,000011$	29,74	36,65	35,80	30,95

Коефіцієнт своєчасності	F (3; 545) = 3,42; p = 0,016956	77,09	80,90	83,78	75,84
Професійний оптимізм	F(3; 519) = 5,14; p = 0,001779	-0,17	0,05	-0,03	0,02
Каузометрія професійної кар'єри					
Мотиваційна насиченість минулого	F (3; 489) = 3,44; p = 0,018325	71,86	78,84	83,29	76,22
Мотиваційна насиченість майбутнього	F(3; 495) = 4,83; p = 0,002453	7,30	3,19	2,69	5,70
Професійно-психологічний вік	F (3; 499) = 7,78; p = 0,000043	34,997	43,570	42,412	40,787
Цілеспрямованість	F (3; 503) = 2,94; p = 0,031547	52,38	53,93	49,12	55,96
Конфліктність суб'єктивної картини кар'єри	F (3; 502) = 4,44; p = 0,004386	-64,45	-81,46	-69,50	-69,19
Раціональність	F(3; 501) = 2,90; p = 0,034123	36,64	44,60	41,33	35,78
Коефіцієнт багат шаровості	F (3; 489) = 4,05; p = 0,007569	20,24	15,91	19,20	17,29

*Примітка: у табл. подано ті параметри суб'єктивної картини кар'єри, стосовно яких виявлено значущі відмінності; умовні позначення: НБЛ – професійно неблагополучні, БЛ – професійно благополучні, К – конструктивний тип професійного благополуччя, НК1 – неконструктивний варіант професійного благополуччя, підтип 1, НК2 – неконструктивний варіант професійного благополуччя, підтип 2.*

Для підтвердження висунутого припущення було проведено порівняннями середніх значень параметрів суб'єктивної картини кар'єри у двох полярних групах фахівців у галузі охорони здоров'я методом Г. Шеффе (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

**Порівняння середніх значень параметрів суб'єктивної картини кар'єри фахівців у галузі охорони здоров'я з низьким і високим рівнями професійного благополуччя за методом Г. Шеффе**

<b>Параметри суб'єктивної картини кар'єри</b>					
<b>Оцінювання п'ятирічних інтервалів кар'єри</b>					
Очікувана тривалість кар'єри	Насиченість теперішнього значущими подіями	Насиченість минулого значущими подіями	Насиченість суб'єктивної картини кар'єри значущими подіями	Професійно-психологічний вік	Професійний оптимізм
0,000000	0,000109	0,000000	0,000000	0,000207	0,001979
<b>Каузометрія професійної кар'єри</b>					
Мотиваційна насиченість майбутнього	Професійно-психологічний вік	Конфліктність суб'єктивної картини кар'єри	Коефіцієнт багатозаровості		
0,012132	0,000078	0,008101	0,013673		

*Примітка: у табл. представлені статистично значущі відмінності на рівні  $p \leq 0,05$  між групами порівняння.*

Далі проводилася оцінка достовірності побудованої типології виходячи з зовнішнього, стосовно неї, критерію. В якості зовнішнього критерію було обрано кваліфікаційну категорію фахівців у галузі охорони здоров'я, яка виступає об'єктивним індикатором професійного благополуччя фахівця.

Шляхом кростабуляції були підраховані частоти сполученості типів професійного благополуччя з присвоєними фахівцям кваліфікаційними категоріями. Оцінка частот сполученості показала, що вища категорія з більшою частотою зустрічається у групі фахівців в галузі охорони здоров'я, які переживають конструктивний варіант професійного благополуччя, а фахівці без категорії помітно переважають у групі з неконструктивним варіантом професійного благополуччя та у професійно неблагополучних.

Емпіричні значення статистичних критеріїв  $\chi^2$  ( $\chi^2(9)=69,48$ ,  $p=0,01$ ) та коефіцієнта сполученості Пірсона ( $C=0,41$ ) вказують на наявність статистично значущого зв'язку між типом професійного благополуччя та кваліфікаційною категорією фахівців у галузі охорони здоров'я.

Результати проведеного аналізу підтверджують правомірність виділення типів, що відбивають різні варіанти переживання професійного благополуччя фахівцями у галузі охорони здоров'я.

Отже, задоволеність кар'єрою та професійне самоставлення є пов'язаними, але різними критеріями професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я. Певне поєднання професійного самоставлення з задоволеністю кар'єрою дозволяє виділити якісно специфічні типи професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

Проведений аналіз дозволив зробити висновок, що суб'єктивна картина кар'єри фахівців у галузі охорони здоров'я, які відчувають професійне благополуччям, істотно відрізняється від суб'єктивної картини кар'єри професійно неблагополучних фахівців. Професійно благополучні фахівці у галузі охорони здоров'я планують продовжувати свою кар'єру у середньому на 5 років довше за своїх колег з групи професійного неблагополуччя; їх суб'єктивна картина кар'єри більш насичена значущими подіями, при цьому події, включені у картину кар'єри, однорідні за своєю значимістю.

Професійно благополучним фахівцям у галузі охорони здоров'я притаманний професійний оптимізм, у їх суб'єктивній картині кар'єри домінують позитивні міжподієві зв'язки; вони відчувають значний багаж

досвіду професійних досягнень і перемог, про що свідчить високий професійно-психологічний вік.

Перелічені параметри визнано оптимальними для досягнення фахівцями у галузі охорони здоров'я професійного благополуччя.

Враховуючи результати множинного регресійного аналізу, який підтвердив, що суб'єктивна картина кар'єри значуще обумовлює задоволеність фахівця у галузі охорони здоров'я кар'єрою і собою як її суб'єктом, можна припустити, що можливим є кваліфікований психологічний супровід з підвищення професійного благополуччя, зокрема шляхом приведення параметрів суб'єктивної картини кар'єри у відповідність до параметрів даного образу професійно благополучних фахівців у галузі охорони здоров'я.

Проведений попередній аналіз показав, що професійне благополуччя фахівця багато в чому визначається вибором професії та успішністю професійної діяльності. Саме тому важливо зрозуміти особливості побудови професійної кар'єри, що може здійснюватися як раціональними, так і нераціональними способами. У зв'язку з цим ми припустили, що одним із визначальних чинників професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я є особливості побудови професійної кар'єри.

У межах роботи досліджувалися три стратегії поведінки: раціональна стратегія поведінки, що полягала у самореалізації фахівців у галузі охорони здоров'я та дві нераціональні (маніпулювання та трудоголізм), які можуть призвести до небажаних для фахівця наслідків при побудові кар'єри та погіршувати його професійне благополуччя [64 та ін.].

На цьому етапі дослідження використовувалися шкала психологічного благополуччя (С. Ryff, адаптація П. Фесенко, Т. Шевеленкової), шкала працевалежності (С. Andreassen, M. Griffiths, J. Hetland & S. Pallesen) [32], шкала макіавеллізму особистості (R. Christie, F.L. Geis, адаптація В. Знакова), анкета на виявлення ставлення фахівців у галузі охорони здоров'я до кар'єри

та визначення таких стратегій поведінки, як самореалізація, маніпулювання і трудоголізм [29; 30].

Математико-статистична обробка емпіричних даних проводилася за допомогою програми IBM SPSS Statistics 22.0.

Результати дослідження показали, що у 79,6% респондентів, які взяли участь у дослідженні, при побудові кар'єри виражена раціональна стратегія самореалізації. Нераціональні стратегії побудови кар'єри (маніпулювання та трудоголізм) характерні для інших 20,4% респондентів (7,9% та 12,5% відповідно).

Фахівці, які вважають свою професійну діяльність провідною сферою життя, найбільш схильні до маніпулювання ( $r=0,298$ ;  $p=0,005$ ). При цьому фахівці, які не ставляться до кар'єри як важливої складової життя, також схильні до маніпулювання ( $r=0,569$ ;  $p=0,005$ ).

На підставі отриманих результатів зроблено припущення про те, що фахівці, для яких побудова кар'єри є провідною метою у житті, схильні до ризику формування психологічної працевалежності. Ця залежність виявлена на рівні статистичної тенденції ( $r=0,458$ ;  $p=0,064$ ).

У результаті процедури кластерного аналізу було виділено два кластери, що визначають особливості стратегій поведінки фахівців у галузі охорони здоров'я при побудові кар'єри.

Кластер 1. Раціональна стратегія побудови кар'єри, спрямована на самореалізацію фахівців у галузі охорони здоров'я. Ця стратегія розглядалася у межах екзистенційної психології, як наслідок втілення смислу, інтенційності життя.

Кластер 2. Нераціональні стратегії поведінки, одна з яких характеризується ризиком розвитку працевалежності, інша – схильністю до маніпулювання. Ці стратегії об'єднані з такою шкалою як «баланс афекту», що розглядається як полярна міра психологічного благополуччя.

Під час проведення кореляційного аналізу було виявлено взаємозв'язок виділеної раціональної стратегії поведінки (самореалізація) з такими компонентами благополуччя, як:

- управління середовищем ( $r=0,308$ ;  $p=0,002$ ); тобто чим вище результати за цією шкалою, тим більш вираженою є стратегія самореалізації, яка свідчить, що фахівці, які реалізують себе у кар'єрі, здатні створювати всі необхідні умови до досягнення цілей. Вони мають компетенції в управлінні оточенням і ефективно використовують можливості, що зустрічаються на їх професійному шляху;

- осмислення життя ( $r=0,349$ ;  $p=0,001$ ). Отриманий взаємозв'язок осмислення життя і стратегії самореалізації дає підстави вважати, що смисл полягає у діяльності як такій. У кожного він (смысл) свій і не зводиться до результату. Саме втілення себе у кар'єрі є смыслом, який позбавляє безпорадності, екзистенційного вакууму. Можна припустити, що фахівці, які використовують таку стратегію поведінки у кар'єрі, як самореалізація, здійснюють свою потребу у прагненні до смыслу;

- людина як відкрита система ( $r=0,319$ ;  $p=0,001$ ). Ця шкала методики відображає високу здатність засвоювати нову інформацію, відкритість до нового досвіду та реалістичний погляд на життя.

Керуючись стратегією самореалізації, ми виявляємо розвиток та ускладнення людини як системи у процесі побудови своєї професійної кар'єри. Зважаючи на це, виділена стратегія самореалізації спрямована на пошук смислів, відкритість світу, можливостей; є вільним, але відповідальним вибором фахівців у галузі охорони здоров'я при побудові професійної кар'єри і однією зі сприятливих стратегій, яка, безперечно, сприяє професійному благополуччю.

Проведений кореляційний аналіз дозволив встановити взаємозв'язок між трудоголізмом (що становить нераціональну стратегію поведінки) та показником психологічного благополуччя «позитивні відносини» ( $r=-0,186$ ;  $p=0,05$ ). Отже, респонденти, які діють за допомогою даної стратегії

поведінки, мають лише обмежену кількість довірчих відносин з оточуючими: їм складно бути відкритими, виявляти емпатію та піклуватися про інших; у міжособистісних взаєминах, як правило, вони ізольовані та фрустровані; не бажають йти на компроміс для підтримки важливих зв'язків із оточуючими. За даною стратегією, яка позначена як нераціональна, процес зміни варто розпочати саме зі взаємодії з оточуючими, корекції навичок комунікації, створення довірчих відносин.

Виявлено зворотний кореляційний зв'язок на високому рівні статистичної значущості між маніпулюванням, як складовою нераціональної стратегії поведінки, і стратегією самореалізації ( $r=-0,242$ ;  $p=0,019$ ). Крім того, у маніпуляторів відзначається низька вираженість професійного благополуччя ( $r=-0,213$ ;  $p=0,048$ ) та висока вираженість показника «Баланс афекту» ( $r=0,254$ ;  $p=0,019$ ). Високі бали за цією шкалою свідчать про негативну самооцінку респондента, незадоволеність обставинами свого життя, відчуття безсилля.

Недостатня здатність деяких респондентів підтримувати позитивні відносини з оточуючими, зневіра у власні сили, недооцінка власних здібностей долати життєві перешкоди, засвоювати нові вміння та навички досить часто компенсується застосуванням маніпулятивних прийомів взаємодії з оточуючими.

Таким чином, було встановлено зворотний кореляційний зв'язок схильності до маніпулятивної поведінки зі змінними, що характеризують стан наявності екзистенційного вакууму, незадоволеності власним життям.

### **2.3. Сенси у професійній діяльності у прогнозі професійного благополуччя фахівців в галузі охорони здоров'я**

Смисловий підхід у дослідженні реалізовувався у вигляді вивчення смислових орієнтацій фахівців у галузі охорони здоров'я щодо професійної діяльності.



Нагадаємо, що вивчення проблеми значеннєвих утворень особистості почалося після введення у науковий психологічний тезаурус категорії особистісного смислу, яку вчені розглядають як індивідуалізоване відображення дійсного ставлення особистості до тих об'єктів, заради яких розгортається її діяльність, усвідомлювана як значення для неї засвоєваних знань про світ, що включають поняття, вміння, дії та вчинки, які здійснюються, соціальні норми, ролі, цінності, ідеали [9; 13; 17; 18; 38; 46; 120; 133 та ін.].

Якщо фахівець ставиться до себе як до суб'єкта своєї діяльності, то виконання цієї діяльності набуває для нього характер вирішення завдання особистісного смислу. Ціннісно-сміслові самовизначення не просто трансформують ставлення фахівця до дійсності; наділяючи дійсність смислами та цінностями діяльності, фахівець перетворює її на зміст свого внутрішнього світу.

Механізми породження смислів найповніше представлені у науковому доробку вчених, які виділяють смислові процеси – смислоутворення, смислопородження, смислоусвідомлення, смислобудування, смислове вираження [9; 27; 38 та ін.].

Зазначимо, що у парадигмі смислового підходу професійне самоствавлення, розглянуте нами вище (п. 2.2), може тлумачитися як динамічна система смислових структур і процесів, що орієнтують фахівця в інструментальних зв'язках між індивідуальними властивостями та процесами реалізації професійних мотивів та цінностей, а також регулюють поведінку, професійну діяльність, ділове спілкування відповідно до цих зв'язків.

Виокремлено інваріанти професійного смислу Я:

- позитивний професійний смисл Я, у якому індивідуальна властивість об'єктивно сприяє успішній реалізації професійної діяльності, полегшує ділове спілкування, оптимізує побудову кар'єри;

- негативний професійний смисл Я, у якому індивідуальна властивість об'єктивно перешкоджає досягненню успіху у професійній діяльності, ускладнює ділове спілкування, гальмує кар'єрне зростання;

- конфліктний професійний смисл Я, у якому індивідуальна властивість одночасно і сприяє, і протидіє успішному розгортанню професійної діяльності, спілкуванню та кар'єрі.

У смислових структурах виділяється функція прийняття певної цінності як особистісно значущої, а не лише декларованої.

Ціннісно-сміслові ставлення до того, що відбувається, у тому числі до професійної діяльності, становить сутнісну характеристику суб'єкта діяльності.

Смислові структури дозволяють також оцінювати і регулювати будь-яку діяльність не тільки з боку успішності досягнення тих чи інших цілей, а й з боку її моральної оцінки, тобто з боку того, наскільки вона реалізує загальнолюдські цінності, наскільки правомірні відносини між мотивами і цілями, цілями та засобами їх досягнення [47 та ін.].

Як відомо, поняття «складного внутрішнього світу» передбачає ситуацію конкуренції мотивів чи цінностей за неможливості однозначно вирішити питання про їхнє домінування; завдання встановлення пріоритетності конкуруючих мотивів і цінностей вирішується суб'єктом щоразу заново і є одним із проявів саморегуляції життєдіяльності [27 та ін.].

З теоретичної позиції можна стверджувати, що повноцінний розвиток суб'єкта характеризується динамікою, яка розгортається у напрямі ускладнення життєвого світу, збільшення його мірності, прояву у ньому все більш різноманітних цінностей та смислів [120; 150 та ін.].

Джерелом самоствавлення та відображеного у ньому професійного смислу Я є мотиви та цінності, які фахівець переслідує у своїй професійній діяльності.

Метою емпіричного дослідження на цьому його етапі була перевірка припущень про те, що смисли професійної діяльності (значущі відносини у

професії) впливатимуть на рівень професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я: позитивне ставлення до професії створює сприятливі умови для підвищення рівня професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

Для досягнення поставленої на цьому етапі мети дослідження необхідно було вирішити такі завдання: визначити смисли професійної діяльності та виявити характер зв'язків між значущими відносинами у професії та рівнем професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

Для перевірки висунутих гіпотез було застосовано такі математичні критерії: критерій Фішера; критерій Колмогорова-Смирнова на нормальність розподілу; статистичний критерій Н-Крускала-Уолліса; кореляційний аналіз  $r$ -Спірмена для виявлення наявності зв'язку між показниками та рівнями.

Використано психодіагностичний комплекс методик для вирішення поставлених завдань цього етапу дослідження та реалізації його мети.

Так, для дослідження ступеня сформованості професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я було використано первинну версію методики оцінки професійного благополуччя (МОПБ) (Л. Августова, Є. Рут) [32].

Дана методика була розроблена на основі результатів модифікації методики професійного благополуччя К. Ріфф. Заклучний її варіант був апробований та пройшов перевірку критеріальної валідності, синхронної надійності 6-факторної моделі професійного благополуччя.

Ця методика надала можливість оцінити професійне благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я за такими шкалами:

- автономність у професійній діяльності;
- професійне самоприйняття (задоволеність рівнем компетентності, задоволеність професійними досягненнями);
- позитивні стосунки;
- професійний розвиток (професійне зростання, професійні цілі);

- загальний показник професійного благополуччя.

Бланк опитування до методики складається з інструкції та 36 тверджень. При відповіді на запитання респонденту необхідно висловити свою згоду з твердженням за 5-бальною шкалою.

Для діагностики особистісного смислу у професійній діяльності, як основи дослідження значущих відносин у професії, ми скористалися опитувальником «Метафори професійної діяльності» (МПД) (К. Карпінський, Т. Гіжук) [32].

Перевага методик обумовлена змістовим вимірюванням показників. Дана перевага характеризує, зокрема, суб'єктивне ставлення фахівців у галузі охорони здоров'я до професійного середовища.

Так, опитувальник «Метафори професійної діяльності» (МПД) (К. Карпінський, Т. Гіжук) є одним із основних діагностичних засобів щодо встановлення особистісного смислу професійної діяльності.

Опитувальник нейтралізує механізми психологічного захисту при його виконанні. Він пройшов перевірку надійності та конвергентної валідності і дозволяв досліджувати загальний рівень особистісного смислу професійної діяльності фахівців у галузі охорони здоров'я та одночасно за персональними варіаціями встановлювати особистісно-сміслові ставлення до професії.

Дана методика складається з інструкції та стимульного матеріалу з 15 метафор, поєднаних із професійною діяльністю. Усі метафори методики згруповані у три шкали:

- відчуження від професії;
- захоплення професією;
- розчарування у професії.

Залежно від поєднання балів, які набрали респонденти за шкалами «розчарування у професії» та «захоплення професією» можна визначити психологічний різновид особистісного смислу професійної діяльності (негативний, позитивний та конфліктний).

Реалізуючи завдання, респондент керується представленою 7-бальною шкалою.

Обрані методики відповідають цілям дослідження та його теоретико-методологічним основам. Методики апробовані, надійні та валідні.

Процедура дослідження полягала у послідовному пред'явленні опитувальників респондентам після того, як вони вносили в анкету дані, у яких вказувалися основні критерії емпіричної бази вивчення, такі як стать, вік, стаж професійної діяльності, кваліфікаційна категорія тощо.

Проаналізовано результати даних про розподіл фахівців у галузі охорони здоров'я за показниками загального рівня професійного благополуччя, отриманими за допомогою методики оцінки професійного благополуччя (МОПБ) (Л. Августова, К. Рут).

Встановлено, що по вибірці (152 респондента) переважає середній рівень професійного благополуччя (69,1% фахівців у галузі охорони здоров'я). У 5,9% та у 25,0% фахівців у галузі охорони здоров'я спостерігається низький та високий рівень професійного благополуччя відповідно.

Отримані результати показали, що загалом переважна більшість (94,1% фахівців у галузі охорони здоров'я) мають високий та середній рівні професійного благополуччя та відчують себе психологічно благополучними у професійній діяльності.

За окремими параметрами професійного благополуччя більш вираженими на високому рівні є показники за шкалами: «професійні цілі» (18,4%), «позитивні відносини у колективі» (17,7%) і «професійне зростання» (15,1%).

Це свідчить про те, що фахівці у галузі охорони здоров'я виявляють орієнтири на власну систему професійних установок та цінностей; вони схильні ставити цілі та досягати їх виконання, диференціювати свою думку від поглядів та суджень оточуючих.

Показник «позитивні відносини у колективі» вказує на те, що у медичному колективі зазвичай складаються достатньо емпатійні та довірчі відносини. Це сприяє можливості гармонійно перебувати у робочому процесі та проявляти себе, як професіонала.

Найменш вираженим був показник «задоволеність професійними досягненнями» (8,5%). Можна припустити, що це пов'язано з тим, що професійні здобутки складно суб'єктивно оцінити у повному обсязі.

Окремо розглянуто розподіл фахівців у галузі охорони здоров'я залежно від рівня їх професійного благополуччя з застосуванням критерію Фішера (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

**Значимість відмінностей у показниках професійного благополуччя, ставлення до професії та професійного самоствавлення фахівців у галузі охорони здоров'я**

Показники методик		Рівні	Femp
Показники професійного благополуччя	Автономність у професійній діяльності	В	1,538
		С	2,893
		Н	2,2
	Задоволеність професійними досягненнями	С	1,27
	Професійне зростання	Н	1,185
	Професійні цілі	В	1,449
		С	1,038
	Загальний показник професійного благополуччя	В	0,979
С		1,44	
Види ставлення до професії	Позитивне ставлення		<b>2,03</b>
	Конфліктне ставлення		1,377
	Відчужене ставлення		1,06
Характер	Самоповага у професії	В	1,377

професійного самоствалення	Самовпевненість у професії	В	<b>1,811</b>
	Самоприхильність у професії	В	1,073
	Самозвинувачення у професії	С	0,711
	Самооцінка особистісного зростання у професії	В	1,324
		Н	0,979

*Примітка:  $F_{крит} = 1,64$  при  $p \leq 0,05$ ;  $F_{крит} = 2,31$  при  $p \leq 0,01$ , жирним шрифтом виділено показники, які перебувають на рівні значущості, В – високий рівень, С – середній рівень, Н – низький рівень.*

Встановлено значущі відмінності за рівнем автономності у професійній діяльності між фахівцями з різною кваліфікаційною категорією. Так, фахівці з вищою та першою категоріями самостійніше приймають рішення, діють відповідно до своїх особистих установок, незалежно від думки колег. Фахівці, які мають високий рівень показників за цією шкалою, оцінюють себе і свою поведінку, виходячи з індивідуальних професійних поглядів. Низькі бали за цією шкалою свідчать про схильність до певного тиску під час виконання діяльності, стурбованість оцінками та очікуваннями колег, які спостерігаємо у фахівців з другою кваліфікаційною категорією.

Аналіз показників фахівців у галузі охорони здоров'я застосованих методик за критерієм Колмогорова-Смирнова наведено у табл. 2.8.

*Таблиця 2.8*

**Аналіз показників фахівців у галузі охорони здоров'я  
за критерієм Колмогорова-Смирнова**

<b>Показники методик</b>	<b>Критерій <math>d_{емп}</math></b>
Автономність у професійній діяльності	<b>0,006</b>
Задоволеність рівнем компетентності	<b>0,011</b>
Задоволеність професійними досягненнями	<b>0,009</b>

Професійне зростання	<b>0,010</b>
Професійні цілі	<b>0,012</b>
Позитивні відносини у колективі	<b>0,021</b>
Загальний показник професійного благополуччя	<b>0,026</b>
Відчуження у професії	<b>0,032</b>
Захоплення професією	<b>0,019</b>
Розчарування у професії	0,078
Вид ставлення до професії	<b>0,024</b>
Внутрішня конфліктність професійного самоставлення	<b>0,031</b>
Самоповага у професії	<b>0,018</b>
Самовпевненість у професії	<b>0,027</b>
Самоприхильність у професії	<b>0,019</b>
Самозвинувачення у професії	<b>0,022</b>
Самоефективність у професії	<b>0,012</b>
Самоуправління у професії	<b>0,016</b>
Самооцінка особистісного зростання у професії	<b>0,009</b>
Самозвинувачення у професії	<b>0,020</b>
Загальний показник позитивності професійного самоставлення	<b>0,015</b>

*Примітка: жирним шрифтом виділені показники, які перебувають у зоні значущості.*

Отже, можна зробити висновок, що рівні професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я переважно перебувають у діапазоні середніх значень. Фахівці, які мають низький рівень професійного благополуччя, більшою мірою можуть переживати внутрішньоособистісні конфлікти.

Для розуміння значущості відмінностей показників фахівців у галузі охорони здоров'я з різним рівнем професійного благополуччя було



проведено порівняльний аналіз за допомогою непараметричного статистичного критерію Н-Крускала-Уолліса.

Виявлено статистично значущі відмінності ( $p \leq 0,001$ ) за показниками: автономності у професійній діяльності (Немп=21,675); професійних цілей (Немп=13,232); професійного зростання (Немп=10,579); позитивних відносин у колективі (Немп=35,907); задоволеності рівнем компетентності (Немп=24,221); задоволеності професійними досягненнями (Немп=24,631) та за загальним показником професійного благополуччя (Немп=49,856).

Це підтверджує достовірність та значущість відмінностей між окремими показниками та загальним показником професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

Таблиця 2.9

**Вираженість показників за рівнями професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я (у середніх балах)**

Показники	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень	Немп
	Середній ранг	Середній ранг	Середній ранг	
А	63,27	40,83	18	21,675***
ЗРК	64,5	41	16,63	24,221***
ЗПД	68,14	39,37	20,54	24,631***
ПЗ	61,09	38,22	32,46	10,579***
ПЦ	53,77	42,23	20,13	13,232***
ПВ	68,18	41,49	10,42	35,907***
ЗПБ	75	41	6,5	49,856***

Примітка: \* –  $p < 0,1$ ; \*\* –  $p \leq 0,05$ ; \*\*\* –  $p \leq 0,00$ ; А – автономність у професійній діяльності; професійний розвиток (ЗРК – задоволеність рівнем компетентності, ЗПД – задоволеність професійними досягненнями); професійний розвиток (ПЗ – професійне зростання, ПЦ – професійні цілі);

*ПВ – позитивні відносини у колективі; ЗПБ – загальний показник професійного благополуччя.*

Фахівці у галузі охорони здоров'я, які мають виражений середній показник професійного благополуччя, можна охарактеризувати нормативністю параметрів цього конструкту. Проблеми професійного розвитку та задоволеність рівнем компетенції на майбутнє не є наразі актуальними для них і не стоять першорядними за значимістю, проте вони сприймають себе «зростаючими» і фахівцями, які самореалізуються.

У фахівців, які мають низький рівень професійного благополуччя, показники професійного розвитку та професійних цілей значно нижчі від інших. Важливо відзначити, що ці фахівці можуть незалежно врегулювати особисту поведінку, адекватно оцінювати себе, відповідно до своїх особистих критеріїв, проте допускається ймовірність залежності та впливу оточуючих на їхню думку. Крім того, у них простежується певна байдужість та відсутність інтересу до професійного зростання.

Далі ми звернулися до аналізу ставлення до професії, щоб виявити особистісний смисл, який впливає на рівень професійного благополуччя та відчуття захопленості професійною діяльністю фахівців у галузі охорони здоров'я. З цією метою ми скористалися опитувальником «Метафори професійної діяльності» (МПД) (К. Карпінський, Т. Гіжук).

Грунтуючись на думці авторів методики, можна зробити висновок, що фахівці у галузі охорони здоров'я, які характеризуються відчуженим ставленням до професії відрізняються недоцільністю своєї професії, вони відчують свою професійну діяльність як втрачену частину життя, що виконується лише з зовнішнього обов'язку та за необхідністю. Цьому можливо сприяла низка чинників, як-то незадовільне матеріальне забезпечення або добре здійснювана діяльність без відчуття привабливості, смислу для себе у своїй роботі.

За показником «захопленість професією» спостерігається вираженість середнього та високого рівнів, які становлять у сукупності 85,5%

респондентів (54,6% та 30,9% відповідно). Це вказує на те, що фахівці у галузі охорони здоров'я захоплені професійною діяльністю. Вони застосовують робочий процес як засіб для професійного саморозвитку.

За рівнем «розчарування у професії» отримано такі результати: низький рівень спостерігається у 38,8% фахівців у галузі охорони здоров'я, 57,9% фахівців продемонстрували середній рівень вираженості розчарування у професії, 3,3% фахівців показали високий рівень - вони відчувають певною мірою труднощі і перешкоди. Ці чинники заважають і перешкоджають реалізації обраного професійного шляху, наростає негативний чинник ставлення до професійної діяльності.

З отриманих результатів видно, що професія визначається як особистісно значуща у 85,5% респондентів, але є досліджувані, розчаровані у своїй професії – 3,3% і мають відчуження до професії 4,6%. Ці фахівці втратили зацікавленість до роботи і при виникаючих труднощах можуть демонструвати зниження результативності професійної діяльності.

На наступному етапі роботи було проаналізовано характер ставлення до професії фахівців у галузі охорони здоров'я з різною кваліфікаційною категорією. Виходячи з отриманих даних 34,2% фахівців з вищою та першою категоріями виявляють позитивне ставлення, 8,5% з них відчувають конфліктне ставлення до професії (див. табл. 2.10). Отже, можемо припустити, що для професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я та його позитивного впливу потрібні смислові перебудови суб'єкта діяльності.

Окремо розглянуто результати дослідження щодо характеру ставлення до професії фахівців у галузі охорони здоров'я з різною кваліфікаційною категорією з застосуванням критерію Фішера.

Виявлено значущі відмінності за показником «позитивне ставлення до професії».

Фахівці у галузі охорони здоров'я з вищою кваліфікаційною категорією та першою категорією більш захоплені своєю професією, вони більш впевнені у собі, задоволені своєю професією, більш ефективні у своїй роботі.

У них є вищими самостійність, відповідальність та самооцінка. Такі фахівці намагаються реалізувати себе. Серед них значно менше фахівців, які мають конфліктне ставлення до професії.

Таблиця 2.10

**Розподіл фахівців у галузі охорони здоров'я за характером ставлення до професії (у %)**

Групи респондентів	Характер ставлення до професії			
	Позитивне ставлення	Конфліктне ставлення	Негативне ставлення	Відчужене ставлення
З вищою та першою категоріями	34,2	8,5	2,6	2,3
З другою категорією	25,7	21,1	3,3	2,3
Всього	59,9	29,6	5,9	4,6

Таким чином, виявлено:

- у 59,5% фахівців позитивне ставлення до професії;
- у 29,6% фахівців конфліктне ставлення до професії;
- у 5,9% фахівців негативне ставлення до професії;
- у 4,6% фахівців відчужене ставлення до професії.

Фахівці, які мають відчужене ставлення до професії відчують недоцільність своїх вчинків у професійній діяльності та накопичений негативний досвід. Він призводить до неоптимального варіанту регуляції професійної кар'єри або до емоційного вигорання, що знижує їх професійне благополуччя.

Результати показали, що в цілому професійна діяльність у галузі охорони здоров'я для більшості фахівців усвідомлена і наділена змістом, вона спрямована на побудову та підпорядкування професійного життя відповідно до суб'єктивно прийнятих цілей.

Розкрито зв'язок між значущими відносинами у професії та рівнем професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

З метою визначення характеру зв'язку між значущими відносинами у професії та професійним благополуччям фахівців у галузі охорони здоров'я було здійснено кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Спірмена). У разі виявлення зв'язків між різними показниками оцінювалася вся вибірка.

Статистичні результати відображені у табл. 2.11.

Таблиця 2.11

**Кореляційний аналіз значущих відносин у професії як предиктора професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я з застосуванням коефіцієнта рангової кореляції Спірмена**

Показники значущих відносин у професії	Показники професійного благополуччя						
	А	ЗРК	ЗПД	ПЗ	ПЦ	ПВ	ЗПБ
Відчуження професії у	,207**	,309**	,159**	-,031**	,021**	,319**	,243**
Захоплення професією	-,032**	-,068**	-,214**	-,007**	,240**	-,176**	-,079 **
Розчарування професії у	,221**	,317**	,165**	,049*	,066**	,289**	,345**
Характер ставлення до професії	,228**	,319**	,151**	-,026**	,018**	,242**	,312**
Внутрішня конфліктність	-,016**	,037**	,025**	-,042**	,044**	,069**	,020**
Самоповага професії у	-,112**	-,143**	-,060**	-,139**	-,043**	-,208**	-,189 **
Самовпевненість професії у	-,176**	-,088**	-,054**	-,058**	-,071**	-,228**	-,213 **
Самоприхильність	-,155**	-,221**	-,127**	-,116**	-,120**	-,281**	-,274 **

у професії							
Самозвинувачення у професії	-,118**	-,042**	-,058**	-,123**	-,060**	,068**	-,085**
Самоефективність у професії	-,241**	-,173**	-,270**	,022**	-,154**	-,268**	-,287**
Самоуправління у професії	-,145**	-,109**	-,212**	,058**	-,164**	-,187**	-,214 **
Самооцінка особистісного зростання у професії	-,284**	-,288**	-,276**	-,015**	,010**	-,329**	-,340**
Самозвинувачення у професії	-,263**	-,643**	-,567**	-,398**	-,444**	-,339**	-,628**
Загальний показник позитивності професійного самоствавлення	-,232**	-,122**	-,207**	-,068**	-,043**	-,186**	-,229**

*Примітка: \* – кореляція значуща на рівні 0,05; \*\* – кореляція значуща на рівні 0,01; А – автономність у професійній діяльності; професійний розвиток (ЗРК – задоволеність рівнем компетентності, ЗПД – задоволеність професійними досягненнями); професійний розвиток (ПЗ – професійне зростання, ПЦ – професійні цілі); ПВ – позитивні відносини у колективі; ЗПБ – загальний показник професійного благополуччя.*

Результати кореляційного аналізу загального показника позитивності професійного самоствавлення з параметрами професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я з застосуванням коефіцієнта рангової кореляції Спірмена наведено у табл. 2.12.

Таблиця 2.12

**Кореляційний аналіз загального показника позитивності професійного  
самоствлення з параметрами професійного благополуччя фахівців у  
галузі охорони здоров'я з застосуванням коефіцієнта рангової кореляції  
Спірмена**

	Параметри професійного благополуччя									
	ВК	СП	СВП	СПР	СЗВ	СЕФ	СК	СОЗ	СЗН	ППС
ЗПП	-,48**	,029**	,076**	,132**	-,43**	,065**	,019**	,029**	-,58**	,411**

*Примітка: \* – кореляція значуща на рівні 0,05; \*\* – кореляція значуща на рівні 0,01; ВК – внутрішня конфліктність; СП – самоповага у професії; СВП – самовпевненість у професії; СПР – самоприхильність у професії; СЗВ – самозвинувачення у професії; СЕФ – самоефективність у професії; СК – самоуправління у професії; СОЗ – самооцінка особистісного зростання у професії; СЗН – самознищення у професії; ЗПП – загальний показник позитивності професійного самоствлення.*

З'ясовано, що задоволеність рівнем компетентності має тісний зв'язок ( $r=0,319$ , при  $p \leq 0,01$ ) із ставленням до професії. Інакше кажучи, чим більше залученим і позитивно налаштованим є фахівець, тим вищою є задоволеність рівнем компетентності.

За показником задоволеності професійними досягненнями та характером ставлення до професії виявлено зв'язок на рівні 0,151. Це свідчить про те, що чим на більш високому рівні переважає позитивне ставлення і захопленість професійною діяльністю, тим більшою буде задоволеність професійними досягненнями фахівців у галузі охорони здоров'я. Такі фахівці поділятимуть своє минуле, сьогоднішнє та майбутнє професійних досягнень, а отже, аналізуючи свій досвід, виділятимуть

позитивні та негативні сторони, знаходячи для себе найкращий шлях професійного успіху.

Професійне зростання має негативний зв'язок із характером ставлення до професії ( $r=-0,026$ , при  $p\leq 0,01$ ). Це свідчить про те, що чим більшим є цей показник, тим меншою мірою фахівці будуть виявляти зацікавленість до власного професійного розвитку і можна буде констатувати зниження мотивації до професійної діяльності.

Професійні цілі мають позитивний зв'язок із характером ставлення до професії ( $r=0,018$ , при  $p\leq 0,01$ ). Це може свідчити про те, що чим яскравіше сформульовано позитивне ставлення і захопленість професійною діяльністю фахівців у галузі охорони здоров'я, тим більшою мірою проявляється прагнення ставити собі професійні цілі та досягати їх.

Констатовано, що позитивний професійний смисл Я об'єктивно сприяє успішній реалізації професійної діяльності фахівців у галузі охорони здоров'я, полегшує спілкування, оптимізує побудову кар'єри, що підвищує рівень їх професійного благополуччя (на противагу негативному професійному смислу Я).

З'ясовано, що респонденти із високим та середнім рівнями професійного благополуччя склали групу професійно благополучних фахівців (з конструктивним його варіантом). Респонденти з низьким рівнем професійного благополуччя потрапили у групу фахівців з неконструктивним варіантом професійного благополуччя та професійно неблагополучного його типу.

#### **2.4. Емоційно-особистісні предиктори як прогностичні показники професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я**

*Третій етап* емпіричного дослідження був присвячений оцінці емоційно-особистісних предикторів професійного благополуччя (особливостей емоційного інтелекту, оптимізму, емоційного благополуччя,



емпатії, рефлексії), а також виявленню впливу перфекціонізму та емоційного вигоряння на професійне благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

В якості діагностичного інструментарію були використані оновлений Оксфордський опитувальник щастя та опитувальник «Задоволеність життям» (Н. Мельникова), опитувальник «Емоційний інтелект» (Н. Холл), методика «Індекс життєвої задоволеності» (Б. Ньюгартен, адаптація М. Паніна); шкала психологічного благополуччя (С. Ryff, адаптація П. Фесенко, Т. Шевеленкової); методика діагностики рівня емпатійних здібностей (В. Бойко); методика «Міжособистісний індекс реактивності» (IRI) (М. Девіс, адаптація Н. Будаговської, С. Дубровської, Т. Карягіної) [32].

Ці методики пройшли процедуру психометричної перевірки і позитивно зарекомендували себе у численних психологічних дослідженнях; методики прості у застосуванні та обробці.

Як показав проведений аналіз, будучи одним із основних перспективних устремлінь особистості, проблема набуття та підтримки професійного благополуччя та комфортного відчуття себе у професійній сфері посідає важливе місце у дослідженнях психологічної спільноти. Автори все частіше звертаються до цього питання у зв'язку з бурхливим розвитком в останнє десятиліття позитивної психології, а його поняття однозначно включає розширений спектр емоційних переживань, які мають безпосереднє відношення до життєвої задоволеності, внутрішньої гармонії та цілісності [2; 13; 18 та ін.].

Як багатоаспектне утворення, професійне благополуччя детерміновано багатьма чинниками, починаючи від зовнішніх обставин, об'єктивних умов і професійного шляху кожного конкретного індивіда та суб'єктивно складним ставленням до нього. Проте, у центрі всіх цих чинників, що визначають рівень професійного благополуччя, стоїть особистість фахівця, як активного суб'єкта, діяльність якого розгортається у непасивній взаємодії зі світом.

У цьому не можна не відзначити роль особистісних ресурсів фахівця, які мають регулюючу, контролюючу, адаптаційну, захисну, формувальну

функції у створенні благополучного психологічного перебування у професійному просторі [88; 90; 97; 133; 160 та ін.]. Причому вони впливають як безпосередньо, так і опосередковують ефекти зовнішніх умов і чинників. По-різному оцінюючи і реагуючи на ті самі обставини, залежно від своїх очікувань, цінностей, переконань, минулого досвіду, зовнішні умови істотно впливають на професійне благополуччя. Тим не менше, внутрішні умови та особливості психологічних ресурсів особистості фахівця відіграють у цьому процесі не менш важливу роль. Ефективна взаємодія з довкіллям передбачає наявність гнучких властивостей особистості фахівця, які зумовлюють успішність професійної діяльності та його професійне благополуччя загалом.

Зазначене обумовило припущення про те, що внесок таких особистісних характеристик як емоційний інтелект та оптимізм є значущим у формуванні та підтримці професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

Оптимізм є важливим ресурсом особистісного потенціалу, що впливає на якість емоційного життя фахівця, як важливої складової професійного благополуччя. Слід зазначити, що особистісний потенціал визначається як інтегральна системна характеристика індивідуально-психологічних особливостей особистості, що лежить в основі її здатності виходити зі стійких внутрішніх критеріїв у своїй життєдіяльності та зберігати стабільність смислових орієнтацій і ефективність професійної діяльності на тлі тисків та зовнішніх умов, які змінюються [9; 14; 199 та ін.].

Оптимістично налаштованим фахівцям властива віра у власні сили, які допоможуть опанувати проблеми та труднощі, що виникають, віра у позитивні очікування від конкретних подій та життєві перспективи загалом. Оптимістам також властиві більш ефективні способи подолання стресових ситуацій, можливість досягти успіху у професійній діяльності, а також більш позитивний погляд на навколишній світ, своє місце у ньому, оцінювання власної професійної успішності та професійного благополуччя.

Оптимізм є одним із предикторів успішного подолання стресових ситуацій, а також відповідного атрибутивного стилю, який виступає ресурсом для підтримки мотивації. Сутність оптимізму розкривається також в особливому стилі пояснення причин невдач чи успіхів. Помилки та невдачі перетворюються на чинники успіху при відповідному їх аналізі та визначенні не тільки способів вирішення проблем, що виникають, а й ставленні до них.

Констатовано, що оптимізм є важливим ресурсом особистісного потенціалу фахівців із високим рівнем професійного благополуччя, який впливає на якість їх емоційного життя та є важливим предиктором професійного благополуччя. Виявлено, що цим фахівцям властиві більш ефективні способи подолання стресових ситуацій, позитивний погляд на навколишній світ, своє місце у ньому, оцінювання власної професійної успішності.

До прогностичних критеріїв, що супроводжують професійне благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я, належить й емоційний інтелект, який можна розглядати як елемент ресурсної системи особистості фахівця [69; 113 та ін.].

Нагадаємо, що під емоційним інтелектом розуміють розпізнавання, розуміння і управління як власними, так і чужими емоціями для реалізації своїх цілей. Дана концепція емоційного інтелекту включає здатність займатися складною обробкою інформації про власні емоції та емоції інших людей і здатність використовувати цю інформацію як основу для мислення та поведінки [116].

Емоційний інтелект є одним зі складових контролю поведінки, предиктором різних аспектів регуляції у професійній діяльності. Відповідний рівень емоційного інтелекту забезпечує як зміну власної поведінки, реакцій та внутрішніх станів, так і активність у напрямі реалізації своєї мети [69; 113 та ін.], зокрема професійної.

Як відомо, модель емоційного інтелекту Н. Холла [116] включає такі компоненти: емоційна поінформованість, керування своїми емоціями, самомотивація, емпатія, керування емоціями інших людей.

На думку інших авторів, модель емоційного інтелекту є сукупністю таких характеристик: когнітивних здібностей переробляти інформацію, яку дають емоції; уявлень про емоції як джерело інформації про себе та інших; індивідуальних проявів емоційності: емоційна чутливість, емоційна стійкість тощо [69; 72; 110; 113; 159 та ін.].

Результати низки емпіричних досліджень свідчать, що фахівці з високим рівнем емоційного інтелекту успішно опановують стани емоційної нестабільності. Високий рівень міжособистісного емоційного інтелекту сприяє формуванню комунікативної компетентності та адаптації у сфері міжособистісних відносин в умовах професійної взаємодії; високий рівень внутрішньоособистісного емоційного інтелекту сприяє стійкості у досягненні цілей, прагненню до прийняття рішень та їх реалізації, іншими словами, адаптованості у сфері професійної діяльності та особистих досягнень [69; 99; 113; 135; 180 та ін.].

Управління емоціями має на увазі більш ефективний розвиток відносин з іншими людьми, що вимагає врахування різних варіантів розвитку емоцій та їх вибору. Низький рівень розвитку емоційного інтелекту з більшою ймовірністю прогнозує міжособистісні конфлікти та ситуації дезадаптації.

Незважаючи на те, що традиційно у психології вважалося, що реалістичне мислення, яке має результатом правильне відображення дійсності, повинне бути вільним від емоційних процесів, проблема розвитку емоційної культури фахівця, яка тісно пов'язана з рівнем розвитку емоційного інтелекту, стає однією з найактуальніших проблем сучасної психології [27 та ін.].

Все вищезазначене дозволяє зробити висновок, що емоційне благополуччя як цілісне, суб'єктивне переживання, безсумнівно, має важливе значення для фахівців у галузі охорони здоров'я та є найважливішою

складовою домінуючою настрою. Разом із тим, воно активно детерміноване самою особистістю фахівця та такими її ресурсами як емоційний інтелект та оптимізм.

У межах цього етапу дослідження було важливим визначення загального індексу емоційного благополуччя респондентів. Тому за допомогою програми IBM SPSS Statistics було проведено факторний аналіз даних, який показав, що досліджувані показники можуть бути об'єднані одним фактором (табл. 2.13).

Таблиця 2.13

**Параметри факторної моделі емоційного благополуччя  
фахівців у галузі охорони здоров'я**

Міра адекватності вибірки Кайзера-Майєра-Олкіна (КМО)	0,7
Критерій сферичності Бартлетта	Орієнтовна $\chi^2$ -квадрат
	ст. св.
	Значимість
	441,5
	10
	0,0001
% дисперсії, що описується фактором	68%
Матриця перетворення компонент	
Показники емоційного благополуччя	Компонента
Життєва залученість	0,739
Розчарування в житті	-0,813
Втома від життя	-0,821
Занепокоєння про майбутнє	-0,789
Щастя	0,915

Оскільки критерій сферичності Бартлетта показав статистично вірний результат ( $p \leq 0,05$ ), можна дійти висновку, що результати дослідження прийнятні для факторного аналізу.

При цьому отримана факторна модель описує 68% вихідної інформації (дисперсії ознаки), що є задовільним. Оскільки параметри факторної моделі індексу емоційного благополуччя виявилися задовільними, ми зберегли обчислені значення факторних оцінок для спостережень, як нову змінну,

розглядаючи її як інтегральний показник емоційного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я. При цьому дані представлені у шкалі Z ( $X_{\text{сер}}=0$ ;  $\sigma=1$ ).

Отже, більше половини респондентів мають середній рівень емоційного благополуччя, у них переважає позитивний емоційний фон і задоволеність професійним життям. Решта респондентів у рівній кількості потрапили у групи з рівнем емоційного благополуччя нижчим і вищим за середній.

Констатовано, що фахівців із високим рівнем професійного благополуччя відрізняють вищі за середні показники емоційного благополуччя ( $\chi^2=5,478$ ;  $p\leq 0,01$ ), у яких переважає позитивний емоційний фон і задоволеність професійним життям, порівняно з респондентами з низьким і середнім рівнями професійного благополуччя, яким притаманні середні ( $\chi^2=8,326$ ;  $p\leq 0,01$ ) та низькі ( $\chi^2=7,294$ ;  $p\leq 0,01$ ) показники емоційного благополуччя відповідно.

З'ясовано, що переважній більшості респондентів властивий середній рівень емоційного інтелекту. Вони успішно керують своїми емоціями, але можуть робити це краще, оскільки іноді їм властивий дискомфорт у прояві емоцій та почуттів.

Визначення індексу життєвої задоволеності показало, що респондентам властивий ентузіазм, захоплене ставлення до життя, здебільшого оптимізм і задоволення життям. При цьому слід відзначити труднощі оцінки фахівцями своїх зовнішніх та внутрішніх якостей, що свідчить про проблеми у самооцінці.

Результати кореляційного аналізу показали, що у фахівців з низьким рівнем емоційного інтелекту послідовність у досягненні цілей позитивно взаємопов'язана з такими шкалами емоційного інтелекту, як керування своїми емоціями ( $r=1,000$ ) та розпізнавання емоцій інших людей ( $r=0,879$ ;  $p=0,038$ ); при цьому негативно взаємопов'язана з самомотивацією ( $r=-1,000$ ); самостійність негативно взаємопов'язана з усвідомленим співпереживанням ( $r=-0,934$ ;  $p=0,042$ ).

У фахівців з високим рівнем емоційного інтелекту послідовність у досягненні цілей позитивно взаємопов'язана з емоційною поінформованістю ( $r=0,676$ ;  $p=0,004$ ); самомотивація позитивно взаємопов'язана з їх позитивним самоставленням ( $r=0,541$ ;  $p=0,038$ ).

Таким чином, для фахівців з різним рівнем емоційного інтелекту характерні такі особливості: респондентам з низьким рівнем емоційного інтелекту властиво при послідовному досягненні поставлених цілей управляти власним емоційним станом, що дозволяє планомірно досягати поставлених цілей, раціонально приймати рішення; при цьому у ситуації послідовного досягнення цілей респонденти зазнають труднощі у самомотивації, тобто вони можуть тривалий час у складних та відповідальних ситуаціях обходитися без зовнішнього позитивного підкріплення, мотивуючи себе; респондентам із високим рівнем емоційного інтелекту властива послідовність у досягненні цілей, що змушує їх простежувати і контролювати свої емоції, вивчати власний емоційний фон; їм властиве прагнення до досягнень за допомогою власних зусиль, вони шукають різні способи у мотивуванні себе, що призводить до позитивного самосприйняття та професійного благополуччя.

Як професійно значуща якість фахівців у галузі охорони здоров'я та як параметр, що дозволяє оцінити рівень їх професійного благополуччя, нами розглядалася емпатія, адже такий фахівець, крім знань нормативно-правових актів, що регулюють діяльність у галузі охорони здоров'я та методів надання медичної допомоги, має знати психологію професійного спілкування, що наголошує на важливості розвитку комунікативних навичок та умінь.

Здійснюючи свою діяльність, фахівець постійно взаємодіє з людьми і це вимагає наявності певних індивідуально-психологічних якостей, серед яких важливими є відповідальність, терпіння, витримка, спостережливість, вміння оперувати великими обсягами знань і даних, тактовність, емоційно-вольова стійкість, врівноваженість, фізична та психічна витривалість, навички ефективного спілкування з різним контингентом, вміння налагодити контакт,

здатність до швидкого прийняття вірних рішень, дружелюбність і чуйність, співчуття та співпереживання.

Безсумнівно, що ефективній комунікації з пацієнтом, вмінню розбиратися у складних ситуаціях, розуміти та прогнозувати вчинки та емоційні стани хворих та здорових людей, сприяє емпатія, яка виявляється у формі емоційного відгуку на переживання [92 та ін.].

Розглядаючи емпатію як процес, вчені включають у нього когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти, вважаючи, що вона сприяє розвитку та стабілізації міжособистісних відносин, дозволяє надати підтримку не тільки у звичайних, а й у важких, екстремальних умовах [164 та ін.].

В основі ієрархічної структурно-динамічної моделі цього конструкту лежить когнітивна емпатія (перший рівень), що виявляється у вигляді розуміння психічного стану іншого без зміни свого стану. Другий рівень емпатії передбачає емпатійне відреагування у двох варіантах: найпростіше співпереживання, в основі якого – потреба у власному благополуччі і співчутті, та співпереживання, основу якого складає потреба у благополуччі іншого. Третій рівень емпатії виражає міжособистісну ідентифікацію та дозволяє виявити реальні дії та поведінкові акти з надання допомоги та підтримки партнера по взаємодії.

Допомагаюча емпатія може бути джерелом справжнього альтруїзму і спрямована на зменшення страждання інших людей. Поведінковий, допомагаючий компонент є основою відносин лікар–хворий і навряд чи можна переоцінити його важливість у галузі охорони здоров'я. При цьому важливо зберігати психологічну дистанцію, щоб уникнути емоційного вигорання та нервових зривів, адже високий рівень розвитку емпатії може сприяти розвитку професійних деформацій [15; 20; 22 та ін.]; натомість, низькі її показники мають негативне значення; середній рівень розвитку таких якостей забезпечує цілком успішну професійну підготовку і діяльність.

Зауважимо, що ігнорування значимості емоцій у житті та діяльності фахівця у галузі охорони здоров'я призводить до втрати навичок психогігієни емоційного життя, виникненню труднощів у встановленні



довірчих контактів, емоційним вибухам, конфліктам [70; 92; 97; 110; 191 та ін.]. Для оптимізації психічних та соматичних функцій необхідною стає психічна саморегуляція, що сприяє, у свою чергу, професійному благополуччю.

Фахівець із високим рівнем професійного благополуччя характеризується активністю, гармонійністю, наявністю позитивних образів Я та Іншого, вмінням управляти своїми емоціями та відносинами, вмінням вільно і відкрито висловлювати свої почуття, вмінням адаптуватися до сприятливих та несприятливих умов довкілля, наявністю потреби у саморозвитку. Саме емпатія є одним із механізмів, що забезпечують конструктивне функціонування зазначених особистісних характеристик.

Для вивчення емпатії, як одного з прогностичних параметрів, що дають змогу оцінити професійне благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я, було проведено дослідження з використанням методики діагностики рівня емпатійних здібностей В. Бойка, який розглядає емпатію як структуроване явище.

Рівень прояву у фахівців емпатії залежить від співвідношення у її загальній структурі окремих компонентів: спрямованості уваги та мислення на стан іншої людини; здатності співпереживати і співчувати як у звичайних умовах, так і в умовах невизначеності, актуалізуючи весь свій попередній досвід; готовності до взаємодії та спілкування; вмінні створити атмосферу довіри та відкритості. Отримані вихідні показники показали, що 7,9% фахівців мають високий рівень емпатії. Фахівці з високим рівнем емпатії виявляють емоційну чуйність, співчуття, співпереживання, зацікавленість справами інших людей, що дозволяє легко адаптуватися і вибудовувати конструктивну поведінку у ситуаціях міжособистісної взаємодії, які змінюються. Проте, такий високий рівень розвитку емпатійних здібностей може свідчити про болісно розвинене співпереживання, психологічну вразливість, можливість емоційного виснаження внаслідок надмірної емпатійної включеності у переживання хворого. Фахівці, які практично не здатні виявляти емпатію, склали у вибірці 9,9%. Вони не вміють емоційно

відгукуватись на переживання інших людей і реагувати на їх настрій, а оскільки емпатія є основним механізмом розвитку міжособистісних відносин, стає очевидним, що формування таких відносин та їх розвиток порушені. У більшості респондентів (58,6%) було визначено занижений рівень емпатії, що означає обмеженість діапазону емоційної чуйності та сприйняття, слабо розвинену здатність діяти в умовах дефіциту вихідної інформації, прогнозувати поведінку та ефективно впливати на внутрішній світ іншої людини. Більшість цих респондентів мали низький та середній рівні професійного благополуччя.

23,6% фахівців склали групу з середнім, допустимим у професійній діяльності рівнем емпатії, без схильності до емоційного вигорання. Вони виявляють зацікавленість та емоційну чуйність ситуативно, здатні досить легко адаптуватися у мінливих умовах. Ці респонденти мали високий рівень професійного благополуччя.

Отримані дані акцентують увагу на тому, що у фахівців з низьким рівнем емоційного благополуччя існують певні труднощі в організації міжособистісної взаємодії через недостатню спрямованість на розуміння та сприйняття іншої людини та несформовану здатність до співпереживання та співчуття. Виявлені особливості емоційної сфери обмежують успішність формування міжособистісних відносин та організацію взаємодії, що, своєю чергою, призводить до зниження їх професійного благополуччя. Своєчасний психологічний супровід дозволить сформувати достатній рівень емпатії, що забезпечить підвищення рівня емоційного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я та їх професійного благополуччя загалом.

Вираженість емпатії у фахівців в галузі охорони здоров'я з різними рівнями професійного благополуччя вивчалася за допомогою методики «Міжособистісний індекс реактивності» (IRI) (М. Девіс, адаптація Н. Будаговської, С. Дубровської, Т. Карягіної) [32].

Вибірка була розподілена на три підгрупи за рівнями професійного благополуччя: 1 підгрупа – з низьким рівнем професійного благополуччя; 2

підгрупа – з середнім рівнем професійного благополуччя; 3 підгрупа – з високим рівнем професійного благополуччя.

Зауважимо, що методика міжособистісного індексу реактивності (IRI) М. Девіса у сучасній зарубіжній психології визнається найбільш валідним та надійним засобом вивчення емпатії [98]. На відміну від традиційних теоретичних підходів до розуміння емпатії і відповідних цим інтерпретаціям методичних інструментів її вивчення, переважно як когнітивного (наприклад, тест Хогана, тест Деймонда) або емоційного (тест афективних ситуацій Фешбах і методика Мехрабіана), М. Девіс спирається на багатофакторне розуміння емпатії.

Вчений вважає, що емпатію слід розглядати як набір самостійних та взаємопов'язаних один із одним конструктів, які належать до реагування (відгуку) на інших людей [98].

Опитувальник IRI дозволяє вимірювати чотири фактори емпатії.

Шкала Perspective-Taking (PT) чи децентрація. Оцінює тенденцію респондента до розуміння, прийняття точки зору та досвіду іншої людини. Вочевидь, що теоретичне виділення цієї шкали пов'язане з дослідженнями Ж. Піаже [157] та його послідовників. На думку М. Девіса [98], здатність до децентрації зумовлює найкраще соціальне функціонування та самоповагу.

Шкала Fantasy (Fs) – фантазія. Ця шкала відображає тенденцію до уявного перенесення себе у стан (почуття та поведінку) вигаданих персонажів (героїв книг, фільмів тощо). Виділення цього чинника засноване на даних вивчення емоційності Е. Стотланда, за якими респонденти з високим рівнем розвитку фантазії схильні демонструвати більше фізіологічне збудження і високу тенденцію допомогти іншій людині при сприйнятті деяких емоційно напружених ситуацій з її участю.

Шкала Empatic Concern (EC) чи емпатійна турбота. Спрямована на оцінку симпатії та співчуття до переживань інших, жалю, бажання допомогти. Ця шкала ґрунтується на конструкті «емоційної реактивності» М. Девіса, що дозволяє диференціювати турботу про почуття інших людей як етичну поведінку від простої емоційної чутливості та сприйнятливості.

Шкала Personal Distress (PD) – емпатійний дистрес. Ця шкала вимірює почуття власної тривоги та дискомфорту, що виникають в емоційно напружених ситуаціях під час спостереження переживань інших людей. У стані дистресу негативні переживання, що виникають у суб'єкта, призводять до бажання позбавитися від них будь-яким шляхом (ігнорування стану іншого, допомога йому тощо), але робиться це не заради іншого, а заради стабілізації власного стану. Зміст цієї шкали опитувальника ґрунтується на періодизації розвитку емпатії М. Хоффмана, згідно з якою дистрес, як реакція, спрямована на себе, у міру розвитку змінюється на реакцію симпатії та турботи, спрямовану на іншого [121].

Обробка даних виміру емпатії здійснювалася окремо у кожній підгрупі респондентів. Підсумки первинної обробки показників емпатії у підгрупах фахівців у галузі охорони здоров'я з різними рівнями професійного благополуччя представлені у табл. 2.14. Для зручності порівняння одночасно наводяться середньонормативні дані, отримані при адаптації методики М. Девіса.

Аналіз даних, представлених у табл. 2.14, дозволив зробити такі висновки: за всіма шкалами емпатії значення, отримані у фахівців, істотно нижчі від середньонормативних; по-друге, ці й так невисокі значення мають очевидну тенденцію до свого зниження (крім шкали «емпатійний дистрес»).

Таким чином, з накопиченням досвіду діяльності, фахівці стають більш егоцентричними, менш схильними до фантазії у відносинах, менш дбайливими. Отримані дані повністю узгоджуються з результатами пілотажного дослідження емпатії і доводять недостатній рівень розвитку емпатійності фахівців у галузі охорони здоров'я та необхідність її цілеспрямованого розвитку. Разом із тим, нагадаємо, що відсутність високої емпатійності не можна вважати перешкодою для конструктивного спілкування та ефективної професійної діяльності.

Проведений кореляційний аналіз не виявив значущих зв'язків між показниками різних шкал емпатії у фахівців у галузі охорони здоров'я трьох підгруп, крім негативної кореляції між децентрацією і дистресом.

Зазначена кореляція не досягає рівня статистичної достовірності у фахівців 1 підгрупи ( $r_s=-0,30$ ), у 2 підгрупі фахівців вона стає більш вираженою ( $r_s=-0,43$ , при критичному  $r_s=0,39$  для  $p \leq 0,05$ ), і, нарешті, сильно вираженою у найбільш фахівців 3 підгрупи ( $r_s=-0,34$ , при критичному  $r_s=0,28$  для  $p \leq 0,01$ ).

Таблиця 2.14

**Показники шкал опитувальника IRI у підгрупах фахівців  
у галузі охорони здоров'я з різними рівнями професійного  
благополуччя**

Підгрупи фахівців з різними рівнями професійного благополуччя	Шкали опитувальника			
	Децентрація	Фантазія	Емпатійна турбота	Емпатійний дистрес
1	12,27	11,73	8,79	10,68
2	11,13	7,82	5,86	8,39
3	9,65	7,34	5,52	9,46
Середньонормативні значення	16,43	20,43	17,47	13,28

Таким чином, чим гіршою є здатність фахівців у галузі охорони здоров'я до децентрації, тим сильніше дистрес, що переживається ними, і навпаки. Ці дані повністю узгоджуються з результатами досліджень С. Батсона [73; 74; 75], який виявив негативний взаємозв'язок між альтруїзмом та особистим дистресом та М. Девідсона [96], який встановив негативну кореляцію між успішним міжособистісним функціонуванням та дистресом. Вони також відповідають даним, згідно з якими, серед компонентів емпатії найгірше у фахівців гуманітарного профілю (причому незалежно від стажу їхньої діяльності) виражені здатність до діалогу та здатність створювати навколо себе доброзичливу атмосферу.

Особливу увагу звертає на себе факт зниження у респондентів здатності до децентрації у міру накопичення ними професійного досвіду. Це можна

позначити як антирозвиток, оскільки основним вектором особистісного розвитку людини виступає рух від власного, егоїстичного до загального людського. Саме цей вектор виділяється у різних психологічних школах, незважаючи на існуючі теоретичні розбіжності. Наприклад, Ж. Піаже [157] сутність розвитку визначає як подолання егоцентризму та підкреслює складність цього процесу. З. Фрейд [109] (і його послідовники) свідчить про психологічно інфантильну людину як про «споживача» кохання, а про зрілу – як про «донора». В. Франкл [108] вважає, що стати самим собою можливо тільки через трансценденцію, через «служіння» іншим людям чи справі. Позначений ряд ще можна продовжувати. Однак представлених точок зору цілком достатньо для обґрунтування того, що в аспекті розвитку децентрації деякі фахівці у міру накопичення стажу діяльності рухаються у напрямку, протилежному позначеному загальному вектору. Отже, результати проведеного дослідження дозволяють зробити висновок, що в умовах професійної діяльності емпатія, як професійно значуща здатність фахівця у галузі охорони здоров'я, що забезпечує ефективність його взаємодії з колегами і пацієнтами, стихійно не розвивається.

Встановлено, що велике значення для професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я має здатність до рефлексії (соціально-перцептивної, комунікативної та особистісної), зокрема у вирішенні конфліктних ситуацій у професійній діяльності, адже рефлексія є необхідною умовою адекватного оцінювання себе та інших у конфлікті.

Нагадаємо, що до рефлексивних процесів, які функціонують у спілкуванні, відносять самопізнання, самоаналіз, переосмислення та перевірку власної думки про себе, думки про інших людей, а також про те, що, на думку суб'єкта, думають про нього інші люди, як вони його оцінюють і як до нього ставляться. Нещодавно проведені експериментальні дослідження дозволили виявити три основні види рефлексії: соціально-перцептивну, комунікативну та особистісну. Сутність соціально-перцептивної рефлексії полягає у переосмисленні, повторній перевірці фахівцем власних уявлень та думок, які в нього сформувалися. Ці прояви

рефлексії у процесі пізнання здійснюються на тлі постійного самоаналізу та самоконтролю власної думки. Ефективність соціально-перцептивної рефлексії значною мірою залежить від рівня розвитку у фахівця в галузі охорони здоров'я емпатії, що визначає емоційну основу пізнання. Емпатія проявляється у формі співпереживання та співчуття, причому її нерозвиненість може призвести до зниження рефлексивної діяльності фахівця.

Комунікативна рефлексія полягає в усвідомленні суб'єктом того, як його сприймають, оцінюють, ставляться до нього інші (Я – очима інших). Для фахівця у галузі охорони здоров'я значущими іншими є, насамперед, пацієнти, колеги, адміністрація. Цей вид рефлексії входить у структуру професійної самосвідомості, реалізуючись у вигляді рефлексивного Я.

У цілому, рефлексивне Я виконує регулятивну функцію, оскільки зворотна інформація, що міститься у ньому, про рівень ефективності своєї діяльності постійно зіставляється з іншими компонентами професійної самосвідомості (актуальним Я та ідеальним Я), що призводить, зрештою, до його перебудови, підняття на новий, вищий рівень.

Адекватність комунікативної рефлексії впливає на регулювання взаємовідносин і стиль професійної діяльності. Нажаль, фахівці з низькою адекватністю самооцінки та комунікативної рефлексії тяжіють до авторитарного чи ситуативного стилю відносин.

Ступінь адекватності комунікативної рефлексії впливає на формування їх особистісної рефлексії, тобто на осмислення своїх дій самопізнання. У свою чергу, особистісна рефлексія (актуальне Я), як компонент професійного самопізнання, що спирається на комунікативну рефлексію (рефлексивне Я), значно впливає на регуляцію професійної діяльності.

Усі види рефлексивних процесів реалізуються на різних рівнях: поведінковому, афективному, гностичному. Для рефлексії (комунікативної та особистісної) поведінковий рівень характеризується відображенням і переосмисленням зовнішніх проявів психіки, фактів поведінки та діяльності, як з погляду самого суб'єкта, так і з погляду сприйняття його іншими. На

афективному рівні суб'єкт не тільки емоційно оцінює свою поведінку, а й прогнозує емоційне ставлення до нього інших. Гностичний, найвищий рівень розвитку рефлексії, проявляється у процесі опосередкованого розуміння себе, заснованого на уявленні суб'єкта щодо того, як його розуміють інші. Цей процес спирається на логічне мислення, інтерпретацію та узагальнення як власних вчинків, так і мотивів своєї поведінки.

Встановлено, що особистісна та комунікативна рефлексія фахівців у галузі охорони здоров'я здійснюється за допомогою типових для видів рефлексії дій: висловлювання припущення про наявність у себе певних якостей, мотивів, правильних та помилкових дій («можливо», «на мою думку», «слід припустити» тощо) або про те, що можуть думати про них тощо. При цьому для комунікативної рефлексії найчастішим прийомом рефлексування є припущення, а для особистісної рефлексії – прояв впевненості. Це пов'язано з тим, що при самооцінці суб'єкт більшою мірою впевнений у правильності своєї думки.

Встановлено, що особистісна рефлексія фахівця, який у процесі пошуку виходу з проблемної ситуації, що характеризується невизначеністю умов і багатозначністю можливих рішень, тобто у стані суб'єктивної конфліктності, будучи звернена на самопізнання особистості, призводить до переосмислення діяльності. Ситуація протиріччя породжує необхідність перебудови власного Я, його здійснення у проблемній ситуації, що призводить до появи особистісних утворень, переходу до нового цілісного уявлення про себе.

Результатом інтеріоризації зовнішнього конфлікту у внутрішній є конфліктно-особистісний смисл Я, що створює передумови для роботи самопізнання.

Активність внутрішнього світу особистості фахівця буде спрямована на складові внутрішнього протиріччя, їх аналіз та перетворення. Таким чином, процес утворення конфліктного смислу Я є одним із можливих механізмів розгортання самопізнання у конфліктній ситуації та її продуктивного вирішення.



Отже, з'ясовано, що фахівців із високим рівнем професійного благополуччя відрізняє здатність до рефлексії (соціально-перцептивної, комунікативної та особистісної), зокрема, у вирішенні конфліктних ситуацій у професійній взаємодії. Їм притаманна постійна перевірка власних якостей, позицій, самооцінок, адекватна оцінка своїх дій, вміння помічати позитивні та негативні реакції оточуючих та визначати їх причини, що допомагає цим фахівцям продуктивно вирішувати конфлікти та сприяє професійному благополуччю.

Подальший аналіз емоційно-особистісних предикторів професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я був присвячений з'ясуванню впливу перфекціонізму та емоційного вигорання на їх професійне благополуччя.

Як відомо, синдром емоційного вигорання – складний психологічний феномен, який часто торкається професійної діяльності фахівців, робота яких вимагає залучення до безперервного прямого контакту з людьми [20; 22 та ін.].

Робота фахівців у галузі охорони здоров'я, зазвичай, емоційно насичена. Весь робочий день – це спілкування з людьми, в першу чергу, з пацієнтами, які потребують турботи та уваги, їхніми родичами. Зіткнувшись з негативними емоціями, якими пацієнти виражають ставлення до свого стану, фахівці починають й самі відчувати підвищену емоційну напругу [20 та ін.].

Синдром емоційного вигорання проявляється у фізичному та емоційному виснаженні, що включає розвиток негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи та втрату розуміння та співчуття до осіб, з якими доводиться вступати у психологічний контакт по роботі. Фундаментом може бути невідповідність очікуваного з дійсністю, наприклад, виконання роботи і незадоволеність отриманим результатом [22 та ін.].

Вираженість синдрому емоційного вигорання визначається цілою низкою особистісних властивостей, зокрема перфекціонізмом. У дослідженні було висунуто припущення про зв'язок перфекціонізму та емоційного

вигоряння фахівців у галузі охорони здоров'я та їх впливу на професійне благополуччя цих фахівців.

Методами збору емпіричних даних виступили багатовимірні шкали перфекціозму (Р. Hewitt, G. Flett, адаптація І. Грачової), а також методика діагностики рівня емоційного вигоряння (В. Бойко) [32].

Розглянуто особливості прояву перфекціонізму у підгрупах фахівців з різними рівнями професійного благополуччя. Так, у 3 підгрупах фахівців показники вираженості перфекціонізму представлені у такий спосіб: 14,5% мають високий рівень перфекціонізму, 25,0% середній рівень та 60,5% низький рівень. Інша картина спостерігається у групі фахівців 1 та 2 підгруп: високий рівень перфекціонізму відзначається у 62,5% респондентів, середній у 24,3%, а низький у 13,2%. Таким чином, достовірно показано, що високий рівень перфекціонізму переважає у 1 та 2 підгрупах респондентів ( $\chi^2=6,27$ ;  $p \leq 0,01$ ), а низький у 3 підгрупі ( $\chi^2=9,642$ ;  $p \leq 0,01$ ).

Аналізуючи складові перфекціонізму можна зробити висновок, що найбільші значення у підгрупах респондентів відзначаються за шкалою «перфекціонізм, орієнтований на себе». У 3 підгрупі цей показник становив 29,6%, а у 1, 2 підгрупах – 42,8% ( $\chi^2=0,037$ ;  $p \leq 0,05$ ).

При домінуванні цього показника перфекціонізму респонденти схильні пред'являти надмірно високі вимоги до себе, що проявляється у вигляді завищених вимог, які висуваються до себе та у самокритиці, що унеможлиблює прийняття власних вад, недоліків та невдач.

Показники за шкалою «соціально запропонований перфекціонізм» розподілилися таким чином: 28,9% респондентів 3 підгрупи та 40,1% фахівців 1,2 підгруп мають високі значення за цим показником ( $\chi^2=0,039$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Даний вид перфекціонізму проявляється у тому, що респонденти розцінюють вимоги, які пред'являються до них, як завищені та нереалістичні.

Найменші значення у підгрупах респондентів відзначаються за шкалою «перфекціонізм, орієнтований на інших»: 21,1% респондентів 3 підгрупи та

13,8% фахівців 1,2 підгруп ( $\chi^2=0,574$ ;  $p\leq 0,05$ ). Цей вид перфекціонізму проявляється у пред'явленні надзвичайно високих вимог до оточуючих.

Аналізуючи показники емоційного вигоряння загалом за вибіркою, було виділено респондентів з низьким рівнем емоційного вигоряння, з високим рівнем емоційного вигоряння та з середніми значеннями за цим показником. У респондентів 3 підгрупи (з високим рівнем професійного благополуччя) значення цього показника розподілилися так: 9,2% респондентів виявляють високий рівень емоційного вигоряння, 38,2% – середній і 52,6% низький рівень. У фахівців 1,2 підгруп (з середнім і низьким рівнями професійного благополуччя) значення за показниками емоційного вигоряння дещо інші: у 50,7% респондентів виявлено високі показники емоційного вигоряння, у 26,3% – середні та у 23,0% – низькі значення. Отже, високі показники емоційного вигоряння виявляють фахівці з середнім і низьким рівнями професійного благополуччя ( $\chi^2=9,357$ ;  $p\leq 0,05$ ). У респондентів із високим рівнем професійного благополуччя відзначаються нижчі значення показників емоційного вигоряння ( $\chi^2=4,029$ ;  $p\leq 0,05$ ), порівняно з фахівцями з середнім і низьким рівнями професійного благополуччя.

Розглянемо особливості сформованості фаз та симптомів емоційного вигоряння у фахівців у галузі охорони здоров'я з різними рівнями професійного благополуччя.

Фаза напруги сформована у 28,9% фахівців 1,2 підгруп і 11,8% респондентів 3 підгрупи ( $\chi^2=2,121$ ;  $p\leq 0,05$ ). Стадія напруги – початкова стадія емоційного вигоряння. Наявність психологічної напруги служить провісником розвитку та механізмом, що запускає формування синдрому професійного вигоряння. Фаза формування напруги відзначається у 32,9% респондентів 3 підгрупи та у 46,7% фахівців 1,2 підгруп (відмінності не достовірні). Фаза напруги не сформувалася у 55,3% респондентів 3 підгрупи та у 24,4% фахівців 1,2 підгруп ( $\chi^2=3,756$ ;  $p\leq 0,05$ ).

Сформований симптом переживання психотравмуючих обставин виявлений серед 49,3% фахівців 1,2 підгруп і 34,2% респондентів 3 підгрупи ( $\chi^2=3,629$ ;  $p\geq 0,05$ ). Даний симптом на стадії формування виявлено у 10,5%

респондентів 3 підгрупи і у 17,8% фахівців 1,2 підгруп (відмінності не достовірні). Не сформованим цей симптом виявився у 55,3% респондентів 3 підгрупи та у 32,9% фахівців 1,2 підгруп ( $\chi^2=3,871$ ;  $p\leq 0,001$ ).

Симптом незадоволеності собою проявляється у почутті власного невдоволення, невдоволення обраною професією, займаною посадою. Незадоволеність собою розвивається за неможливості конструктивно вирішувати ситуацію. Сформований симптом незадоволеності собою виявлений у 19,1% фахівців 1,2 підгруп і 12,5% респондентів 3 підгрупи ( $\chi^2=1,392$ ;  $p\leq 0,05$ ). Даний симптом на стадії формування виявлено у 22,4% респондентів 3 підгрупи і у 42,8% фахівців 1,2 підгруп ( $\chi^2=3,563$ ;  $p\leq 0,01$ ). Симптом незадоволеності собою не сформувався у 65,1% респондентів 3 підгрупи і у 38,1% фахівців 1,2 підгруп ( $\chi^2=3,722$ ;  $p\leq 0,01$ ).

Симптом тривоги та депресії виявляється у тривожно-депресивній симптоматиці, що стосується професійної діяльності в особливо складних ситуаціях. Почуття незадоволеності діяльністю і собою породжує потужну енергетичну напругу у формі переживання ситуативної чи особистісної тривоги. Сформований симптом виявлено у 20,4% фахівців 1,2 підгруп і у 16,4% респондентів 3 підгрупи (відмінності не достовірні). На стадії формування даний симптом виявлено у 4,6% респондентів 3 підгрупи та у 31,6% фахівців 1,2 підгруп ( $\chi^2=6,596$ ;  $p< 0,01$ ). Не сформувався зазначений симптом у 79,0% респондентів 3 підгрупи та у 48,0% фахівців 1,2 підгруп ( $\chi^2=3,779$ ;  $p< 0,01$ ).

Фаза резистенції характеризує опір наростаючому стресу. Дана фаза сформована у 55,3% респондентів 3 підгрупи та у 25,7% фахівців 1,2 підгруп ( $\chi^2=4,311$ ;  $p< 0,01$ ). Фаза на стадії формування виявлена у 34,2% респондентів 3 підгрупи та у 27,6% фахівців 1,2 підгруп (відмінності не достовірні). Фаза резистенції не сформувалася у 10,5% респондентів 3 підгрупи та у 46,7% фахівців 1,2 підгруп ( $\chi^2=3,891$ ;  $p< 0,01$ ).

Симптом «неадекватне емоційне реагування» спостерігається у випадках, коли фахівець перестає усвідомлювати різницю між двома явищами, що принципово відрізняються: економічним проявом емоцій і

неадекватним емоційним реагуванням. Тобто, фахівець неадекватно «економить» на емоціях, обмежує емоційну віддачу за рахунок вибіркового реагування на ситуації суб'єктів діяльності. Цей симптом, що склався, відзначається у 59,9% фахівців 1,2 підгруп і у 30,3% респондентів 3 підгрупи ( $\chi^2=3,729$ ;  $p<0,05$ ). Цей симптом на стадії формування спостерігається у 38,2% респондентів 3 підгрупи та у 20,4% фахівців 1,2 підгруп ( $\chi^2=1,482$ ;  $p<0,05$ ). Симптом не сформувався у 31,5% респондентів 3 підгрупи та у 19,7% фахівців 1,2 підгруп ( $\chi^2=0,683$ ;  $p<0,05$ ).

Симптом емоційно-моральної дезорієнтації проявляється у тому, що у фахівця емоції не пробуджують або недостатньо стимулюють моральні почуття. Не виявляючи належного емоційного ставлення до свого пацієнта, фахівець захищає свою стратегію, виправдовується перед собою за допущену грубість або нестачу уваги, виправдовуючи свої вчинки, замість раціонального визнання своєї провини. Сформований симптом емоційно-моральної дезорієнтації виявлено у 52,6% фахівців 1,2 підгруп і у 34,9% респондентів 3 підгрупи ( $\chi^2=1,499$ ;  $p<0,05$ ). Симптом на стадії формування спостерігається у 13,2% респондентів 3 підгрупи та у 21,7% фахівців 1,2 підгруп (відмінності не достовірні). Зазначений симптом не сформувався у 51,9% респондентів 3 підгрупи та у 25,7% фахівців 1,2 підгруп ( $\chi^2=1,781$ ;  $p<0,05$ ).

Симптом розширення сфери економії емоцій проявляється не у сфері професійної діяльності, а у спілкуванні з рідними, приятелями, знайомими. Можна припустити, що фахівець так втомлюється від контактів, відповідей на запитання, розмов, що йому не хочеться спілкуватися навіть із близькими. Сформований симптом розширення сфери економії емоцій виявлено у 37,5% фахівців 1,2 підгруп і у 10,5% респондентів 3 підгрупи ( $\chi^2=5,309$ ;  $p<0,001$ ). Симптом на стадії формування відзначений у 13,8% респондентів 3 підгрупи та у 29,6% фахівців 1,2 підгруп ( $\chi^2=1,412$ ;  $p<0,001$ ). Даний симптом не сформувався у 75,7% респондентів 3 підгрупи та у 32,9% фахівців 1,2 підгруп ( $\chi^2=5,861$ ;  $p<0,001$ ).

Симптом редукції професійних обов'язків виявляється у спробах полегшити чи скоротити обсяг обов'язків, які вимагають емоційних витрат

або зовсім їх виключити. Сформований симптом редукції професійних обов'язків виявлено у 59,9% фахівців 1,2 підгруп і у 46,1% респондентів 3 підгрупи ( $\chi^2=1,194$ ;  $p<0,05$ ). Симптом редукції професійних обов'язків на стадії формування виявлено у 23,0% респондентів 3 підгрупи та у 29,6% фахівців 1,2 підгруп ( $\chi^2=1,176$ ;  $p<0,05$ ). Симптом не сформувався у 30,9% респондентів 3 підгрупи та у 10,5% фахівців 1,2 підгруп ( $\chi^2=2,414$ ;  $p<0,05$ ).

Фаза виснаження характеризується більш-менш вираженим падінням загального тону та ослабленням нервової системи. Дана фаза сформувалася у 42,8% фахівців 1,2 підгруп та у 9,2% респондентів 3 підгрупи ( $\chi^2=6,711$ ;  $p<0,001$ ). Фаза на стадії формування виявлена у 28,3% респондентів 3 підгрупи та у 38,8% фахівців 1,2 підгруп (відмінності не достовірні). Фаза виснаження не сформувалася у 62,5% респондентів 3 підгрупи та у 18,4% фахівців 1,2 підгруп ( $\chi^2=8,309$ ;  $p<0,001$ ).

Симптом емоційного дефіциту виявляє себе у відчутті, що фахівець неспроможний допомогти суб'єктам своєї діяльності. Сформований симптом емоційного дефіциту виявлено у 44,7% фахівців 1,2 підгруп і у 15,8% респондентів 3 підгрупи ( $\chi^2=4,113$ ;  $p<0,01$ ). Симптом емоційного дефіциту на стадії формування встановлено у 27,6% респондентів 3 підгрупи та у 37,5% фахівців 1,2 підгруп ( $\chi^2=1,282$ ;  $p<0,05$ ). Цей симптом не сформувався у 56,6% респондентів 3 підгрупи та у 17,8% фахівців 1,2 підгруп ( $\chi^2=6,814$ ;  $p<0,001$ ).

Симптом емоційного усунення передбачає, що фахівець майже повністю виключає емоції зі сфери своєї діяльності. Сформований симптом емоційного усунення виявлено у 34,9% фахівців 1,2 підгруп і у 25,7% респондентів 3 підгрупи ( $\chi^2=1,408$ ;  $p<0,05$ ). Симптом емоційного усунення на стадії формування визначено у 31,6% респондентів 3 підгрупи та у 42,8% фахівців 1,2 підгруп (відмінності не достовірні). Даний симптом не сформувався у 42,7% респондентів 3 підгрупи та у 22,3% фахівців 1,2 підгруп ( $\chi^2=1,911$ ;  $p<0,05$ ).

Симптом особистісної відстороненості та деперсоналізації проявляється у широкому діапазоні умонастроїв та вчинків фахівців у сфері професійної взаємодії. Насамперед, відзначається часткова чи повна втрата інтересу до суб'єкта своєї професійної діяльності. Сформований симптом виявлено у

54,6% фахівців 1,2 підгруп і у 15,1% респондентів 3 підгрупи ( $\chi^2=8,115$ ;  $p<0,01$ ). Симптом особистісної відстороненості та деперсоналізації на стадії формування – у 24,3% респондентів 3 підгрупи та у 18,4% фахівців 1,2 підгруп (відмінності не достовірні). Симптом не сформувався у 60,6% респондентів 3 підгрупи та у 27,0% фахівців 1,2 підгруп ( $\chi^2=4,831$ ;  $p<0,01$ ).

Симптом психотравмуючих та психовегетативних порушень виявляється на рівні погіршення психічного та фізичного самопочуття фахівців. Сформований симптом психотравмуючих і психовегетативних порушень виявлено у 19,1% фахівців 1,2 підгруп і у 6,6% респондентів 3 підгрупи ( $\chi^2=3,523$ ;  $p<0,05$ ). Симптом психотравмуючих та психовегетативних порушень на стадії формування визначено у 29,6% респондентів 3 підгрупи та у 31,6% фахівців 1,2 підгруп (відмінності не достовірні). Симптом не сформувався у 63,8% респондентів 3 підгрупи та у 49,3% фахівців 1,2 підгруп ( $\chi^2=1,494$ ;  $p<0,05$ ).

Таким чином, найбільша вираженість фаз та симптомів емоційного вигорання виявляється у фахівців із середнім і низьким рівнями професійного благополуччя. Аналізуючи зв'язок перфекціонізму та емоційного вигорання з рівнями професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я можна зробити такі висновки. Виявлено прямий кореляційний зв'язок між загальним показником перфекціонізму та синдромом емоційного вигорання, тобто, чим більше у фахівців представлений перфекціонізм як властивість особистості, тим більш високим є ризик емоційного вигорання, що погіршує їх професійне благополуччя. Отримані дані свідчать про те, що фахівці з середнім і низьким рівнями професійного благополуччя перебувають у більш неблагополучній ситуації за вираженістю перфекціонізму та емоційного вигорання, порівняно з респондентами з високим рівнем професійного благополуччя. Представлені результати можуть використовуватися під час роботи з колективами закладів охорони здоров'я щодо підвищення професійного благополуччя фахівців цих закладів.

## Висновки до розділу

У розділі висвітлено основні етапи дослідження, обґрунтовано репрезентативність вибірки; здійснено аналіз психодіагностичного інструментарію та його відповідності завданням дослідження; наведено методи кількісної обробки отриманих даних; проведено констатувальний експеримент та узагальнено його результати.

На *першому етапі* емпіричного дослідження вивчення соціально-психологічних предикторів професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я було зосереджене на з'ясуванні особливостей суб'єктивної картини кар'єри та професійного самоствавлення цих фахівців, як прогностичних показників їх професійного благополуччя.

З цією метою були задіяні методики «Інтегральна задоволеність працею» (М. Фетіскін, В. Козлов, Г. Мануйлов); тест смисложиттєвих орієнтацій (Д. Леонт'єв); опитувальник професійного самоствавлення та шкала задоволеності кар'єрою (К. Карпінський); методика оцінювання п'ятирічних інтервалів кар'єри та каузометрія професійної кар'єри (Т. Гіжук).

Встановлено взаємозв'язок між задоволеністю кар'єрою та професійним самоствавленням респондентів: з одного боку, задоволеність власною кар'єрою призводить до підвищення задоволеності собою як її суб'єктом, з іншого – специфічні особливості професійного самоствавлення зумовлюють задоволеність кар'єрою, що підвищує професійне благополуччя (параметрами суб'єктивної картини кар'єри визначається від 15,7% до 17,8% дисперсії професійного самоствавлення; впливом з боку суб'єктивної картини кар'єри обумовлено від 16,9% до 18,4% дисперсії задоволеності кар'єрою). Крім того, емпіричні значення статистичних критеріїв  $\chi^2$  ( $\chi^2(9)=69,48$ ,  $p=0,01$ ) та коефіцієнта сполученості Пірсона ( $C=0,41$ ) вказують на наявність статистично значущого зв'язку між типом професійного благополуччя та кваліфікаційною категорією фахівців у галузі охорони здоров'я.



З'ясовано, що професійне благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я обумовлюють: високий професійно-психологічний вік; сприйняття поточного життєвого періоду як значущого, а кар'єри в цілому подієво насиченою; професійний оптимізм, який полягає у тому, що фахівець сприймає власну кар'єру як процес професійного зростання; вміння виділити найбільш значущі події професійного життя та здатність бачити причинні і цільові зв'язки між ними; сприйняття професійного життя як безперервного, цілісного шляху у напрямку реалізації власних кар'єрних цілей; узгодженість хронологічного та професійно-психологічного віку.

Диференціація поєднання різних варіантів загального показника професійного самоствалення з задоволеністю професійною кар'єрою дозволила виокремити якісно специфічні типи професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я: професійно благополучних (конструктивний варіант (задоволеність власною кар'єрою, як сукупністю професійних досягнень і собою, як суб'єктом власного професійного шляху) і неконструктивний варіант (високий рівень задоволеності кар'єрою при низькому рівні загального показника позитивності професійного самоствалення або навпаки)) та професійно неблагополучних фахівців, які зазнають виражене невдоволення кар'єрою і собою як суб'єктом професійної діяльності.

Зважаючи на те, що професійне благополуччя фахівця визначається специфікою вибору професії та успішністю у професійній діяльності, необхідним вважалось з'ясування особливостей побудови професійної кар'єри. З цією метою були задіяні шкала психологічного благополуччя (С. Ryff, адаптація П. Фесенко, Т. Шевеленкової), шкала працезалежності (С. Andreassen, M. Griffiths, J. Hetland, S. Pallesen), шкала макіавеллізму особистості (R. Christie, F.L. Geis, адаптація В. Знакова), анкета на виявлення ставлення фахівців у галузі охорони здоров'я до кар'єри та визначення таких стратегій поведінки, як самореалізація, маніпулювання, трудоголізм.

За результатами кластерного аналізу було виділено кластери, що визначають особливості стратегій поведінки фахівців у галузі охорони здоров'я при побудові кар'єри.

Кластер 1. Раціональна стратегія побудови кар'єри, спрямована на самореалізацію фахівця, яка розглядається у межах екзистенційної психології як наслідок втілення смислу, інтенційності життя.

Кластер 2. Нераціональні стратегії поведінки, які характеризуються ризиком розвитку трудоголізму або схильністю до маніпулювання та можуть призвести до небажаних для фахівця наслідків при побудові кар'єри. Ці стратегії об'єднані зі шкалою «баланс афекту», що розглядається як полярна міра психологічного благополуччя.

Під час проведення кореляційного аналізу було виявлено взаємозв'язок раціональної стратегії побудови кар'єри (самореалізація) з такими компонентами благополуччя, як управління середовищем ( $r=0,308$ ;  $p=0,002$ ), осмислення життя ( $r=0,349$ ;  $p=0,001$ ), людина як відкрита система ( $r=0,319$ ;  $p=0,001$ ).

На *другому етапі* емпіричного дослідження визначалася специфіка смислів у професійній діяльності фахівців у галузі охорони здоров'я у прогнозі їх професійного благополуччя. Для дослідження рівнів розвитку професійного благополуччя респондентів було використано первинну версію методики оцінки професійного благополуччя (МОПБ) (Л. Августова, Є. Рут). З метою діагностики особистісного смислу професійної діяльності як основи дослідження значущих відносин у професії ми скористалися опитувальником «Метафори професійної діяльності» (МПД) (К. Карпінський, Т. Гіжук).

Метою емпіричного дослідження на цьому етапі дослідження була перевірка припущення про те, що смисли професійної діяльності (значущі відносини у професії) впливатимуть на рівень професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

Встановлено, що по вибірці переважає середній рівень професійного благополуччя (у 69,1% фахівців). У 5,9% респондентів виявлено низький та у 25,0% фахівців – високий рівень професійного благополуччя. За окремими

параметрами професійного благополуччя відрізняються високим рівнем показники за шкалами: «професійні цілі» (18,4%), «позитивні відносини у колективі» (17,7%) і «професійне зростання» (15,1%).

Для розуміння значущості відмінностей показників респондентів з різним рівнем професійного благополуччя було проведено порівняльний аналіз за допомогою непараметричного статистичного критерію Н-Крускала-Уолліса.

Виявлено статистично значущі відмінності ( $p \leq 0,001$ ) за показниками: автономності у професійній діяльності (Немп=21,675); професійних цілей (Немп=13,232); професійного зростання (Немп=10,579); позитивних відносин у колективі (Немп=35,907); задоволеності рівнем компетентності (Немп=24,221); задоволеності професійними досягненнями (Немп=24,631) та за загальним показником професійного благополуччя (Немп=49,856). Отже, загалом професійна діяльність у галузі охорони здоров'я для більшості фахівців усвідомлена і наділена змістом, вона спрямована на побудову та підпорядкування професійного життям суб'єктивно прийнятним цілям.

Визначено, що за показником «захопленість професією» спостерігається вираженість середнього та високого рівнів, які становлять у сукупності 85,5% (54,6% та 30,9% відповідно). Це вказує на те, що фахівці у галузі охорони здоров'я захоплені професійною діяльністю. Вони застосовують робочий процес як засіб для професійного саморозвитку і професійного зростання. Натомість, у фахівців з низьким рівнем захопленості професією (14,5%) та у тих, які відчувають розчарування у професії (3,3%) або мають відчуження до професії (4,6%) показники професійного розвитку та професійних цілей значно нижчі від інших ( $p \leq 0,05$ ).

Констатовано, що позитивний професійний смисл Я об'єктивно сприяє успішній реалізації професійної діяльності фахівців у галузі охорони здоров'я, полегшує спілкування, оптимізує побудову кар'єри, що підвищує рівень їх професійного благополуччя (на противагу негативному та конфліктному професійному смислу Я).

*Третій етап* емпіричного дослідження був присвячений оцінці емоційно-особистісних предикторів професійного благополуччя (особливостей емоційного інтелекту, оптимізму, емоційного благополуччя, емпатії, рефлексії), а також виявленню впливу перфекціонізму та емоційного вигоряння як прогностичних параметрів професійного благополуччя.

В якості діагностичного інструментарію були використані оновлений Оксфордський опитувальник щастя та опитувальник «Задоволеність життям» (Н. Мельникова), опитувальник «Емоційний інтелект» (Н. Холл), методика «Індекс життєвої задоволеності» (Б. Ньюгартен, адаптація М. Паніна); шкала психологічного благополуччя (С. Ryff, адаптація П. Фесенко, Т. Шевеленкової); методика діагностики рівня емпатійних здібностей (В. Бойко); методика «Міжособистісний індекс реактивності» (IRI) (М. Девіс, адаптація Н. Будаговської, С. Дубровської, Т. Карягіної).

З'ясовано, що у фахівців з високим рівнем емоційного інтелекту послідовність у досягненні цілей позитивно взаємопов'язана з емоційною поінформованістю ( $r=0,676$ ;  $p=0,004$ ); а самомотивація – з їх позитивним самоставленням ( $r=0,541$ ;  $p=0,038$ ). Загалом, цим респондентам властива послідовність у досягненні цілей, що змушує їх простежувати і контролювати свої емоції; їм властиве прагнення до досягнень за допомогою власних зусиль, вони шукають різні способи у мотивуванні себе, що призводить до позитивного самосприйняття та професійного благополуччя в цілому.

Констатовано, що оптимізм є важливим ресурсом особистісного потенціалу фахівців із високим рівнем професійного благополуччя, який впливає на якість їх емоційного життя та є важливою складовою професійного благополуччя. Виявлено, що цим фахівцям властиві більш ефективні способи подолання стресових ситуацій, позитивний погляд на навколишній світ, своє місце у ньому, оцінювання власної професійної успішності.

Визначено, що фахівців із високим рівнем професійного благополуччя відрізняють вищі за середні показники емоційного благополуччя ( $\chi^2=5,478$ ;  $p\leq 0,01$ ); у них переважає позитивний емоційний фон і задоволеність

професійним життям, порівняно з респондентами з низьким і середнім рівнями професійного благополуччя, яким притаманні середні ( $\chi^2=8,326$ ;  $p\leq 0,01$ ) та низькі ( $\chi^2=7,294$ ;  $p\leq 0,01$ ) показники емоційного благополуччя відповідно.

Показано, що рівень прояву емпатії фахівців залежить від співвідношення у її загальній структурі окремих компонентів: спрямованості уваги та мислення на стан іншої людини; здатності співпереживати і співчувати як у звичайних умовах, так і в умовах невизначеності, актуалізуючи свій попередній досвід; готовності до взаємодії та спілкування; вміння створити атмосферу довіри та відкритості. Встановлено, що фахівці з високим рівнем професійного благополуччя відрізняються середнім, допустимим у професійній діяльності, рівнем емпатії, без схильності до емоційного вигорання. Виявлено, що у фахівців із середнім та високим рівнями професійного благополуччя знижуються показники за шкалами децентрації, емпатійної турботи та залишаються фактично без змін показники за шкалою особистісного дистресу.

З'ясовано, що фахівців з високим рівнем професійного благополуччя відрізняє здатність до рефлексії (соціально-перцептивної, комунікативної та особистісної), зокрема, у вирішенні конфліктних ситуацій у професійній взаємодії. Їм притаманна постійна перевірка власних якостей, позицій; адекватна оцінка своїх дій, вміння помічати позитивні та негативні реакції оточуючих та визначати їх причини, що допомагає продуктивно вирішувати конфлікти та сприяє професійному благополуччю.

Подальший аналіз емоційно-особистісних предикторів професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я був присвячений з'ясуванню впливу перфекціонізму та емоційного вигорання, як прогностичних показників їх професійного благополуччя.

Підкреслюється, що вираженість синдрому емоційного вигорання визначається низкою особистісних властивостей, зокрема перфекціонізмом. Методами збору емпіричних даних виступили багатовимірні шкали

перфекціозму (Р. Hewitt, G. Flett, адаптація І. Грачової), а також методика діагностики рівня емоційного вигорання (В. Бойко).

Розглянуто особливості прояву перфекціонізму у підгрупах фахівців з різними рівнями професійного благополуччя. Встановлено, що у фахівців з високим рівнем професійного благополуччя показники вираженості перфекціонізму представлені у такий спосіб: 14,5% респондентів мають високий рівень перфекціонізму, 25,0% – середній та 60,5% – низький його рівні. Натомість у респондентів із середнім і низьким рівнями професійного благополуччя отримано такі дані: високий рівень перфекціонізму відзначається у 62,5% фахівців, середній – у 24,3%, низький – у 13,2%. Отже, високий рівень перфекціонізму переважає у респондентів із середнім і низьким рівнями професійного благополуччя ( $\chi^2=6,27$ ;  $p\leq 0,01$ ), а низький – у фахівців із високим його рівнем ( $\chi^2=9,642$ ;  $p\leq 0,01$ ).

Визначено, що у респондентів із високим рівнем професійного благополуччя значення показника емоційного вигорання розподілилися так: 9,2% фахівців виявили високий рівень емоційного вигорання, 38,2% середній і 52,6% низький рівень. У фахівців із середнім і низьким рівнями професійного благополуччя значення за показниками емоційного вигорання дещо інші: у 50,7% респондентів виявлено високі показники емоційного вигорання, у 26,3% – середні та у 23,0% – низькі значення. Отже, високі показники емоційного вигорання виявляють фахівці із середнім і низьким рівнями професійного благополуччя ( $\chi^2=9,357$ ;  $p\leq 0,05$ ). У респондентів із високим рівнем професійного благополуччя відзначаються нижчі значення показників емоційного вигорання ( $\chi^2=4,029$ ;  $p\leq 0,05$ ), порівняно з фахівцями з середнім і низьким рівнями професійного благополуччя.

Дані, отримані на констатувальному етапі дослідження, були враховані при побудові соціально-психологічної програми підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

Основні положення розділу відображено у таких публікаціях авторки: [50; 53; 54; 56; 57; 168].

## РОЗДІЛ 3

### СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПІДВИЩЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ФАХІВЦІВ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **3.1. Концептуальні основи та зміст соціально-психологічної програми підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я**

На формульовальному етапі дослідження було визначено концептуальні основи та зміст соціально-психологічної програми підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я та проведено її апробацію.

Для підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я у межах соціально-психологічної програми було обрано формат тренінгу з елементами психотерапії.

Тренінг, будучи системою спеціально організованого інтенсивного впливу, є особливо організованою реальністю і спрямований, у першу чергу, на створення умов для розвитку самопізнання та саморозуміння, емоційної гнучкості, рефлексії; зміни ставлення учасників до себе та інших; вироблення навичок саморегуляції, підвищення соціальної адаптації учасників, поглиблення досвіду психологічної інтерпретації поведінки інших учасників [61; 94; 95; 166; 181; 188 та ін.].

У процесі тренінгу учасники мають можливість через механізми емпатії, ідентифікації та зворотного зв'язку з ведучим та групою, побачити та усвідомити проблемні аспекти своєї особистості, які раніше не піддавалися усвідомленню та вербалізації через роботу захисних механізмів, не дозволяли

розкрити свій потенціал, відчувати позитивні емоції та професійне благополуччя.

Тренінг, як форма групової роботи, виступає також як тренажер, на якому у безпечній обстановці освоюються і відточуються нові моделі ефективної соціальної взаємодії, долаються комплекси, вирішуються інтрапсихічні конфлікти і відбувається позбавлення від стереотипів неконструктивної поведінки та сприйняття. Досвід переживання і співпереживання, отриманий у процесі тренінгової роботи групи, є значним емоційним компонентом таких ефектів, як децентрація, що проявляється у більшій зверненості до партнерів по спілкуванню; розвитку гуманістичної установки щодо партнерів; зростання соціально-психологічної активності [60].

Підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я здійснювалося через проведення індивідуально-психологічної діагностики вихідного рівня їх професійного благополуччя, створення умов поглибленого розуміння себе, уявлень про себе як фахівця у галузі охорони здоров'я.

Консультативна робота у межах програми з підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я складалася з подання середньогрупових показників професійного благополуччя та характеру значущих відносин у діяльності в галузі охорони здоров'я; обговорення отриманих результатів з учасниками програми, розкриття характеру взаємозв'язку значущих відносин та професійного благополуччя фахівця в галузі охорони здоров'я.

У межах запропонованої програми здійснювався психологічний супровід фахівців у галузі охорони здоров'я шляхом зміни значущих відносин у професії з метою підвищення їх професійного благополуччя.

Завдання програми: розвиток позитивного ставлення фахівців до діяльності у галузі охорони здоров'я; розкриття значущості та особистісного смислу професії; сприяння професійному зростанню через розширення сфери



усвідомлення вчинків, поведінки, а також усвідомлення процесів, що відбуваються у групі; розвиток незалежності, внутрішньої свободи, зменшення неконструктивних психологічних захистів; підвищення самооцінки та впевненості у собі, позитивного ставлення до себе як до фахівця; розвиток рефлексії, як уміння досліджувати та аналізувати аспекти своєї особистості, потенційні ресурси на основі конкретних тренінгових ситуацій, спровокованих або заданих ведучим через вправи або тих, які виникли спонтанно у ході становлення відносин у групі; підвищення усвідомлення мотивів і професійних цілей, формування активної життєвої позиції; розвиток емоційної саморегуляції; підвищення рівня відкритості новому досвіду, його інтеграції; здатності більш реалістично сприймати себе і навколишній світ, його позитивні та негативні аспекти.

Більш конкретно цілі та завдання групи визначалися запитамі членів групи на кожному занятті. Вони могли стосуватися окремих учасників, їх взаємовідносин, ролі конкретного учасника групи, внутрішніх проблем групових взаємовідносин. Коли інтереси групи зосереджуються на окремих учасниках, метою тренінгової роботи могло бути розширення самосвідомості учасника, зміна його установок і розширення поведінкової компетентності. Коли інтереси були спрямовані на виконання рольових функцій, метою групи могло бути дослідження ставлення учасників до різних групових ролей і аналіз ефективності взаємодії.

Необхідною вбачалася корекція уявлень учасників про себе як фахівця, їх звільнення від стереотипів самосприйняття, своєї професійної ролі через розвиток рефлексії та зворотний зв'язок; розвиток самосвідомості, формування нових установок у комунікативній взаємодії та ефективних поведінкових стратегій; підвищення психічної саморегуляції; вироблення ефективних стратегій вирішення ціннісно-сміслового конфлікту, створення позитивних образів та перспектив професійного майбутнього, формування позитивного професійного самоствавлення.

При побудові соціально-психологічної програми підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я були задіяні принципи системності, інтерактивності, цілісності, практичної спрямованості, перспективності. В основу програми було покладено і принцип поетапності розвитку групи та поступовості у глибині розуміння себе кожним учасником. Кожна нова зустріч логічно впливала з попередньої і була у змістовному плані основою наступної (стартовий шерінг).

Під час розробки програми ми спиралися на теорію соціально-психологічного тренінгу (О. Бондарчук, Л. Карамушка та ін.) [6; 28 та ін.]. У побудові блоків програми ми спиралися на структуру психологічного благополуччя у професійній діяльності (К. Ріфф та ін.) [172 та ін.]; на розуміння особливостей групової психотерапії (Р. Кочунас, К. Рудестам та ін.) [132; 167 та ін.]; на положення та прийоми позитивної психології, а також теорію і практику емоційно-образної психотерапії (І. Бонівелл та ін.) [81 та ін.], на психотерапевтичний метод роботи зі станами (Є. Гейко, Т. Яценко та ін.) [18; 60; 61 та ін.].

Соціально-психологічна програма підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я була розрахована на 72 години (10 зустрічей по 6 годин) один раз на тиждень і містила мотиваційно-настановчий, формувальний-розвивальний і аналітико-моніторинговий блоки.

Загальна характеристика соціально-психологічної програми підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я наведена у табл. 3.1.

Кількість учасників у групі 12-14 осіб.

Організація просторово-предметного середовища: кабінет (не менше 18 кв. м.), навчальні столи і стільці, що вільно пересуваються.

Мінімально необхідні вимоги до обладнання: стіл та стілець на кожного учасника; дошка (стенд) для вивішування плакатів чи фліпчарт;

кольорові крейди, листи щільного паперу у достатній кількості (формату А4 і 43); килимки для релаксаційних та медитативних вправ тощо.

*Таблиця 3.1*

**Загальна характеристика соціально-психологічної програми  
підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони  
здоров'я**

<b>Блоки</b>	<b>Мета</b>	<b>Психологічні прийоми</b>
Мотиваційно-настановчий	Розкрити значення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я і створити особисту зацікавленість у забезпеченні підтримки та підвищенні рівня їх професійного благополуччя.	Діагностика значущих відносин та вихідного рівня професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я. Створення ціннісно-проблемної ситуації шляхом аналізу результатів діагностики професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я та значущих відносин у професії, порівняно з соціальною бажаністю фахівців. Індивідуальні та групові консультації.
Формувально-розвивальний	Сформувати позитивне ставлення до професії фахівця у галузі охорони здоров'я і до себе для підвищення рівня професійного благополуччя.	Реалізувати соціально-психологічну програму з підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я шляхом зміни значущих відносин у професії у супроводі їх діяльності.

Аналітико-моніторинговий	Оцінити ефективність соціально-психологічної програми підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.	Виконання учасниками програми раціональних прийомів аналізу своєї діяльності в ході опрацювання ставлення до помилок, створення установки на справу, спрямованість на позитивне ставлення до себе та диференційований відбір ресурсів для кожного учасника програми. Групове обговорення підсумків та зворотний зв'язок. Діагностика рівня сформованості професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я по завершенню програми і його порівняння з вихідним рівнем їх професійного благополуччя.
--------------------------	--	--

Форми роботи: групова робота, робота у парах, «карусель» (зміна пар), індивідуальна робота за запитом, аналіз професійних ситуацій та проблем міжособистісного спілкування у професійній взаємодії, ведення психологічного щоденника, домашні завдання.

Прийоми, методики та техніки роботи:

- розвиток присутності через виявлення та аналіз прихованого неприйняття до члена групи, конфлікту. Поглиблення присутності з екзистенційної точки зору: утримання учасника тренінгу в усвідомленні

глибокого духовного процесу, що долає звичні обмеження; набуття здатності цінувати та поважати унікальність Іншого.

- посилення процесу внутрішнього пошуку: допомагати йти глибше повсякденних турбот та поверхневих емоцій, здійснювати безпосередній та глибокий доступ до свого досвіду;

- робота з опором: визначення та вирішення виникаючих «прямо зараз» блоків, що обмежують доступ до власної особистості та професійного досвіду;

- робота з метафорами та емоційними образами; використання історій, притч та інших метафоричних послань для розширення сприйняття, нового погляду на проблему, виявлення особистісних ресурсів; прийоми короткострокової позитивної психотерапії: ідентифікація себе та своєї психологічної проблеми через метафору; прийоми: «Прошло кілька років...», «Я зрозумію, що Це сталося колись...», «Це буде виглядати як...»;

- прийоми та техніки арттерапії: аналіз внутрішнього світу через проєктивну рисункову методику «Мандала», рисункові техніки: «Образний автопортрет»; схематичний аналіз особливостей структурування часу та життя; варіантів життя (Дж. Келлог та ін.) [129 та ін.].

- аналіз сторін особистості: «Внутрішня дитина», «Внутрішній батько», «Поранена дитина», «Поранений цілитель» (М. Гулдінг, Р. Гулдінг, К. Юнг) [114; 125; 126 та ін.].

Етапи роботи з учасниками програми:

- виведення з внутрішнього плану у зовнішній неконструктивних елементів та моделей поведінки, а також нераціональних стратегій побудови кар'єри. У процесі тренінгу учасники мали можливість через механізми зворотного зв'язку з групою та з ведучим оцінити свої проблемні сфери. Знання учасників про себе мають лише внутрішню представленість і важко піддаються усвідомленню та вербалізації завдяки численним механізмам захисту, що дозволяє психіці підтримувати стан внутрішнього психологічного комфорту шляхом спотворення уявлень про себе, про свою

поведінку. Оскільки зазвичай учасники приходять на тренінг з розмитим відчуттям проблеми, не можуть чітко охарактеризувати її причини та джерела, їх відчуття та уявлення конкретизувалися через механізми зворотного зв'язку, емпатію, ідентифікацію та рефлексію, які стимулювали учасників до більш глибокого самоаналізу та самоусвідомлення.

- побудова моделі ідеального стану та поведінки у зовнішньому плані. Ведучий вибудовував разом із учасниками тренінгу ідеальні моделі поведінки з урахуванням їх вікових, статево-рольових та інших особливостей. Трансформація поведінки відбувалася, насамперед, у зовнішньому плані з наступним «вращуванням» змінених форм поведінки усередину.

Першим етапом цього шляху була зміна смислових установок особистості, яка суб'єктивно відчувалася як розширення кругозору чи усвідомлення чогось нового. Зміна установок слугувала першим поштовхом до оволодіння новими варіантами поведінки, де отримання нових знань ставало першим етапом на шляху трансформації своєї поведінки у бік її більшої адекватності та ефективності.

- модифікація поведінки та стану учасників групи у бік бажаного стану та закріплення його у внутрішньому плані. Для того, щоб відбулися стійкі зміни у стані та поведінці учасників, які пройшли програмні заходи, необхідним було присвоєння нових форм поведінки, що здійснювалося у спеціально підібраних вправах та розминках. Можливо, що значна частина змін в учасників програми виникне й після її закінчення. Для посилення цього ефекту учасникам було рекомендовано після закінчення програми зустрічатись у парах-трійках для психологічної підтримки один одного та обговорення поточних проблем.

Нижче наведено зміст соціально-психологічної програми підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я за її блоками.

Мотиваційно-настановчий блок.

Мета – знайомство учасників групи, формування довірчого ставлення та позитивного налаштування, згуртування групи.

Заняття «Знайомство».

Обладнання: стільці, проєктор, ноутбук, музична колонка, бейджи, фліпчарт, ватмани, маркери, ручки та ін.

Тривалість заняття: Вступне слово (3 хв.): Ласкаво просимо на тренінг, шановні учасники! Моє ім'я «...». На нас чекає продуктивна робота, спрямована на підвищення професійного благополуччя фахівця, який працює у галузі охорони здоров'я.

Привітання (18 хв.). Кожному з Вас я роздаю бейджи. Прохання написати на них Ваше ім'я та прикріпити до одягу. Далі пропоную Вам привітатися з кожним потисканням рук, обходячи всіх по колу за годинниковою стрілкою. Потім прошу кожного з Вас коротко розповісти про себе – де Ви працюєте, за якою спеціалізацією, з яким настроєм прийшли на тренінгову програму.

Вправа. «Правила роботи» (15 хв.).

Ціль: забезпечити налаштування на специфічний вид діяльності (створення особливого психологічного клімату), усвідомлення учасниками тренінгу правил, прийнятих норм, які суворо регламентують та регулюють цю діяльність. Вироблення правил в учасників проводиться за допомогою мозкового штурму; правила записуються на аркуші ватману.

Матеріали для заняття: ватман, фломастер.

Ведучий нагадує, що будь-яка соціальна спільність не може існувати без правил, що регламентують життєдіяльність людей, які становлять цю спільність. У процесі тренінгу ці правила необхідні для ефективного розвитку групи. Вони дають змогу значно скоротити втрати часу, а також продуктивно працювати над собою. Далі учасники обговорюють групові правила. Остаточний варіант пишеться на ватмані і в процесі роботи ведучий повертає членів групи до цих правил.

До основних правил належать: тут і зараз; говорити від своєї особи; уникати оцінок; щирість висловлювань; особиста активність; слухати, не перебиваючи; конфіденційність; звернення на ім'я; телефони вимкнено; перерви за розкладом. Кожне затверджене правило пояснюється групою.

Формувально-розвивальний блок.

Заняття 1.

Вправа 1. «Очікування» (30 хв.).

Матеріали: маркер, ватман.

Запитання для обговорення: Назвіть головне з Ваших очікувань цього тренінгу. Поясніть.

Таблиця очікувань групи

Ім'я	Мої очікування

Мета: визначити розуміння основної теми заняття (професійне благополуччя особистості фахівців у галузі охорони здоров'я).

Потрібні матеріали. Папір, ручки. Час – 5 хвилин.

Напишіть, будь ласка, Ваше розуміння визначення: «Чим для Вас визначається професійне благополуччя? Благополуччя у житті? Чому важливо підвищувати рівень професійного благополуччя?»

Після цього кожен учасник тренінгу зачитує текст. Ведучий записує основні ідеї на дошці та після цього доповнює список визначень учасників щодо їх розуміння професійного благополуччя, записує визначення та поняття.

Повідомлення-довідка: «Професійне благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я». Для початку потрібно розібратися, що ми розуміємо під професійним благополуччям особистості – це психологічне благополуччя особистості в умовах професійної діяльності. Вчені, які проводять дослідження в галузі професійного розвитку особистості, розглядають професійне благополуччя як багаторівневий конструкт, який забезпечує



збереження та активність фахівця, забезпечує ефективність та розвиток у будь-яких умовах процесу професійної діяльності.

Таким чином, професійне благополуччя у діяльності в галузі охорони здоров'я характеризується позитивним ставленням фахівця до себе і до свого колективу, професійною ідентичністю, цінностями та смислами, а також гармонійним співвідношенням складових професійного благополуччя (емоційної, поведінкової, когнітивної, діяльнісної).

Наразі відбуваються стрімкі зміни у сфері охорони здоров'я і не тільки. Життя сучасної людини наповнене потоком різноспрямованих подій, стресові та інформаційні навантаження вкрай підвищені, зростають вимоги до людини, і неминуче виникають питання, пов'язані зі збереженням її здоров'я, причому як соматичного, так і психічного та психологічного. Саме тому нам важливо забезпечити високий рівень професійного благополуччя особистості фахівців у галузі охорони здоров'я. Реалізуючи себе, фахівець у галузі охорони здоров'я знаходить джерело найбільшого задоволення через систему значущих відносин, що, у свою чергу, підвищує рівень його професійного благополуччя. І чим вищий рівень позитивного ставлення до професії, до себе як фахівця, тим благополучнішим він себе відчуває і тим вищим є рівень його професійного благополуччя в цілому. Отже, професійне благополуччя, будучи інтегральним соціально-психологічним утворенням, визначається через систему уявлень фахівця про свою професію, себе у професії.

Вправа 2. «Я у професії» (30 хв.).

Матеріали: папір, ручки.

Ведучий: я впевнений, що Ви зі мною погодитесь – вибір будь-якої професії пов'язаний з її особистісним та професійним усвідомленням. Зараз ми спробуємо дізнатися: Які внутрішні та зовнішні мотиви сприяли вибору Вашої професії? Які особисті якості є у Вас для здійснення своєї професійної діяльності?

Для того, щоб виконати вправу, візьміть аркуш паперу та надайте відповіді на ці запитання.

Інструкція: Вправа спрямована на самосвідомість кожного у виборі професії.

Протягом 5 хвилин учасники думають та записують для себе мотиви. Далі кожен учасник озвучує їх, ведучий записує ці мотиви на ватмані, навпроти імені учасника.

Вправа 3. «Необхідність змін» (1 год. 30 хв.).

Ціль: усвідомлення необхідності змін.

Матеріали: папір та ручки.

Ведучий: У житті кожного з нас постійно відбуваються зміни, які можуть бути як поверхневими, так і дуже серйозними та глибокими. Ми радіємо одним змінам та шкодуємо за інші. Ми не завжди усвідомлюємо, що будь-яка зміна пов'язана з почуттям втрати, розставанням та довгим несвідомим смутком. Те, що було раніше нам знайоме і тому безпечне. Те, що для нас «нове» вимагає адаптації, певних зусиль. Тому ми часто тримаємося за «старе» і ставимося підозріло до нових шансів та пропозицій. Якщо нам вдасться усвідомлено розлучатися зі «старим», нам легше сконцентруватися на «новому» і використовувати можливості, що виникають.

Інструкції. Ведучий: хочу запропонувати Вам виконати вправу. Вона допоможе побачити, що зараз змінюється у Вашому житті. Зміни відбуваються, коли ми завершуємо старе і починаємо нове. Хтось із Вас відчувається стабільним у своїх професійних планах, інші змінюють професійні плани у міру знайомства з новими можливостями. Кожна серйозна зміна дає нашому життю великі навантаження. У новій ситуації зростає ризик зробити помилку або зазнати розчарування. Почніть зі «старого» у Вашій професійній сфері. На аркуші паперу напишіть список (мінімум із трьох пунктів) того, що Ви відносите до «старого», того, що стає для Вас менш значущим. Йдеться про ті речі, потреби, почуття або дії, які

раніше були для Вас дорогими, проте їх значення для Вас і місце, яке вони займають у Вашій професійній діяльності, поступово зменшилися. На виконання Вам дається 10 хв.

На новому аркуші паперу складіть список (мінімум із трьох пунктів) того, що належить до «нового» у Вашому житті. Цього разу записуйте те, що поступово стає для Вас важливим, але ще не є частиною Вашої професії, а виникає іноді, набуваючи все більшої значущості. Вам надається 10 хв. Виберіть найважливіший пункт у кожному з двох списків.

Розглянемо обидва пункти. Прошу Вас описати, що Ви відчуваєте, думаючи про ці речі: страх, радість, смуток, очікування. Що Вам заважає та що допомагає. Намагайтеся зрозуміти, що утримує Вас біля «старого» і віддаляє від «нового». Чи існує зв'язок між цими двома речами. На виконання цього завдання ви маєте 10 хвилин.

Оберіть собі партнера, з яким Вам хотілося б це обговорити. Під час обговорення намагайтеся зрозуміти, що має на увазі Ваш партнер, що його цікавить і що Він відчуває (10 хв.).

Після цього всі повертаються до кола, щоб ми разом змогли обговорити цю вправу. Тепер прошу кожного мені розповісти, на яких змінах він зосередився в останній частині завдання та прокоментувати свій вибір. Як часто Ви розмірковуєте про зміни своєї діяльності? Наскільки важко Вам розлучатися зі «старим»? Чому, за Вашими спостереженнями, Ви стаєте пригніченим та сумним? Які бажання чи уявлення роблять розлучення для Вас особливо важким?

Вправа 4. «Професійні цілі» (50 хв.).

Ціль: вправа спрямована на вироблення професійних цілей.

Матеріали: папір та ручки.

Етап 1. Поговоримо про Ваші професійні цілі. Візьміть папір та ручку. Протягом 10 хвилин подумайте над питанням «Що я дійсно хочу отримати від своєї професії?» Фіксуйте коротко все, що спадає Вам на думку. Чим більше Ви зможете написати – тим краще.

Етап 2. Візьміть листок і за одну хвилину оберіть те, чому б ви хотіли присвятити себе у своїй професії у найближчі два роки. Після цього ще одну хвилину, щоб доповнити або змінити список. Ваші цілі мають бути реалістичними. Уявіть собі, що це останні роки Вашого життя. Це дозволить вибрати Вам найважливіші для Вас цілі.

Етап 3. Тепер спробуйте визначити цілі на найближчі шість місяців – одна хвилинка на складання списку.

Етап 4. Проведіть аудит своїх цілей. Як Ви вважаєте, наскільки вони конкретні, наскільки відповідають одна одній, наскільки Ваші цілі реалістичні у категоріях часу та наявних ресурсів. Як Ви думаєте, чи слід ввести нову ціль – додати новий ресурс.

Етап 5. Залиште свої списки собі, звіряйте їх із Вашою професійною діяльністю, стежте, що Ви рухаєтеся у вибраному Вами напрямку.

Підведення підсумків вправи: Як Ви почуваетесь після вправи? Які цікаві висновки Ви для себе зробили? Що було для Вас несподіваним? Що було найважче? Чому?

Вправа 5. «Досягнення цілей» (50 хв.)

Ціль: навчити учасників грамотно формулювати свої цілі.

Матеріали: папір та ручки.

Ведучий викликає будь-якого учасника. Ведучий оголошує учасникам: Ви знайшли чарівну лампу, з неї вилетів джин. У Вас є 10 секунд, щоб загадати йому три бажання.

Ведучий засікає час і веде відлік. Ведучий озвучує бажання так, як сказав учасник.

- Здоров'я, грошей, квартиру...

Ведучий пише на листочку здоров'я та віддає його іншому учаснику. Не було ясно кому потрібне здоров'я!

Квартиру – ведучий записує на листочку площу 5 кв.м.

Грошей не вказано кількість тощо...

Ведучий ставить запитання учасникам: Що зараз відбувалося? Як правильно потрібно загадувати бажання, щоб вони були виконані?

У результаті він підводить учасників до правила постановки цілей за схемою SMART:

- Specific – конкретні;
- Measurable – вимірні;
- Agreed – узгоджені;
- Realistic – реалістичні;
- Timed – визначені у часі.

Далі учасники складають особистий план за схемою SMART та пояснюють його. Потім учасники беруть професійні цілі з попереднього заняття та застосовують до них схему SMART.

Прощання. Усі учасники групи висловлюються про свої почуття, що виникали у процесі роботи.

Зразкові питання: Що сподобалося? Що дізналися для себе нового? З якими думками та почуттями прийшли на тренінгову програму та з якими йдете?

Побажання на наступний день.

Заняття 2.

Вітання.

Вправа 1. «Професійні обов'язки» (30 хв.)

Матеріали: папір та ручки.

Інструкції. Ведучий пропонує учасникам на окремих листочках написати:

1. Три речі, які Вам хотілося б робити найчастіше (це можуть бути професійні обов'язки, розваги, справи тощо).
2. Три речі, які Вам хотілося б перестати робити або зовсім не робити.

Далі ведучий просить пояснити йому, чому Ви не робите того, що бажаєте і робите дуже багато того, чого не бажаєте.

Потім учасники обговорюють підсумки, що викликало складнощі.

Вправа 2. «Рушійні мотиви» (40 хв.).

Матеріали: ватман.

Інструкції. Учасники сідають у коло. Кожен учасник згадує випадок зі своєї професійної діяльності, обставини, коли він мав конфлікт чи складну ситуацію. Далі кожен учасник розповідає про ситуацію спочатку з позиції жертви, а потім із позиції іншої сторони. Учасники тренінгу мають слухати розповіді інших учасників без коментарів. Ведучий фіксує їх на ватмані. Потім проводиться обговорення вправи. У ньому особлива увага приділяється питанню – які були рушійні мотиви у цій чи іншій ситуації?

Наприкінці вправи проходить загальний аналіз того, що відбувалося, з метою усвідомлення та зміцнення своїх професійних мотивів.

Вправа 3. «Проблеми професії» (50 хв.).

Матеріали: ватман.

Ціль: розвинути в учасників вміння діяти адекватно та ефективно у різних професійних ситуаціях, вміти виявляти сильні та слабкі сторони своєї особистості.

Інструкції. Ведучий ділить учасників на пари. По черзі учасники протягом двох хвилин розповідають один одному про свої проблеми у професійній діяльності. По черзі, вислухавши один одного, вони повинні проаналізувати ситуацію таким чином, щоб знайти сильні і слабкі сторони в поведінці іншого учасника і докладно розповісти про них йому. Ведучий фіксує все на ватмані.

Наприкінці цієї вправи відбувається обговорення того, що викликало складну ситуацію у професійній діяльності. Ведучий, підбиваючи підсумки, звертає увагу учасників на усвідомлення потреб, життєвих цілей та професійних мотивів учасників тренінгу.

Обговорення. Що Ви змогли дізнатися? Що з цього Ви візьмете із собою у роботу?

Вправа 5. «Зворотний зв'язок» (20 хв.).

Ціль: отримати ведучим зворотний зв'язок.

Матеріали: ватман.

Інструкції. Ведучий пропонує закінчити наступні речення учасникам:

1. Після тренінгу зі мною відбулися наступні зміни...
2. Я зміг подолати...
3. Я усвідомив у процесі тренінгу...

Ведучий коротко фіксує відповіді на ватмані.

Вправа 6. «Єдине ціле» (25 хв.).

Ціль: згуртування групи.

Матеріали: клубок ниток, музична колонка.

Інструкції. Ведучий перекидає одному з учасників клубок ниток, при цьому залишає кінець клубка. Кожен учасник говорить іншому, що він любить, про що мріє і що бажає тому учаснику, якому передає клубок. Наступний учасник ловить клубок, потім намотує нитку на палець та продовжує гру далі. Після того, як всі учасники виконають цю вправу, з усіх пов'язують нитки клубка. Ведучий запитує учасників, що на їх погляд, нагадує нитка, що зв'язує їх, які асоціації викликає. Після цього він пропонує учасникам заплющити очі і, утримуючи свій кінець нитки, думати про те, що ця група є єдиним цілим, і кожен у групі цінний і важливий. Другу частину вправи слід проводити під медитативну музику.

Рефлексія: ведучий просить учасників порівняти свій стан до початку заняття та після нього. Що Ви відчуваєте? Що змінилося?

Вправа 7. «Позитивна атмосфера» (15 хв.).

Ціль: покращення атмосфери, скорочення дистанції у спілкуванні учасників.

Матеріали: м'яч.

Інструкції. Ведучий кидає м'яч учаснику, попередньо назвавши його ім'я, а потім говорить комплімент. Учасник, який спіймав м'яч, дякує за комплімент словом «дякую», при цьому дивлячись у вічі ведучому. Потім кидає м'яч іншому учаснику та каже комплімент.

Заняття 3.

Вітання.

Починається заняття, учасники сідають у коло і кожен по черзі вітає один одного. При цьому учасник обов'язково наголошує на індивідуальності партнера, наприклад: «Ти сьогодні виглядаєш чудово, ти сяєш....».

Важливо під час цієї психологічної розминки налаштувати групу на довірчий стиль спілкування, продемонструвати своє добре ставлення один до одного. Ведучому необхідно звертати увагу на манери встановлення контактів.

Вправа 1. «Позбутися проблеми» (1 год. 20 хв.).

Матеріали: м'яч.

Інструкції. Подумайте про проблему, яка не дає спокою. Згадайте, які реакції вона викликає. Ви скаржитеся, намагаєтеся боротися з проблемою, чи намагаєтеся її просто не помічати, вдавати, що у Вас все гаразд? Це не допомагає позбавитися проблеми, Ви згодні? Найімовірніше, Ви вже намагалися вирішити цю проблему, намагалися змінити обставини свого життя, щоб усунути її. Але це не допомогло, а навпаки лише зміцнило Вашу впевненість у нерозв'язності проблеми. Можливо, Ви навіть кажете: «нічого не допомагає, що б я не робив». «Все марно, я не зможу вирішити цю проблему». Ви можете вирішити свою проблему, але досі Ви підходили до проблеми не з того боку. Ви намагалися її подолати чи усунути, але при цьому Ви не намагалися її прийняти. Лише прийнявши проблему, Ви зможете її усунути. Ще одна помилка полягає у тому, що Ви недооцінюєте свої сили, Ви вважаєте, що проблема сильніша за Вас. З таким ставленням Ви посилюєте проблему, тому що віддаєте їй свої сили.

Наше завдання полягає у тому, щоб поставитися до проблеми простіше і тоді вона вирішиться легко. Скажіть собі – це не проблема, а завдання. Воно не складне і я зможу вирішити його витончено і легко, граючи. Навіть і не намагайтеся відганяти від себе цю проблему. Натомість, навпаки, розгляньте її добре. Уявіть собі, що ця проблема вчить Вас чомусь новому. Сформулюйте собі у чому дана проблема. Але перед цим Вам треба прийняти



проблему та зрозуміти, чому вона Вас вчить. Скажіть собі: ця проблема не випадкова, все правильно. Так і має бути. Ця ситуація потрібна, щоб я став сильнішим, навчився доброзичливості, терпінню, самоповазі тощо. (Додайте ще ті якості, яким, на Вашу думку, може Вас навчити ця проблема). Прийміть рішення для себе, що відтепер Ви вчитиметеся цьому. Ви можете за цією ж схемою провести роботу з прийняття та видозміни будь-якої проблеми, а потім відпустити її від себе.

Вправа 2. «Альтернативні дії» (40 хв.).

Матеріали: папір, ручки.

Ціль: виробити навичку звички до позитивних реакцій.

Інструкції. Візьміть аркуш паперу. Перерахуйте Ваші найбільш типові автоматичні реакції у різних випадках професійної діяльності. Дайте відповідь на запитання: Яка у Вас реакція, коли Вас критикують? Що Ви робите та відчуваєте, коли Вас хтось образив, штовхнув, зачепив? Яка Ваша реакція, якщо не з Вашої вини порушено Ваші професійні плани? Якщо Ви зазнали невдачі, не впоралися з якоюсь справою, яка Ваша реакція? Придумайте альтернативну дію для кожної з таких реакцій. У кожній подібній ситуації Ви можете замінити автоматичну та негативну реакцію на усвідомлену позитивну реакцію. Візьміть ручку і складіть по кожному пункту перелік відповідних позитивних реакцій. Після цього уявіть, що Ви актор, який грає роль. У своїх думках програвайте позитивні реакції. Уявіть ситуацію, в якій Ви реагували негативно, після цього уявіть, як у ній Ви реагуєте позитивно. Програвши дані реакції у своїй уяві, Ви зможете застосовувати їх на практиці, у своїй професійній діяльності.

Вправа 3. «Позитивне мислення» (1 год. 20 хв.).

Матеріали: музичний стовпчик, папір, ручки.

Ціль: розвинути вміння позитивного ставлення до життєвих ситуацій.

Інструкція (звучить розслаблююча музика). У будь-яких ситуаціях намагайтеся знаходити позитивні сторони. Перевіримо це у дії. Нижче наведено різні ситуації.

Прочитайте їх, знайдіть та запишіть позитивні моменти у таких ситуаціях:

1. Ви не можете поїхати у відпустку, тому що у Вас немає грошей.
2. Ваш чоловік/син/... забули привітати Вас з Днем народження.
3. Ви рано встали, зібралася на роботу, а виявилось, що у Вас вихідний.
4. Автобус, на якому Ви їхали на роботу, зламався.

Коментарі для ведучого. Учасники пишуть для кожної із зазначених ситуацій свої позитивні моменти. Кожен учасник по черзі промовляє ці моменти. Учаснику, який вказав найбільшу кількість позитивних моментів у кожній запропонованій ситуації, вручається кубок позитивного мислення!

Вправа 4. «Пантоміма» (40 хв.).

Матеріали: папір, ручки.

Учасники пишуть на своїх аркушах паперу якесь почуття. Потім ці листи збираються і перетасовуються. Після цього кожен учасник вибирає будь-яку картку. Йому необхідно зобразити почуття, написане на обраному ним листку. Показувати почуття можна пантомімою та мімікою. Інші учасники намагаються визначити, яке почуття показує один із учасників, та коментують те, що відбувається. Ведучий мовчить доки не висловляться всі учасники.

Питання для обговорення:

1. Як Ви вважаєте – чи сприймали Вас адекватно?
2. Чому не відразу вдалося визначити почуття, що зображуються учасниками?
3. Які Ви отримали враження від тренінгу?

Вправа 5. «Зворотний зв'язок» (50 хв.).

Матеріали: маркер, ватман.

Ціль: отримання зворотного зв'язку ведучим.

Інструкції. Тренер каже учасникам: «Завершіть наступні речення:

1. Думаю, що мені сьогодні вдалося подолати...
2. В результаті вправи зі мною відбулися наступні зміни...

### 3. У процесі вправи я усвідомив...

Ведучий фіксує відповіді на листку ватману.

#### Заняття 4.

#### Вітання.

Вправа 1. «Рефлексія емоційного стану» (15 хв.).

Матеріали: маркер, ватман.

Ціль: рефлексія власного емоційного стану та очікувань учасниками програми.

Інструкції. Ведучий пропонує кожному учаснику програми проаналізувати свій стан на даний момент та висловити свої очікування щодо майбутнього заняття. Далі переходимо до обговорення. З яким настроєм Ви прийшли сьогодні? Що з Вами сьогодні цікавого сталося? Чого від сьогоднішнього дня Ви очікуєте?

Обговорення домашнього завдання (15 хв.).

Домашнє завдання: вправа «Позитивні моменти» Виділяйте щовечора протягом тижня на цю вправу п'ять хвилин перед сном. Фіксуйте, що хорошого сталося за день (три позитивні моменти), чому це сталося. Свій щоденник Ви можете вести на листку в зошиті або в електронному вигляді. Важлива наявність щоденника у Вас. У щоденнику Ви можете записувати важливі моменти або дрібниці. Після кожного Вашого запису Вам потрібно відповісти на запитання – «Чому це сталося?». Коли Ви зможете протриматися тиждень, Ви звикнете. Пристрасть до вправи зможе розвинути у Вас через шість місяців. Далі Ви заповнюватимете свій щоденник машинально, наповнюючи своє життя позитивними моментами.

Вправа 2. «Структурне бачення життя» (50 хв.).

Матеріали: папір, ручки.

Ціль: сформувані структурне бачення свого життя через значущі відносини у професійній діяльності та допомогти усвідомити зв'язки відносин з оточуючими, визначити характер цих зв'язків.

Інструкції. Ведучий пропонує учасникам уявити всю свою професійну кар'єру, згадати минуле, сьогоднішнє та уявити очікуване майбутнє. Тепер спробуйте вибрати п'ять найважливіших подій своєї професійної діяльності. Цими подіями можуть бути будь-які зміни. Слід врахувати не лише минулі події, а й ті, які, як Ви вважаєте, можуть статися з Вами у майбутньому.

Тепер напишіть на окремому аркуші паперу ці події:

- подія 1;
- подія 2;
- подія 3;
- подія 4;
- подія 5.

Після цього по кожній події слід відповісти на деякі запитання, які належать до них:

- кого цією подією Ви найсильніше порадували чи потішите?
- кого цією подією Ви найсильніше засмутили чи засмутите?
- хто допомагав більше за інших або допоможе Вам у цій події?
- хто заважав Вам більше за інших чи завадить?

Тепер підрахуйте, як часто Ви у своїх відповідях згадували ім'я тієї чи іншої людини? Цією людиною можуть бути друзі, родичі, сусіди, колеги по роботі, герої мистецьких творів, історичні особи.

Обговорення. Що для Вас було важливим? Що з цього Ви візьмете із собою у роботу?

Вправа 3. «Варіанти вирішення проблеми» (50 хв.).

Матеріали: папір, ручки.

Ціль: показати учасникам, кожна проблема має рішення.

Інструкції. Ведучий пропонує учасникам згадати три найбільш значущі для них проблеми, які існують на даний момент у їхній професійній діяльності. Учасники на аркуші паперу записують проблеми у порядку зростання. На це приділяється 5 хвилин. Далі ведучий кожному учаснику пропонує вибрати три варіанти вирішення кожної проблеми. Відбувається

обговорення, інші учасники пропонують варіанти рішення. Потім ведучий пропонує вибрати єдине оптимальне рішення для кожної проблеми.

Обговорення. Що Ви змогли дізнатися? Що з цього Ви візьмете із собою у роботу?

Вправа 4. «Лікар – пацієнт» (45 хв.).

Матеріали: маркер, ватман.

Інструкції. Ведучий пропонує учасникам тренінгу розбитися по парах. У кожній парі один із учасників буде лікарем, інший – пацієнтом. Потім учасники змінюються ролями. Ведучий видає кожній парі завдання. Потрібно обіграти цю ситуацію за ролями. На це дається 5 хвилин. Після цього кожен із учасників обмінюється враженнями. Важливо звернути увагу, як учасник у ролі лікаря поведився з пацієнтом.

Обговорення. Що Ви змогли дізнатися? Що з цього Ви візьмете із собою у роботу? Ведучий записує на ватман підсумки обговорення.

Вправа 5. «Медичний заклад» (50 хв.).

Матеріали: проектор, музичний стовпчик, ноутбук, мобільний телефон.

Інструкції. Ведучий роздає учасникам завдання, на виконання якого виділяється 20 хвилин.

Суть завдання – зняти короткометражний фільм про медичний заклад. Учасники поділяються на групи. Пишуть сценарій. У кожній групі є сценарист, режисер та актори. Учасники мають зняти фільм на мобільний телефон та продемонструвати його. Після демонстрації фільму усі учасники переходять до обговорення, аналізують сюжет.

Обговорення. Що Ви змогли взнати? Що з цього Ви візьмете з собою у роботу?

Вправа 6. «Відвертість» (1 год. 10 хв.).

Матеріали: картки з текстом, ватман, маркер.

Інструкції. Ведучий розкладає картки з незакінченими висловлюваннями на стіл. Далі учасники підходять до столу і кожен вибирає картку. Ведучий відразу просить відповісти учасника, який взяв картку.

Учасники продовжують незакінчені висловлювання. Ведучий коротко фіксує відповіді на ватмані.

Нижче наведено приклади незакінчених висловлювань:

- Я не люблю, коли у кабінеті...
- Я хочу ...
- Мені знайоме гостре почуття самотності, пам'ятаю ...
- Я хочу забути, що ...
- Колеги викликають у мене ...
- Мої пацієнти викликають у мене ... та ін.

Наприкінці вправи учасники проводять аналіз ширості, обговорюють труднощі, що виникли під час вправи.

Обговорення. Що Ви змогли взяти? Що з цього Ви візьмете з собою у роботу?

Вправа 7. «До побачення» (5 хв.).

Ціль: підтримка позитивного настрою учасників. Ведучий встає, простягає вперед праву руку і каже: «Мені дуже приємно було вести тренінг. Дякую всім за роботу!» Потім піднімається один із учасників, кладе свою руку на руку ведучого та повторює його останню фразу: «Всім дякую за роботу!» Так само роблять й інші учасники. Коли всі праві руки будуть з'єднані, ведучий каже всім: «До побачення!» – і група розходитьсь.

Аналітико-моніторинговий блок.

Вправа 1. «Привітання» (15 хв.).

Ведучий пропонує учасникам тренінгу продовжити фразу, звертаючись до кожного члена групи: «Сьогодні чудовий день, адже...»

Вправа 2. «Самовдосконалення» (1 год. 20 хв.).

Матеріали: папір, ручки.

Інструкції. Ведучий каже, що чим активніша людина, тим у неї більше помилок, але саме активні люди частіше досягають успіху, ніж пасивні. Є прислів'я – «хто не ризикує, той не п'є шампанського». Не варто лякатися помилок та невдач; над ними необхідно працювати, отримувати позитивні

моменти. Наші помилки та невдачі корисні, як матеріал для самовдосконалення та стимул до діяльності.

Ведучий дає завдання учасникам:

1. Подумайте і запишіть свої висловлювання, які б виражали позитивне ставлення до помилок і невдач, перспективу їх подолання. Дані висловлювання Ви можете застосовувати для підтримки своєї мотивації та мотивації інших людей.

2. Проаналізуйте невдачу, яку Ви пережили нещодавно. Поміркуйте над кожною помилкою. Визначте, які Ваші навички недостатньо розвинені та потребують вдосконалення. Поміркуйте над методами, які Ви використовуватимете, працюючи над розвитком певних навичок.

Заповніть таку таблицю:

Здібності (навички)	Метод
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Обговорення. Що Ви змогли дізнатися? Що з цього Ви візьмете з собою у роботу?

Вправа 3. «Все важливе – з собою!» (3 год. 10 хв.).

Інструкція. Ведучий каже, щоб усі учасники сіли по колу. Робота добігла кінця і настав час розлучатися. Але перш ніж розійтися, ми будемо збирати багаж. Оскільки ми працювали всі разом, збирати багаж для кожного учасника будемо разом. Ми з Вами займалися проблемою професійного благополуччя, тому туди ми «покладемо» те, що кожному з нас допомагає у нашій професійній діяльності і те, що заважає. Багаж ми збиратимемо за відсутності учасника, а коли закінчимо, то ми запросимо його і вручимо багаж. Він повинен його взяти і забрати з собою, не ставлячи зайвих питань.

Коли ми збиратимемо багаж, ми дотримуватимемося деяких правил:

1. У багаж ми покладемо однакову кількість якостей, що заважають і допомагають.

2. У багаж кожен якість ми вклатимемо лише за згодою всієї групи. Якщо хоча б один із нас не погоджується, група може спробувати його переконати у правильності свого рішення. Якщо групі не вдається це зробити, ця якість у багаж не потрапляє.

3. У багаж можна покласти лише ті якості, які виявилися під час роботи групи.

4. У багаж можна класти лише ті якості, які можна відкорегувати.

5. Збирати багаж буде кожен учасник по черзі.

Необхідно не забувати тих правил, які ми обговорювали раніше.

Ведучий пропонує використати короткі записи щодо кожного учасника, які він вів на ватмані і своїм прикладом допомагає збирати першому учаснику багаж. Якості починають обговорювати лише тоді, коли перший учасник вислухає записи. Усі записи ведуться на листку, а потім озвучуються тому учаснику, якому збирали багаж. Записи наприкінці заняття ведучий залишає собі. Необхідно врахувати, що на збір багажу кожного учасника потрібно не менше 20 хвилин плюс обговорення.

Ведучий: наш з Вами тренінг закінчено. Ви повертаєтеся назад у Ваше професійне життя. Своє професійне благополуччя Ви зможете змінити шляхом зміни Вашого ставлення до себе як до фахівця, зміни ставлення до своєї професійної діяльності у галузі охорони здоров'я. Я Вам бажаю успіхів та удачі у Вашій професійній діяльності. Дякую Вам велике за Вашу увагу та участь!

У межах розробленої соціально-психологічної програми підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я її учасники були залучені до низки тренінгових занять: тренінгу з розвитку комунікативних умінь та навичок, тренінгу формування умінь ефективної поведінки у конфліктних ситуаціях в умовах професійної взаємодії, тренінгу ділового (професійного) спілкування. При цьому учасники знайомилися з різними сторонами спілкування (комунікативною, перцептивною,



інтерактивною), виконуючи психологічні вправи та практично відпрацьовуючи психологічні техніки.

Так, на тренінгу з розвитку комунікативних умінь та навичок здійснювалися самодіагностика рівня майстерності спілкування, відпрацювання навичок самопізнання, самоприйняття, розуміння себе та інших людей, а також взаємовідносин у професійній діяльності, опановувалися навички ефективного слухання. Цей тренінг сприяв розширенню можливостей встановлення контакту у різних ситуаціях спілкування в умовах професійної взаємодії, активізував процеси самопізнання, самоактуалізації та розширював діапазон креативних здібностей.

На тренінгу формування умінь ефективної поведінки у конфліктних ситуаціях в умовах професійної взаємодії учасники знайомилися з теорією конфлікту, а також оволодівали навичками розпізнавання конфліктів, алгоритмами розв'язання конфлікту, техніками запобігання конфлікту, техніками асертивності та дізнавалися про методи роботи з негативними емоціями.

Тренінг ділового (професійного) спілкування був спрямований на набуття знань, умінь та навичок, корекцію та формування установок, необхідних для успішного спілкування в умовах професійної діяльності. На заняттях йшлося обговорення культури, іміджу та етики фахівця у галузі охорони здоров'я, а також відпрацьовувалися вміння самопомоги у ситуації професійного стресу, насамперед, аспекти аутогенного тренування, медитації та релаксації.

Формуванню емоційного благополуччя учасників сприяли задоволення потреб у безпеці, у створенні довірчих відносин, а також стабільне соціальне оточення, психологічно комфортні умови середовища.

В емоційно благополучному професійному середовищі фахівець відчуває цілеспрямованість, працездатність, у нього формуються доброзичливі міжособистісні стосунки в умовах професійної взаємодії. На таких заняттях з'являлося прагнення до пізнання, відповідно, зростала

самооцінка та рівень самоповаги, що позначалося на особистісному розвитку учасників.

Запорукою формування емоційного благополуччя учасників були: по-перше, комфортне середовище, де працюють у гарному настрої емоційно благополучні фахівці, які виконують свою справу з бажанням та усвідомленням, поширюючи життєстверджуючу атмосферу. У такому середовищі діють принципи співробітництва, демократичний стиль спілкування, дотримуються норми та правила поведінки тощо; по-друге, психологічна грамотність, як частина психологічної культури особистості учасника (психологічні знання, вміння та навички, наприклад, здатність, вміння та навички грамотно спілкуватися, вибудовувати довгострокові відносини, за необхідності впливати та протистояти негативному впливу). Виходячи з цих позицій, вважався за доцільне психологічний супровід самопізнання учасників, визначення ними своїх емоційних проявів і висловлювань іншими людьми, емоційної регуляції, комунікативних умінь, що слугувало формуванню їх емоційного благополуччя.

Зауважимо, що важливим у межах розробки соціально-психологічної програми підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я вбачалося вивчення бар'єрів, які знижують ефективність медіації, а також розробка технологій подолання цих бар'єрів. В якості зазначених бар'єрів найчастіше виступають переконання та емоції, які сприяють вибірковій, упередженій та спотвореній обробці інформації; фундаментальні помилки атрибуції; стереотипи.

Особлива увага приділялася ролі емоцій у виникненні та вирішенні конфліктів в умовах професійної взаємодії, адже будь-яка конфліктна ситуація супроводжується негативними емоціями (роздратування, гнів, агресія, образа тощо) конфлікуючих сторін. Регуляція цих емоцій переважно здійснюється неусвідомлено, що може стати перешкодою для конструктивного вирішення конфлікту в умовах професійної взаємодії.

Яскравим прикладом такого регулювання є механізми психологічного захисту. Як відомо, захисні механізми є похідними від емоцій і являють

собою послідовне спотворення когнітивної та афективної складових образу реальної ситуації з метою послаблення емоційної напруги, що загрожує індивіду у разі якщо ситуація була відображена у можливій для нього відповідності до реальності. Отже, основна мета механізмів психологічного захисту полягає у регуляції негативних емоцій (насамперед, зниження рівня тривоги), за рахунок спотворення процесів прийому, переробки та зберігання інформації [46; 59 та ін.].

Емоції, які супроводжують конфлікт в умовах професійної взаємодії, вказують на психологічний дискомфорт особистості, якого вона намагається позбутися, використовуючи механізми психологічного захисту. При цьому можуть ігноруватися окремі елементи конфліктної ситуації (заперечення), або замінюватися об'єкт, що викликає емоції, на більш безпечний (заміщення), або вигадуватися виправдання своєї поведінки (раціоналізація) тощо. У таких умовах досягти примирення стає вкрай складно.

Зіткнувшись із ситуаціями, в яких медіація виявляється малоефективною, ми проаналізували психологічні бар'єри, що перешкоджають примиренню в умовах професійної взаємодії. Метою роботи стало створення та апробація кейс-методу навчання основам визначення механізмів психологічного захисту учасників у ситуації конфлікту.

З цією метою у межах формувального етапу дослідження були розроблені відео-кейси, що являли собою фрагменти художніх фільмів, де демонструвалися конфлікти між героями. При апробації розробленої методики використовувався експериментальний план із попереднім тестуванням, а також контрольною групою. Результати апробації показали, що метод кейсів є ефективним засобом формування навичок визначення захисних механізмів у ситуації конфлікту в умовах професійної взаємодії.

Вибір кейс-методу для вивчення механізмів психологічного захисту учасників у процесі медіації був продиктований його поліфункціональністю. Розроблені під час програми кейси були використані для оцінки форсування у медіаторів необхідних компетенцій та при організації досліджень

психологічного захисту учасників у конфлікті в умовах професійної взаємодії.

Щодо створення відеокейсів, то для аналізу відеофрагментів із ситуаціями конфлікту було розроблено спеціальну схему. Експерти за допомогою розробленої схеми аналізували кожен фрагмент індивідуально. Далі результати обговорювалися між експертами. У ході роботи було створено 16 кейсів для навчання основам визначення захисних механізмів у ситуації конфлікту в умовах професійної взаємодії. Розроблені кейси використовувалися під час спеціального семінару-тренінгу «Психологічний захист особистості фахівця у галузі охорони здоров'я» у межах розробленої соціально-психологічної програми підвищення професійного благополуччя цих фахівців.

Слід зазначити, що при складанні структури кейсу ми спиралися на теоретичний аналіз сучасних уявлень про предмет психологічного захисту особистості (що захищає?), об'єкт (природа загрози, що вимагає включення захисту), способи (як організується захист?) і результати (до чого призводить захист?).

Структура-схема аналізу для опису механізму психологічного захисту учасників конфліктної ситуації включала: короткий опис ситуації у вільній формі; перерахування конфліктуючих сторін (між ким розгортається конфлікт); причини конфлікту (через що виникає протистояння, що неспроможні поділити сторони конфлікту); маркери (поведінкові прояви) тривожності, нервової напруги у героя та ім'я героя, який відчуває сильні негативні емоції; опис загрози (реальної чи уявної) для Я героя, що зазнає сильну психічну напругу; опис механізму психологічного захисту, що знижує рівень тривожності героя.

Далі групі експертів було запропоновано описати 35 фрагментів, взятих із вітчизняних та зарубіжних кінофільмів, за розробленою схемою. При виборі фрагментів враховувалися такі параметри: тривалість фрагмента має становити трохи більше 5 хвилин, представленість у фрагменті причин

конфлікту та реакцій (вербальних і невербальних) всіх учасників конфлікту, можливість скласти уявлення причин конфлікту.

Експерти описали кожен відеокейс самостійно, а згодом обговорили результати своєї роботи між собою. В результаті було сформовано 16 навчальних кейсів. Це фрагменти фільмів, за якими експертам вдалося досягти повної згоди. Результати виконаної роботи показали, що у конфліктних ситуаціях виникає напруга у зв'язку з оцінкою ситуації як загрозової для Я особистості фахівця. Для того, щоб знизити внутрішню тривогу неусвідомлено використовуються механізми психологічного захисту. Це ускладнює конфліктну ситуацію, перешкоджаючи її вирішенню.

На тренінгу учасники вивчали основи визначення захисних механізмів (за допомогою кейс-методу), особливості прояву власних захисних механізмів (за допомогою проєктивних методик), способи аналізу внутрішньоособистісних конфліктів, стратегії роботи з психологічним захистом особистості у конфліктній ситуації.

Одним із провідних методів, задіяних у розробленій програмі вважалася арт-терапія. Слід зауважити, що наразі до напрямку арт-терапії вдаються для вирішення дуже широкого спектра завдань та проблем. Це може бути як супутня з іншими методами діяльність, що здійснюється у комплексі, так і робота, спрямована на соціально прийнятний варіант виходу з різних деструктивних емоцій і почуттів. Найчастіше виконання тих чи інших завдань художнього характеру спрямоване на отримання необхідного матеріалу для психодіагностики, інформації про стан особистості учасників та виявлення прихованих проблем. За аналогією з роботою на вираження емоцій у творчій діяльності, практикується й опрацювання пригнічених думок та почуттів, які через інші практики висловити вкрай складно. Перевагою є те, що в арт-терапії учасник неспроможний усвідомлено контролювати всі деталі у процесі творчості, й у продукті творчості можуть виявлятися такі приховані моменти, які в усвідомленому стані, при консультуванні, не виявляються.

Незважаючи на експресивний характер арт-терапевтичної діяльності, вона, проте, сприяє і зміцненню волевих якостей, підвищує чутливість учасників до своїх внутрішньо пережитих процесів. Якщо розглядати арт-терапію через призму двох основних підходів до професійного благополуччя – гедоністичного та евдемоністичного, то можна дійти висновку, що завдяки спектру арт-терапевтичних методик учасник може дійти стану благополуччя, що відповідає поглядам обох цих підходів.

У гедоністичному підході, як відомо, основна спрямованість на досягнення стану суб'єктивного благополуччя через отримання позитивних емоцій (а точніше, їх переважання над негативними) шляхом чуттєвої насолоди, задоволення потреб та бажань різного характеру. Арт-терапія для учасників, які дотримуються гедоністичного спрямування на шляху до свого благополуччя, крім своїх терапевтичних моментів несе ще й додаткове задоволення від творчості у процесі діяльності, спрямованої на опрацювання внутрішніх проблем. Також для гедоніста у моральному плані набагато простіше й цікавіше заглибитися у роботу такого характеру, адже при арт-терапії, крім виявлення спектру не найприємніших почуттів, як результат настає почуття задоволення від виконаної роботи, а нерідко й від самого продукту діяльності – створеного власними руками арт-об'єкта (картини, мандали, скульптури тощо).

Таким чином, гедоністично орієнтовані учасники одержують приємні емоції від виконаної роботи арт-терапевтичними техніками, приходять далі, можливо, до більшого стану гармонії, ніж при опрацюванні своїх проблем за допомогою інших психотерапевтичних технік.

Що стосується евдемоністично орієнтованих учасників, яким властива потреба в актуалізації, розвитку свого потенціалу, постійного особистісного зростання, для них застосування у розробленій програмі арт-терапії також приводило до задоволеності власною діяльністю, але вже за рахунок відчуття на собі роботи зовсім інших механізмів та виходу на якісно новий рівень розуміння можливостей зайняття творчістю, мистецтвом, особистих здібностей у цій сфері та оволодіння новим інструментарієм для

саморозвитку. Саме це відчуття дотику до чогось зовсім непізнаного у собі і залучало евдемоніста до роботи з арт-терапевтом.

Пізнання та розкриття нових граней особистості, розвиток та вивільнення емоційно-чуттєвої сфери у соціально-прийнятній формі, виконання незвичних завдань незвичними шляхами – все це для евдемоністично орієнтованого учасника програми становило велику цінність. Крім того, якщо в учасника був досвід роботи у сфері художньо-образотворчого мистецтва, тим більш цікавим і розвивальним було залучення його в арт-терапевтичну роботу, завдяки погляду на мистецтво з іншого боку – зі сторони терапевтичної, що зцілює і зміцнює його душевні сили. Така робота дозволяла глибше розкривати свій потенціал і самореалізовуватися, що вкрай важливо для учасників, які є носіями евдемонічних цінностей.

Таким чином, оскільки арт-терапія сприяє налагодженню та гармонізації стану учасників, опрацюванню індивідуальних проблемних моментів, вона є методом для досягнення стану психологічного благополуччя у професійній діяльності, незалежно від того, які саме цінності переважають у їх житті. Арт-терапія – це та методика, продукт якої виходить зовсім різним через індивідуальні особливості особистості учасників. Проте у цій неповторності та значному творчому потенціалі є глибокий, лікувальний для стану учасників ефект, що, безсумнівно, позитивно позначається на стані їх професійного благополуччя.

### **3.2. Результати формувального етапу дослідження та їх узагальнення**

При проведенні формувального експерименту 9 учасників із низьким та 20 учасників із середнім рівнями професійного благополуччя увійшли до експериментальної групи (ЕГ) та 25 учасників із середнім рівнем професійного благополуччя склали контрольну групу (КГ). Учасники КГ не залучалися до системних програмних заходів.

Порівняння результатів I та II діагностичних зрізів (до та після

формульованого етапу дослідження відповідно) в учасників ЕГ було проведено за допомогою критерію Вілкоксона.

Виявлено статистично значущі зміни за показниками:

- автономності у професійній діяльності ( $Z=2,109$ ;  $p=0,038$ ),
- задоволеності рівнем компетентності ( $Z=4,913$ ;  $p=0,001$ ) та професійними досягненнями ( $Z=4,764$ ;  $p=0,001$ );
- професійного розвитку (професійних цілей) ( $Z=3,531$ ;  $p=0,002$ );
- позитивних відносин у колективі ( $Z=4,117$ ;  $p=0,001$ ) та позитивного професійного смислу Я ( $Z=4,207$ ;  $p=0,001$ );
- задоволеності професійною кар'єрою ( $Z=2,589$ ;  $p=0,004$ );
- рефлексивності ( $Z=3,574$ ;  $p=0,001$ );
- професійного оптимізму ( $Z=4,601$ ;  $p=0,000$ );
- інтегрального рівня емоційного інтелекту ( $Z=5,585$ ;  $p=0,000$ );
- загального показника позитивності професійного самоставлення ( $Z=4,712$ ;  $p=0,001$ );
- загального показника професійного благополуччя ( $Z=4,677$ ;  $p=0,000$ ).

Показано, що у досліджуваних ЕГ статистично значуще знизилися показники розчарування у професії та відчуження у професії ( $p<0,05$ ), що сприяло розширенню можливостей превенції професійних помилок, розвитку критичного мислення та, як наслідок, підвищенню професійного благополуччя загалом.

Проведено оцінку вираженості таких показників професійного благополуччя учасників ЕГ, за якими вони значущо відрізняються від показників учасників КГ:

- позитивне ставлення до професії ( $Z=5,417$ ;  $p=0,001$ );
- самоповага у професії ( $Z=4,779$ ;  $p=0,000$ );
- самовпевненість у професії ( $Z=4,594$ ;  $p=0,001$ );
- самоприхильність у професії ( $Z=5,632$ ;  $p=0,001$ );
- самооцінка особистісного зростання у професії ( $Z=5,498$ ;  $p=0,001$ ).

Встановлено статистично значущі відмінності за показниками професійного благополуччя учасників ЕГ та КГ (оцінку проведено за



допомогою критерію Манна-Уїтні).

З'ясовано, що учасники ЕГ, на відміну від учасників КГ, мають вищий рівень професійного благополуччя загалом ( $U=1115$ ;  $p=0,001$ ), а також таких його показників, як насиченість суб'єктивної картини кар'єри значущими подіями ( $U=1236$ ;  $p=0,024$ ), узгодженість хронологічного та професійно-психологічного віку ( $U=1058$ ;  $p=0,001$ ).

Учасники ЕГ, на відміну від учасників КГ, виявилися більш мотивованими до формування професійно-суб'єктної позиції ( $U=226,7$ ;  $p=0,000$ ); відрізнялися більш високими рівнями емоційного благополуччя ( $U=269,4$ ;  $p=0,000$ ) та емпатії ( $U=0,009$ ;  $p=0,006$ ).

Учасники ЕГ також демонстрували раціональну стратегію побудови кар'єри, спрямовану на самореалізацію ( $U=271,3$ ;  $p=0,001$ ) і емоційну стабільність ( $U=242$ ;  $p=0,000$ ).

Оцінка ефективності кейс-методу у навчанні основам визначення захисних механізмів у конфлікті в умовах професійної взаємодії також проводилася на основі порівняння результатів тестування учасників формувального етапу дослідження, отриманих до та після програмних заходів. Учасники вивчали основи визначення захисних механізмів (за допомогою кейс-методу), особливості прояву власних захисних механізмів (за допомогою проєктивних методик), способи аналізу внутрішньоособистісних конфліктів, стратегії роботи з психологічним захистом у конфліктній ситуації. Результати виконання завдання оцінювалися за 6-бальною системою.

Дані про апробацію методики навчання основам визначення механізмів психологічного захисту учасників у конфліктній ситуації в умовах професійної взаємодії на основі кейс-методу представлено у табл. 3.2.

Для математичної обробки результатів дослідження використовувалися: Н-критерій Крускала-Уолліса та Т-критерій Вілкоксона. Розрахунки проводилися за допомогою програми SPSS Statistics.

Таблиця 3.2

**Рівень розвитку навичок визначення механізмів психологічного захисту учасників у конфліктній ситуації до та після програми**

Параметри розподілу	Порівнювані групи		Критерій Крускала-Уолліса	Асимптотична значущість (2-стороння)
	ЕГ	КГ		
Результати виконання тесту до програми				
Середнє значення по групі	1,78	1,31	1,04	0,322
Результати виконання тесту після програми				
Середнє значення по групі	5,13	1,59	16,32	0,0001
Статистика Вілкоксона				
Т-критерій Вілкоксона	-2,76	-1,654		
Асимптотична значущість (2-стороння)	0,005	0,084		

Відповідно до результатів оцінки навичок учасників до проведення програми у досліджуваних групах спостерігався низький рівень розвитку навичок визначення механізмів психологічного захисту у конфлікті в умовах професійної взаємодії. При цьому значних відмінностей, згідно з критерієм Крускала-Уолліса, між групами, що порівнюються, до програми виявлено не було.

Після навчання в учасників ЕГ рівень розвитку навичок у визначенні механізмів психологічного захисту у конфліктній ситуації значно збільшився. В ЕГ інтенсивність зрушень у бік збільшення досліджуваних навичок виявилася значно вищою, ніж у бік зменшення ( $p=0,005$ ).

У КГ інтенсивність зрушень у бік збільшення досліджуваних навичок не перевищувала інтенсивність зрушень у бік зменшення рівня цих навичок ( $p=0,084$ ).

Загалом можна відзначити, що рівень досліджуваних навичок в ЕГ зріс, а у КГ таке зростання не зафіксоване. Крім того, серед учасників ЕГ динаміка досліджуваних навичок виявилася більш інтенсивною, ніж серед учасників КГ. Це свідчить про те, що при комплексному підході до навчання основам роботи з психологічним захистом у конфлікті в умовах професійної взаємодії її результати є вищими.

На етапі узагальнення результатів проведеного дослідження нами аналізувалися умови, які можуть забезпечити контекст професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я. Слід наголосити, що такі фахівці повинні вміти виконувати велику кількість супер-регуляторних дій, адже вміння надавати допомогу – це мистецтво. Як і будь-яке інше мистецтво, воно вимагає навичок, яким можна вчитися і в яких необхідно вдосконалюватися. Провідною у цьому процесі є необхідність серйозно поставитися до питання професійного благополуччя, включаючи його вимірювання у фахівців-медиків та раннє ефективне втручання для зняття стресу. Професійне благополуччя має справу з почуттями у повсякденному досвіді професійної діяльності цих фахівців. Таке відчуття може змінюватися від негативних психічних станів і психологічних навантажень, таких як тривога, фрустрація, емоційне виснаження, незадоволеність, у стан, який було визначено як позитивне психічне здоров'я [124; 192; 193; 194 та ін.].

Ці показники професійного благополуччя мають об'єктивний і суб'єктивний компоненти. Об'єктивні компоненти стосуються проблем, які зазвичай відомі під терміном «рівень життя». Однак індивідуальне задоволення або щастя від об'єктивної реальності залежить й від його очікувань та реальності, що сприймається. Це суб'єктивний компонент, який пов'язує поняття життя з професійним благополуччям.

Звернемо увагу, що у західній практиці позитивне зрушення у цьому напрямі відбулося завдяки об'єднанню професійних органів та благодійних

організацій у галузі психічного здоров'я для узгодження так званої Нової Савойської декларації. У декларації стверджується право на загальний доступ до психологічної терапії, що лежить в основі психічного здоров'я. Як тільки буде визнано, що професійне благополуччя є важливим «загальним благом», стане очевидним, що цінність співчуття важлива на всіх рівнях охорони здоров'я: структурному, міжособистісному та внутрішньоособистісному. Проте, щоб забезпечити це, необхідно систематично знижувати бар'єри для звернення за допомогою при депресії та стресі серед фахівців-медиків з тим же пріоритетом, який спостерігається щодо стигматизуючого ставлення до пацієнтів.

Безсумнівно, що кожен фахівець у галузі охорони здоров'я на робочому місці, ймовірно, зазнає складного періоду. Тиск на професійне благополуччя може виникати через відсутність гарантій зайнятості, невизначеності щодо фінансових умов, необхідність працювати в умовах обмежених ресурсів, брак персоналу через фінансові обмеження та низку інших причин. На цьому тлі очевидна необхідність стійкості та важливість позитивного професійного благополуччя, особливо з урахуванням встановленої важливості професійного благополуччя для індивідуального здоров'я та організаційного успіху цих фахівців.

Чинники організаційного стресу (недосконалість організації професійної діяльності) включають: перехід до нових технологій і освоєння їх; реорганізацію та нововведення у медичній установі; перепідготовку персоналу; зміни вимог до персоналу; підвищення вимог до оперативності та інтенсивності роботи; зміни організаційної структури.

У зв'язку з цим, потрібні конкретні інструменти допомоги фахівцям у галузі охорони здоров'я для підтримки їх високої працездатності та професійного благополуччя. У робочому документі «Європейської соціальної Хартії психологічного благополуччя та стійкості» (Велика Британія) благополуччя персоналу визнається як ключовий фактор того, чи може фахівець надавати пацієнтам якісну допомогу.

Наголошується, що установи, в яких здоров'я та професійне благополуччя фахівців пріоритетне, працюють краще, з більшою задоволеністю, з найкращими показниками якості, з найкращими результатами, зі стабільним рівнем утримання персоналу. Крім того, очевидно, що здоров'я та професійне благополуччя фахівців є одним із ключових показників організаційної ефективності та результатів лікування пацієнтів.

Отже, якщо професійне благополуччя на робочому місці є обов'язковим, то слід з'ясувати, яку роль мають відігравати психологічні інструменти допомоги у цьому прагненні його підвищити. Ключовим напрямом психологічної терапії є підвищення професійне благополуччя, поряд із покращенням показників здоров'я фахівців. Доступ до доказової терапії відіграє провідну роль у підвищенні професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я, зважаючи на те, що стрес і депресія є значущими факторами поганого самопочуття; при цьому більше третини фахівців повідомляють про стрес, пов'язаний саме з професійною діяльністю. Ідея полягає у тому, щоб закликати фахівців у галузі прикладної психології прийняти активну позицію на місцях та запропонувати медичним установам почати серйозно ставитись до професійного благополуччя своїх співробітників. Актуальний матеріал щодо професійного благополуччя фахівців зібрано та опубліковано у «White Paper» робочою групою з питань благополуччя на робочому місці [198]. «White Paper» надає актуальний огляд ролі професійного благополуччя на робочому місці, включаючи інформацію про витрати/вигоди професійного благополуччя та рекомендації щодо його підвищення.

Як показало проведене дослідження, покращення професійного благополуччя фахівців приносить користь як ним самим, так і пацієнтам, і установі в цілому. Професійне благополуччя є ключовим аспектом загального благополуччя та пов'язане з фізичним здоров'ям, довголіттям та більшим щастям для фахівців. Зниження рівня психосоціального ризику на робочих місцях та контроль стресу, пов'язаного з професійною діяльністю,

має важливе значення, але застосування підходу до зниження ризику для професійного благополуччя не максимізує вигоди для організації чи її співробітників. Позитивний підхід до професійного благополуччя передбачає ініціативний розвиток позитивного благополуччя, а не лише контроль ризику.

Узагальнюючи результати проведеного дослідження слід зазначити, що наразі активно обговорюється питання моралі у галузі охорони здоров'я, адже фахівець цієї сфери постійно стикається з ситуацією, в якій він має більшу емоційну силу і дійсно отримує більше емоційної сили у вигляді перенесення, ніж пацієнт. Крім того, фахівці у галузі охорони здоров'я повинні бути здатні до прозорливості, розуміння та співчуття, не втрачати кордонів, бути виключно надійним, заслуговувати на довіру та бути обережними, здатними відкласти свої інтереси та проблеми у присутності пацієнтів. Реалістична впевненість у собі та почуття гумору також мають важливе значення. Нарешті, такий фахівець повинен володіти здатністю до об'єктивності, до вирішення складних питань, до того, щоб говорити правду, навіть коли їй не хочуть чути.

Дивлячись на цей перелік, стає очевидним, що для надання допомоги фахівцям у галузі охорони здоров'я потрібні дії та мотиви, а не просто гідна поведінка. Щоб бути професіоналом у цій галузі, потрібно мати достатнє самопізнання, самодисципліну і те, що зазвичай називають характером, щоб проявити вищезгадані якості у стресі. Іншими словами, фахівець у галузі охорони здоров'я повинен виконувати надзвичайно велику кількість додаткових дій. Крім того, такі якості зазвичай досяжні лише через особисту рефлексію та особистісне зростання.

Слід зауважити, що не існує єдиного підходу до підвищення професійного благополуччя у медичній установі, проте нижченаведене дає уявлення про ключові аспекти.

1. З досліджень та звітів випливає, що управління та лідерство мають великий вплив на професійне благополуччя фахівців у медичній установі. Зважаючи на це, керівництво вищого рівня має розуміти економічне

обґрунтування для підвищення професійного благополуччя та забезпечити підтримку та відданість фахівців.

2. Оцінка поточного рівня професійного благополуччя у медичній установі є попередньою умовою, перш ніж приймати рішення щодо конкретних втручань. Існує багато способів отримання чіткої картини рівнів професійного благополуччя у медичній установі, включаючи використання загального організаційного обстеження та груп для тематичного опитування.

3. Слід мати чітке уявлення про очікувані переваги впровадження програм підвищення професійного благополуччя (наприклад, підвищення ефективності професійної діяльності, зниження емоційного вигорання тощо). Це дозволяє оцінювати вплив будь-яких заходів. Для належної оцінки втручання важливо також визначити практичні та обґрунтовані показники вимірювання очікуваних переваг, щоб можна було провести базову та подальшу оцінки.

4. Розробка плану дій. У широкому значенні заходи, які можуть бути використані для підвищення професійного благополуччя, можуть бути згруповані у три загальні категорії: початкові, вторинні та третинні.

Заходи на первинному рівні спрямовані на усунення основних чинників професійного неблагополуччя, наприклад погано спланованої роботи, неефективних оцінок та процесів розвитку, неадекватного внутрішнього робочого потоку або невідповідних графіків роботи.

Вторинні і третинні втручання поступово спрямовуються або на зниження впливу негативних чинників на робочому місці, або на надання підтримки, що дозволяє фахівцям у галузі охорони здоров'я більш ефективно справлятися з ними або допомагати відновитися. Такі рішення, як консультаційні послуги, навчання управлінню стресом, навчання стійкості та ініціативи у сфері фізичного та ментального здоров'я є прикладами втручань на вторинному/третинному рівнях. Вторинні та третинні втручання можуть бути надзвичайно ефективними та розглядатися як більш практичні та реалістичні.

5. Протягом кожної програми втручання важливо забезпечити ефективне та ретельне спілкування, консультації. Важливо також забезпечити, щоб вже на ранніх етапах були відповідні фахівці для оцінки та розуміння наявного рівня професійного благополуччя, а також розробки та здійснення відповідних заходів. Часто здійснення планів дій щодо підвищення професійного благополуччя передбачає співробітництво у різних функціональних підрозділах установи, наприклад, у галузі гігієни праці, людських ресурсів та охорони здоров'я і безпеки.

Для розвитку та підтримки позитивного професійного благополуччя фахівці-психологи, які мають унікальний досвід, здатні зробити свій внесок. Вони мають особливі переваги у сфері підвищення професійного благополуччя та їх наукова підготовка, разом із практичною спрямованістю, забезпечує можливість реалізувати переваги, які може принести високий рівень професійного благополуччя. Таким чином, психологи мають унікальні можливості для участі у програмах, спрямованих на підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

Нижче наведено вказівки на те, як професійні психологи можуть допомогти підвищити професійне благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

Розробка та здійснення заходів:

- проектування психологічно здорового, продуктивного та корисного професійного середовища;
- вимірювання рівня професійного благополуччя та оцінка чинників, що впливають на професійну діяльність фахівців у галузі охорони здоров'я;
- консультування з питань, пов'язаних із психологією управління змінами на робочому місці, щоб такі зміни могли відбуватися ефективно;
- розробка та проведення навчання, що допомагає підвищити стійкість фахівців та їх здатність опановувати складні професійні ситуації;
- допомога установам у досягненні відповідності між фахівцем та його діяльністю за допомогою ефективно оцінки та відбору.

Підтримка керівництва:



- роз'яснення економічного обґрунтування та сприяння розвитку організаційної культури, в якій керівництво та менеджмент визнають внесок бізнесу у здоров'я та професійне благополуччя співробітників;

- надання допомоги управлінцям у розробці стилів управління, які балансують акцент на ефективне виконання роботи та досягнення професійного благополуччя для забезпечення сталого рівня високої продуктивності;

- надання підтримки та консультацій керівникам, коли фахівець був поза роботою через погіршення здоров'я або з діагнозом інвалідності та повертається на роботу;

- надання допомоги управлінцям ефективно та чуйно вирішувати такі питання, як присутність на робочому місці в період хвороби та пов'язані зі стресом хвороби.

Узагальнюючи результати проведеного дослідження слід наголосити, що для складання об'єктивної картини професійного благополуччя необхідним є його формування у майбутніх фахівців у галузі охорони здоров'я під час їх професійної підготовки. У цьому векторі розуміння ролі освіти, як інтегратора знань, істотно змінить підходи в освітньому середовищі у контексті формування та розвитку професійного благополуччя майбутніх фахівців-медиків.

Основною конкурентною перевагою навчання, як пріоритетної форми розвитку професійного благополуччя, мають стати унікальні та організаційні можливості єдиних підходів, як до дослідження даної проблеми, так і пропозиції стратегії з експоненційного посилення зв'язків між благополуччям майбутніх фахівців у галузі охорони здоров'я та їх професійним розвитком.

Очевидно, що рівень освітнього середовища забезпечує свободу розвитку творчих осіб, зацікавлених у загальному та професійному благополуччі. З цих позицій сучасна система вищої освіти постає як полюс розвитку, де створюються умови для появи різноспрямованих джерел, де

професійне благополуччя дає мультиплікаційний імпульс для відтворення інтелектуальної та професійно розвиненої особистості.

На думку дослідників, проблема низької активності освітніх організацій у сфері розвитку та підтримки професійного благополуччя полягає у відсутності стійких інститутів у внутрішніх структурних підрозділах. Також суттєві складнощі при реалізації програм психолого-педагогічних моніторингових досліджень представляє інтерпретація результатів, адже особистість є складною структурою, опис та вивчення проблем якої є коректним у тому випадку, якщо вони обумовлені збереженням специфіки дослідження якостей кожної зі складових її елементів. Важливо враховувати не кількісні показники, а нелінійність процесів, що впливають на формування та розвиток професійного благополуччя особистості фахівця. Цей підхід дозволить синхронізувати стратегії управління розвитком професійного благополуччя. З одного боку, це буде орієнтація на ступінь вираженості відхилень у досліджуваній проблемі, а з іншого, – на основі констатованого розвитку якостей, вироблення нових підходів та вимог до моделі розвитку професійного благополуччя.

Подальша доля цієї вкрай важливої та важкої роботи залежить від програм та планів навчання майбутніх фахівців, до обговорення яких мають бути залучені професіонали з різних галузей медицини, психології, які вже мають досвід роботи з відповідної підготовки кадрів за цим профілем та необхідні компетенції у розвитку професійного благополуччя.

Таким чином, розробка єдиної моделі розвитку професійного благополуччя майбутніх фахівців у галузі охорони здоров'я під час їх професійної підготовки та моніторингу цього процесу потребує розвитку організаційної культури освітніх структур, нових форм взаємодії між ними та з державним сектором.

## Висновки до розділу

У розділі розкрито концептуальні основи та зміст соціально-психологічної програми підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я і здійснено оцінку її ефективності.

На формувальному етапі дослідження було розроблено соціально-психологічну програму підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я.

При побудові програми були задіяні принципи: системності, інтерактивності, цілісності, практичної спрямованості, перспективності. В основу програми було покладено й принцип поетапності розвитку групи та поступовості у глибині розуміння себе кожним її учасником. Програма була розрахована на 72 години (10 зустрічей по 6 годин) один раз на тиждень і містила мотиваційно-настановчий, формувально-розвивальний і аналітико-моніторинговий блоки.

Під час розробки програми було взято за основу теорію соціально-психологічного тренінгу (О. Бондарчук, Л. Карамушка та ін.), а у побудові блоків програми ми спиралися на структуру психологічного благополуччя у професійній діяльності (К. Ріфф та ін.); на розуміння особливостей групової психотерапії (Р. Кочунас, К. Рудестам та ін.); на положення та прийоми позитивної психології, а також теорію і практику емоційно-образної психотерапії (І. Бонівелл та ін.), на психотерапевтичний метод роботи зі станами (Є. Гейко, Т. Яценко та ін.).

Констатовано, що серед прийомів, методик та технік роботи, задіяних у межах запропонованої програми, ефективними виявилися: розвиток присутності через виявлення та аналіз прихованого неприйняття до члена групи, конфлікту; поглиблення присутності з екзистенційної точки зору (утримання учасників в усвідомленні глибокого духовного процесу, що долає звичні обмеження; набуття здатності цінувати та поважати унікальність Іншого); посилення процесу внутрішнього пошуку (допомога йти глибше повсякденних турбот та поверхневих емоцій, здійснювати безпосередній та глибокий доступ до свого досвіду); робота з опором (визначення

виникаючих «прямо зараз» блоків, що обмежують доступ до власної особистості та професійного досвіду); робота з метафорами та емоційними образами; використання історій, притч та інших метафоричних послань для розширення сприйняття, нового погляду на хронічну проблему, виявлення особистісних ресурсів; прийоми короткострокової позитивної психотерапії (ідентифікація себе та своєї психологічної проблеми через метафору); психологічні прийоми («Пройшло кілька років...», «Я зрозумію, що Це сталося колись...», «Це буде виглядати як...»); прийоми та техніки арт-терапії (аналіз внутрішнього світу через рисункові техніки «Образний автопортрет»; схематичний аналіз особливостей структурування часу та життя; варіантів життя (Дж. Келлог та ін.)); аналіз сторін особистості («Внутрішня дитина», «Внутрішній батько», «Поранена дитина», «Поранений цілитель» М. Гулдінг, Р. Гулдінг, К. Юнг).

При проведенні формувального експерименту 9 учасників з низьким та 20 учасників із середнім рівнями професійного благополуччя увійшли до експериментальної групи (ЕГ) та 25 учасників із середнім рівнем професійного благополуччя склали контрольну групу (КГ). Відбір учасників у групи відбувався за принципом добровільності. Учасники КГ не залучалися до системних програмних заходів.

Порівняння результатів I та II діагностичних зрізів (до та після формувального етапу дослідження відповідно) в учасників ЕГ було проведено за допомогою критерію Вілкоксона. Виявлено статистично значущі зміни за показниками: автономності у професійній діяльності ( $Z=2,109$ ;  $p=0,038$ ), задоволеності рівнем компетентності ( $Z=4,913$ ;  $p=0,001$ ) та професійними досягненнями ( $Z=4,764$ ;  $p=0,001$ ); професійного розвитку (професійних цілей) ( $Z=3,531$ ;  $p=0,002$ ); позитивних відносин у колективі ( $Z=4,117$ ;  $p=0,001$ ) та позитивного професійного смислу Я ( $Z=4,207$ ;  $p=0,001$ ); задоволеності професійною кар'єрою ( $Z=2,589$ ;  $p=0,004$ ); рефлексивності ( $Z=3,574$ ;  $p=0,001$ ); професійного оптимізму ( $Z=4,601$ ;  $p=0,000$ ); інтегрального рівня емоційного інтелекту ( $Z=5,585$ ;  $p=0,000$ ); загальних показників позитивності професійного самоставлення ( $Z=4,712$ ;  $p=0,001$ ) та професійного благополуччя ( $Z=4,677$ ;  $p=0,000$ ).

Показано, що у досліджуваних ЕГ статистично значуще знизилися показники розчарування у професії та відчуження від професії ( $p < 0,05$ ), що сприяло розширенню можливостей превенції професійних помилок, розвитку критичного мислення та, як наслідок, підвищенню професійного благополуччя.

Проведено оцінку вираженості таких показників професійного благополуччя учасників ЕГ, як позитивне ставлення до професії ( $Z=5,417$ ;  $p=0,001$ ), самоповага у професії ( $Z=4,779$ ;  $p=0,000$ ), самовпевненість у професії ( $Z=4,594$ ;  $p=0,001$ ), самоприхильність у професії ( $Z=5,632$ ;  $p=0,001$ ), самооцінка особистісного зростання у професії ( $Z=5,498$ ;  $p=0,001$ ), за якими вони значущо відрізняються від показників учасників КГ.

Встановлено статистично значущі відмінності за показниками професійного благополуччя учасників ЕГ та КГ (оцінку проведено за допомогою критерію Манна-Уїтні). З'ясовано, що учасники ЕГ, на відміну від учасників КГ, мають вищий рівень професійного благополуччя загалом ( $U=1115$ ;  $p=0,001$ ), а також таких його показників, як насиченість суб'єктивної картини кар'єри значущими подіями ( $U=1236$ ;  $p=0,024$ ), узгодженість хронологічного та професійно-психологічного віку ( $U=1058$ ;  $p=0,001$ ). Учасники ЕГ, на відміну від учасників КГ, більш мотивовані до формування професійно-суб'єктної позиції ( $U=226,7$ ;  $p=0,000$ ); відрізняються підвищеним рівнем емоційного благополуччя ( $U=269,4$ ;  $p=0,000$ ) та емпатії ( $U=0,009$ ;  $p=0,006$ ).

Учасники ЕГ також демонстрували раціональну стратегію побудови кар'єри, спрямовану на самореалізацію ( $U=271,3$ ;  $p=0,001$ ) і емоційну стабільність ( $U=242$ ;  $p=0,000$ ).

Загалом розроблена і апробована в ході формувального експерименту соціально-психологічна програма показала свою дієвість, оскільки учасники, які були залучені до її заходів, виявили більш високий рівень професійного благополуччя, у порівнянні з учасниками КГ.

Основні положення розділу відображено у таких публікаціях авторки: [31; 58; 105; 182; 183].

## ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне узагальнення і нове розв'язання проблеми визначення соціально-психологічних предикторів професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я і зроблено такі висновки.

1. Проведений теоретико-методологічний аналіз наукових підходів до проблеми професійного благополуччя показав багатоплановість вивчення цього психологічного феномену у сфері професійної діяльності особистості. На основі узагальнення поглядів на зміст, структуру та моделі означеного конструкту, професійне благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я визначене як інтегральний показник їх позитивного функціонування (як індивіда, особистості, суб'єкта діяльності) у професійній сфері, що включає емоційний, когнітивний, поведінковий та діяльнісний компоненти, які характеризують ставлення фахівця до себе як до професіонала, до своєї професії, до професійного середовища та організаційного контексту у ньому. При цьому емоційний компонент обумовлює задоволеність фахівців у галузі охорони здоров'я професійною діяльністю, а також емоційні складові їх самооцінки та ставлення до професійного середовища; здатність до збереження емоційної рівноваги; когнітивний компонент містить ціннісно-сміслові орієнтації цих фахівців, їх усвідомлене ставлення до професії як до засобу самореалізації; поведінковий компонент відбиває спрямованість фахівців у галузі охорони здоров'я на пошук можливостей для реалізації власного індивідуального ресурсу, диференційований підхід до вибору форм адаптації у професійному середовищі, а також здатність до автономії; діяльнісний компонент включає спрямованість цих фахівців на підвищення професійної компетентності та власної ефективності і отримання від цього задоволення; здатність до налагодження позитивних відносин у професійній групі.

2. Розкрито соціально-психологічні чинники та критерії професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я. Показано, що особливості

професійного благополуччя цих фахівців обумовлені системою соціально-психологічних чинників, класифікація яких передбачає виділення таких груп: зовнішні, організаційні (організаційний контекст, специфіка професійної діяльності, характеристики професійного завдання); преморбідні (темперамент, базові властивості, позитивні риси характеру), міжособистісні (здатність налагоджувати та підтримувати позитивні відносини, піклуватися про благополуччя інших), суб'єктивно-особистісні (емоції та когнітивна сфера: ціннісно-сміслові та мотиваційно-потребнісні особливості, система відносин). Сукупна взаємодія цих чинників у напрямі позитивної активності та функціонування особистості фахівця у галузі охорони здоров'я в умовах професійної діяльності забезпечує стійке відчуття професійного благополуччя. При цьому слід враховувати, що організаційні чинники впливають на стан професійного благополуччя через систему суб'єктивних оціночних суджень і систему відносин особистості фахівця, а вплив індивідуально-типологічних чинників обумовлений також ціннісно-смісловою надбудовою та мотиваційно-потребнісною спрямованістю його особистості.

Показано, що критеріями оцінки професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я виступають задоволеність професійною діяльністю та залученість до роботи, а також автономність, компетентність, професійне зростання, позитивні відносини з колегами, професійні цілі, самоприйняття себе як професіонала.

3. Визначено і систематизовано соціально-психологічні предиктори професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я та підкреслено необхідність сукупного виміру різновекторних прогностичних параметрів професійного благополуччя цих фахівців, як на рівні одиничних (когнітивних, конативних, емотивних), так і узагальнених показників, як сукупності одиничних, та інтегральних характеристик, що виражаються у їх загальному професійному благополуччі. Зважаючи на зазначене, проведено емпіричне дослідження соціально-психологічних предикторів професійного

благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я: *метакогнітивних* (оцінка суб'єктивної картини кар'єри і професійного самоствалення; визначення смислів (позитивного, негативного, конфліктного) у професійній діяльності) *та емоційно-особистісних* (визначення особливостей емоційного інтелекту, оптимізму, емоційного благополуччя, емпатії, рефлексії та впливу перфекціонізму і емоційного вигорання).

З'ясовано, що фахівці з високим та середнім рівнями професійного благополуччя склали групу професійно благополучних (з конструктивним його варіантом), яких відрізняє задоволеність професійною кар'єрою, позитивне професійне самоствалення і позитивний професійний смисл Я, високий професійно-психологічний вік та його узгодженість з хронологічним віком, професійний оптимізм, емоційне благополуччя, здатність до емпатії та рефлексії (соціально-перцептивної, комунікативної, особистісної). Фахівці з низьким рівнем професійного благополуччя склали групу з неконструктивним варіантом професійного благополуччя та професійно неблагополучного його типу, які мають в якості провідних протилежні наведеним характеристики.

4. Розроблено соціально-психологічну програму підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я, зміст якої визначався системою взаємопов'язаних та послідовних структурних блоків (мотиваційно-настановчого, формувального-розвивального і аналітико-моніторингового), об'єднаних для реалізації провідної мети та завдань програми. Констатовано, що підвищення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я у межах запропонованої програми забезпечене за умов дотримання принципів системності, інтерактивності, цілісності, практичної спрямованості, перспективності, поетапності розвитку.

Дієвість запропонованої програми підтверджена зростанням показників автономності у професійній діяльності, задоволеності рівнем професійної компетентності та професійними досягненнями; професійного розвитку (професійних цілей); позитивних відносин у колективі та позитивного



професійного смислу Я; рефлексивності; самооцінки особистісного зростання у професії; професійного оптимізму; інтегрального рівня емоційного інтелекту; емоційного благополуччя; загальних показників позитивності професійного самоставлення та професійного благополуччя.

**Перспективи подальшого дослідження** пов'язані з завданнями вивчення динаміки і соціально-психологічних механізмів розвитку професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я на різних етапах їх професіоналізації. Важливою вбачається також необхідність розробки медико-соціальних та психотехнологій оптимізації професійного благополуччя фахівців-медиків відповідно до їх гендерних особливостей, різновиду спеціалізації і медичної установи, що дозволить краще зрозуміти природу професійного благополуччя як психологічного явища.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бабатенко О.В., Шрамко І.А., Шевяков О.В. Перспективи досліджень соціальної підтримки життєдіяльності особистості в умовах трудової діяльності. *Perspectives of world science and education: зб. наук. статей за матеріалами XIII Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Нью-Йорк, 22 листопада 2019 р.). Нью-Йорк: Центр наукових досліджень «Slovo/Word», 2019. С. 131-142.
2. Балахтар В.В. Особливості професійного становлення особистості фахівця залежно від психологічного благополуччя. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2018. № 3(47). Т.1. С. 17-25.
3. Білецький П.С. Здоров'язбереження та професійна компетентність фахівців медичної галузі / Соціально-психологічні чинники збереження професійного здоров'я фахівців медичної галузі: монографія / За наук. ред. П.С. Білецького, Н.Є. Завацької. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2020. С. 79-91.
4. Білецький П.С., Завацький Ю.А., Завацька Н.Є., Шаповалова В.А., Кривобогова Н.П. Соціально-психологічні засади збереження професійного здоров'я фахівців медичної галузі. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 2 (61). Т. 2. С. 153-162.
5. Бойко-Бузиль Ю.Ю. Професійно-психологічна компетентність як індикатор професіогенезу фахівця. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. № 3(56). Т. 2. С. 89-100.

6. Бондарчук О.І. Суб'єктивне благополуччя персоналу організацій: психолого-управлінський аспект. *Актуальні проблеми розвитку організаційної та економічної психології в Україні: тези III Всеукраїнського конгресу з організаційної та економічної психології»* (м. Кам'янець-Подільський, 20-22 червня 2019 р.). К.; Кам'янець-Подільський, 2019.
7. Борисюк А.С., Рудий-Трипольський В.О., Завацька Н.Є. Програмно-цільовий проєкт системи формування професійної компетентності майбутніх фахівців-медиків. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 1 (60). С. 5-14.
8. Борисюк А.С., Рудий-Трипольський В.О., Завацький Ю.А., Завацька Н.Є., Лук'янюк О.В. Системно-інтегративний підхід до вивчення проблеми професійної компетентності фахівців медичної галузі. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 2 (61). С. 100-109.
9. Бочелюк В.Й. Психологічні основи розвитку особистості: монографія. Запоріжжя: Просвіта, 2020. Т. 7. 420 с.
10. Боярин Л.В., Бучко Т.М., Блискун О.О., Завацька Н.Є. Соціально-психологічні особливості смисложиттєвих орієнтацій молоді та їх адаптації до професійної діяльності. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. № 3 (56). Т. 1. С. 70-77.
11. Бубряк Т.Ю. Інтегративний підхід у проектуванні професійної життєдіяльності особистості. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2014. Т. 7. Вип. 36. С. 51-58.

12. Бурлакова І.А., Жигаренко І.Є., Шаповалова В.А., Дехтярьов Ю.П., Чистякова Ю.С. Психологічна структура професійного здоров'я особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2019. № 1. С. 290-297.
13. Вірна Ж.П., Коширець В.В. Формування особистісного простору: оцінка, тенденції і закономірності. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. № 1 (36). С. 75-94.
14. Волянюк Н.Ю., Ложкін Г.В. Внутрішні та зовнішні чинники збереження психологічного здоров'я. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я: Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Вінниця, 22 листопадам 2019 р.)*. Вінниця, 2019. С. 49-50.
15. Волянюк Н.Ю., Ложкін Г.В., Колосов А.Б. Предиктори професійної деформації особистості. *Вісник післядипломної освіти*. 2020. Вип. 11(40). Серія: Соціальні та поведінкові науки. С. 48-63.
16. Волянюк Н.Ю., Ложкін Г.В., Колосов А.Б., Андрійцев Б.В. Психологія наукової діяльності: [монографія]. К.: КПІ ім. Ігоря Сікорського; Центр ДЗК, 2020. 352 с.
17. Вязовська О.В., Рудий-Трипольський В.О. Формування професійної самосвідомості особистості в умовах активного соціально-психологічного навчання. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. № 1 (39). Т. 1. С. 54-62.
18. Гейко Є.В. Соціально-психологічні особливості корекції полісистемної цілісності особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. № 3 (41). С. 6-15.

19. Головаха Є., Паніна Н. Показники стилю життя особистості. *Життєтворчість: концепція, досвід, проблеми*. Запоріжжя: Центріон, 2004. С. 52-61.
20. Головенко Х.В., Сопель О.М. Поширеність синдрому емоційного вигорання у медичного персоналу і фактори, як спричиняють його розвиток. *Медсестринство*. 2017. № 4. С. 51-53.
21. Данилюк І.В. та ін. Психологічні технології самодетермінації розвитку особистості: монографія. К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2018. 192 с.
22. Драга Т.М., Мялюк О.П., Криницька І.Я. Особливості синдрому вигорання у медичних працівників. *Медсестринство*. 2017. № 3. С. 48-54.
23. Дробот О.В., Карпілянський Д.А. Професійне спілкування медичних працівників у лікувальних закладах США. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). Т. 2. С. 284-294.
24. Завацька Н.Є., Попович І.С., Білецький П.С. Професійне спілкування в системі формування професійних компетентностей майбутніх фахівців-фізичних терапевтів та їх професійне благополуччя. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). Т. 2. С. 273-283.
25. Завацький Ю., Жигаренко І., Шевченко О. Теоретико-методологічні підходи до вивчення проблеми суб'єктивного благополуччя особистості. *Інституціональні перетворення в суспільстві: світовий досвід і українська реальність: зб. наук. статей за матеріалами X Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Мелітополь, 11-13 вересня 2015 р.) / за заг. ред. М.М. Радевої. Мелітополь: ТОВ «Колор Принт», 2015. С. 143-145.

26. Калмиков Г.В., Калмикова Л.О. Професійно-мовленнєва діяльність і мовленнєва компетентність як прояв соціального інтелекту особистості. *Габітус*. 2020. № 17. С. 78-83.
27. Калмикова Л., Харченко Н., Мисан І. Важливі теоретико-методологічні проблеми сучасної психології. *Габітус*. 2021. № 25. С. 42-51.
28. Карамушка Л.М. та ін. Особистісна та професійна самоактуалізація молоді: рівень значущості, розуміння сутності та умов для здійснення у соціумі. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2019. Т. 53. № 1. С. 15-22.
29. Карамушка Л.М., Бондарчук О.І., Грубі Т.В. Діагностика перфекціонізму та трудоголізму особистості: психологічний практикум. Кам'янець-Подільський: Медобори-2006, 2018. 64 с.
30. Карамушка Л.М., Бондарчук О.І., Грубі Т.В. Методики дослідження перфекціонізму, трудоголізму та прокрастинації особистості: метод. посіб. Кам'янець-Подільський: ПП «Аксиома», 2019. 80 с.
31. Ковальчук З.Я., Шевченко О.Л. Особистісна рефлексія як маркер емоційного благополуччя лідера різних соціокультурних середовищ: поведінкові стратегії в умовах кризового суспільства. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна: зб. наук. праць*. Львів: ЛьВДУВС, 2023. Вип. 2. С. 41-48.
32. Кокур О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Копаниця О.В., Малхазов О.Р. Зб. методик для психологічної діагностики: метод. посіб. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. С. 142-143.
33. Комар Т.В. Інтегративно-цілісний підхід до формування професійної зрілості спеціаліста в системі «людина – людина». *Науковий часопис національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки: зб. наук. праць*. Вип. 5 (50). К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2017. С. 198-204.

34. Комар Т.В. Становлення професійної зрілості фахівця соціономічного профілю: [монографія]. Вінниця: ТОВ фірма «Планер», 2016. 401 с.
35. Кононенко А.О. та ін. Соціально-психологічні особливості самореалізації особистості в сучасному суспільстві: монографія. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. 435 с.
36. Ложкін Г.В., Волянюк Н.Ю., Шамрук О.П. Ресурси реалізації психологічного потенціалу. *Вісник НТУУ «КПІ»: зб. наук. Праць. Філософія. Психологія. Педагогіка.* 2016. №1/2 (46, 47). С. 31-36.
37. Лосієвська О.Г., Ляшко А.О. «Soft-skills» як ключовий компонент професійної ефективності здобувачів вищої освіти. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля.* К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3(62). Т. 1. С. 101-110.
38. Максименко С.Д. Генеза здійснення особистості. К.: ТОВ «КММ», 2006. 240 с.
39. Методика та організація наукових досліджень з психології: навч.-метод. посіб. / Укладачі: В.Й. Бочелюк, Н.Є. Завацька та ін. [3-ге вид., перероб. і доп.]. К.: Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія, 2023. 384 с.
40. Пілецька Л.С. Вплив професійної мобільності особистості на професійне становлення молоді в координатах сучасних парадигм. *Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний університет імені Григорія Сковороди».* К.: Гнозис, 2015. Вип. 35. Т. III. С. 370-376.
41. Пілецька Л.С., Сафонова С.О., Завацька Н.Є., Каширіна Є.В., Бровендер О.О. Соціально-психологічні засади життєстійкості та самореалізації молоді в професіях соціономічного типу. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля.* К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2022. № 2 (58). С. 5-17.

42. Попович І.С. Вплив соціально-психологічних очікувань на професійне зростання та професійне здоров'я фахівців. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ імені В. Даля, 2018. № 2 (46). С. 129-139.
43. Попович І.С. Психолого-педагогічний аспект професійної підготовки фахівців соціономічного профілю. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. Херсон: ВД «Гельветика», 2018. Вип. 5. С. 124-129.
44. Соколовська С.М. Сутнісна характеристика понять «саморозвиток» та «професійний саморозвиток особистості»: монографія / за ред. В.А. Ковальчук. Житомир: Вид-во ЖДУ імені І. Франка, 2011. С. 20-38.
45. Титаренко Т.М., Кочубейник О.М., Черемних К.О. Психологічні практики конструювання життя в умовах постмодерної соціальності: монографія. К.: Міленіум, 2014. 206 с.
46. Ткач Т.В., Кравченко А.В. Психологічні детермінанти розвитку соціальних компетенцій. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. № 3 (56). Т. 1. С. 151-160.
47. Чернюк М.О. Вплив емоційно забарвленої інформації на прийняття моральних рішень. *Теорія і практика сучасної психології: зб. наук. праць Класичного приватного університету*. Запоріжжя: КПУ, 2018. № 2. С. 43-47.
48. Чорна В.В., Сергета І.В., Махнюк В.М. Сучасні підходи до створення внутрішньолікарняного комфорту для хворих та медичного персоналу в закладах охорони здоров'я. *Biomedikal and Biosocial anthropology*. 2019. Vol. 35. P. 48-53.
49. Шевченко О.Л. Взаємозв'язок психологічного благополуччя та професійного розвитку особистості. *Актуальні питання соціальної та*



- практичної психології у координатах сучасних парадигм: зб. наук. статей за матеріалами III Міжнародної науково-практичної конференції (м. Сєвєродонецьк, 23-24 січня 2015 р.). Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. С. 169-171.*
50. Шевченко О.Л. До проблеми діагностики та психологічного забезпечення професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2018. № 1 (45). С. 374-381.*
51. Шевченко О.Л. Конструкт «професійне благополуччя»: соціально-психологічний вектор. *Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри: зб. наук. статей за матеріалами IX Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 26-27 грудня 2023 р.). К.: ПВТП «LAT&K», 2023. С. 261-263.*
52. Шевченко О.Л. Методологічні питання дослідження феномену професійного благополуччя в психології. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. № 2 (40). С. 212-220.*
53. Шевченко О.Л. Особистісні ресурси, емоційний інтелект та оптимізм як фактори професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я. *Актуальні питання здоров'язбереження у координатах сучасних парадигм: зб. наук. статей за матеріалами VII Міжнародної науково-практичної конференції (м. Сєвєродонецьк, 29-30 грудня 2021 р.). К.: ПВТП «LAT&K», 2021. С. 137-139.*
54. Шевченко О.Л. Подолання психологічних бар'єрів та мотивація досягнень у підвищенні професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я. *Актуальні питання здоров'язбереження у координатах сучасних парадигм: зб. наук. статей за матеріалами VI Міжнародної*

- науково-практичної конференції* (м. Сєверодонецьк, 28-29 листопада 2019 р.). Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. С. 147-150.
55. Шевченко О.Л. Проблематика професійного розвитку фахівця у галузі охорони здоров'я у векторі його професійного благополуччя. *Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри: зб. наук. статей за матеріалами VII Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Сєверодонецьк, 5-6 грудня 2019 р.). Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. С. 195-201.
56. Шевченко О.Л. Складові особистісно-професійної адаптації фахівців соціономічного профілю / Соціально-психологічні засади особистісно-професійної адаптації фахівців соціономічного профілю: монографія / За наук. ред. Н.Є. Завацької, І.Є. Жигаренка. К.: ПВТП «LAT&K», 2023. С. 94-107.
57. Шевченко О.Л. Суб'єктивна картина кар'єри як чинник професійного благополуччя фахівців у галузі охорони здоров'я. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. № 1(48). С. 321-331.
58. Шевченко О.Л., Лукашов О.О., Сафонова С.О., Завацька Н.Є. Соціально-психологічний аналіз результатів розвитку соціальної відповідальності особистості, її Я-концепції та професійного благополуччя. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. 2023. № 3 (62). Т. 2. С. 126-147.
59. Шевяков О.В., Шрамко І.А. Динамічні соціотехнічні системи діяльності: соціальна підтримка. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2020. № 3 (53). Т. 1. С. 184-197.

60. Яценко Т.С. Активне соціально-психологічне навчання: теорія, процес, практика. Хмельницький: Вид-во НАПВУ, 2002. 792 с.
61. Яценко Т.С. Теорія і практика групової психокорекції: Активне соціально-психологічне навчання. К. : Вища школа, 2004. 679 с.
62. Adler A. Über den nervösen Charakter. Wiesbaden: J.F. Bergmann, 1912. 195 p.
63. Addams L.H., Allred A.T. Business communication course redesigned: All written and oral communication assignments based on building career skills. *Academy of Educational Leadership Journal*. 2015. Vol. 19 (1). P. 250-265.
64. Andreassen C.S., Griffiths M.D., Hetland J., Pallesen S. Development of a work addiction scale. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2012. № 53. P. 265-272.
65. Argyle M. Psychology Of Interpersonal Behaviour. London, England: Penguin UK, 1994. 368 p.
66. Ayalew F., Kibwana S., Shawula S., Misganaw E., Abosse Z. et al. Understanding job satisfaction and motivation among nurses in public health facilities of Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2019. Vol. 18. Article 46.
67. Bakker A.B., Derks D. Positive Occupational Health Psychology / Occupational health psychology: A key text / S. Leka, J. Houdmont (eds.). Oxford: Wiley-Blackwell, 2010. P. 194-224.
68. Bakker A.B., Oerlemans W.G.M. Subjective well-being in organizations / Handbook of Positive Organizational Scholarship / K. Cameron, G. Spreitzer (Eds.). Oxford: Oxford University Press, 2011. P. 178-189.
69. Bar-On R. The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*. 2006. № 18, suppl. P. 13-25.
70. Bar-Tal D., Halperin E. The nature of socio-psychological barriers to peaceful conflict resolution and ways to overcome them. *Conflict & communication online*. 2013. Vol. 12. № 2.

71. Barak A., Klein B., Proudfoot J. Defining Internet-Supported Therapeutic Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*. 2009. Vol. 38(1). P. 4-17.
72. Barrett L.F., Russell J.A. eds. The psychological construction of emotion. N.-Y.: Guilford Press, 2015.
73. Batson C.D. Altruism in Humans. New York: Oxford University Press, 2011.
74. Batson C.D. These things called empathy: eight related but distinct phenomena / The Social Neuroscience of Empathy / J. Decety, W. Ickes (Eds.). Cambridge: MIT Press, 2009. P. 3-15.
75. Batson C.D. Two forms of perspective taking: imagining how another feels and imagining how you would feel / Handbook of Imagination and Mental Simulation / K.D. Markman, W.M.P. Klein, J.A. Suhr (Eds.). N.-Y.: Psychology Press, 2009. P. 267-279.
76. Bernburg M., Vitzthum K., Groneberg D.A., Mache S. Physicians' occupational stress, depressive symptoms and work ability in relation to their working environment: a cross-sectional study of differences among medical residents with various specialties working in German hospitals. *BMJ Open*. 2016. Vol. 6 (6).
77. Bocheliuk V.Yo., Panov M.S., Dergach M.A., Nechyporenko V.V., Pozdniakova-Kyrbiatieva E.G. Management of professional readaptation in terms of the modern Ukrainian society. *ASTRA Salvensis*. 2019. Vol. 1. P. 539-552.
78. Bocheliuk V.Yo., Panov M.S. Social-psychological features of the professional activity potential of modern personality. Сучасні аспекти науки: монографія; за ред. Є.О. Романенка, І.В. Жукової. К.; Братислава: ФОП Кандиба Т.П., 2021. Т. IV. С. 122-133.
79. Bocheliuk V.Y., Spytyska L.V., Shaposhnykova I.V., Turubarova A.V., Panov M.S. Five stages of professional personality development: Comparative analysis. *Polish Psychological Bulletin*. 2022. Vol. 53(2). P. 88-93.

80. Bocheliuk V.Y., Zavatska N.Y., Toba M.V., Panov N.S. Emotional Burnout: Prevalence Rate and Symptoms in Different Socio-Professional Groups. *Journal of Intellectual Disability - Diagnosis and Treatment*. Vol. 8. №. 1. 2020. P. 33-40.
81. Boniwell I. Positive Psychology Coaching in the Workplace, 2021.
82. Borysiuk A.S. Professionally significant qualities of a future medical psychologist as a condition for their professional success. *Modern engineering and innovative technologies*. 2023. Vol. 3. Issue 27. P. 58-63.
83. Borysiuk A.S., Rodchenkova I.V., Zavatska N.Ye., Zavatskyi Yu.A., Shapovalova V.A. Personal Health Care In The Conditions of Systemic Changes in Society. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СХУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). С. 136-143.
84. Borysiuk A.S., Zavatskyi Yu.A., Тоба M.V., Zavatskyi V.Yu., Boyarin L.V. Psychology of Human Health: To Statusing The Problem In The Coordinates Of Modern Paradigms. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СХУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). С. 5-14.
85. Bradburn N. The Structure of Psychological well-being. Chicago: Aldine Pub. Co., 1969. 269 p.
86. Buck K., Grace A., Runyan T., Brown-Berchtoid L. Addressing mental health needs among physicians. *South Med. J.* 2019. Vol. 112 (2). P. 67-69.
87. Butterworth S.W., Linden A., McClay W. Health coaching as an intervention in health management programs. *Disease Management and Health Outcomes*. 2007. Vol. 15(5). P. 299-307.
88. Bolton K. The development and validation of the resilience protective factors inventory: a confirmatory factor analysis. University of Texas at Arlington, 2013. 118 p.

89. Cartwright S., Cooper C.L. (eds.). *The Oxford Handbook of Organizational Well Being*. Oxford: Oxford University Press, 2008.
90. Carver C.S., Lawrence J.W., Scheier M.F. A control-process perspective on the origins of affect / *Striving and feeling: Interactions among goals, affect, and regulation* / L.L. Martin, A. Tesser (eds.). Mahwah, N.-J.: Erlbaum, 1996. P. 11-52.
91. Chausova T.V., Glavinska O.D., Ovdienko I.M., Brukhovetska O.V., Didenko M.S. Professional self-realization as a factor in the psychological well-being of specialists of caring professions. *Journal of Intellectual Disability – Diagnosis and Treatment*. 2020. Vol. 8. P. 548-559.
92. Cheng F.K. Mediation skills for conflict resolution in nursing education. *Nurse Education in Practice*. 2015. № 15. P. 310-313.
93. Cheremnyh K., Gundertaylo Yu., Tytarenko T. (Ed), Zlobina O., Liepikhova L., Lazorenko B., Kochubainik O., Klypeets O., Larina T., Kraichinska V. *How to build your own future: the life tasks of personality*. Kirovohrad: Imex-LTD. 2012.
94. Clifton D., Buckingham M. *Now, Discover Your Strengths*. Free Press, 2001.
95. Clifton D., Rath T. *How Full Is Your Bucket? Positive Strategies for Work and Life*. Gallup Press, 2004.
96. Davidson S., Manion I.G. Facing the challenge: Mental health and illness in Canadian youth. *Psychology, Health & Medicine*. 1996. № 1. P. 41-56.
97. Dyatchenko D.O. Analysis of the influence of the situation on human behavior under the conditions real and potential danger. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. № 2 (49). С. 127-136.
98. Davis M.H. *Empathy: A social psychological approach*. Boulder, CO: Westview Press, 1996. 260 p.
99. Dobek-Ostrowska B. *Podstawy komunikowania społecznego*. Wrocław: Astrum, 2007. 168 s.

100. Deci E.L. Intrinsic motivation. N.-Y.: Plenum Publishing Co. Japanese Edition, Tokyo: SeishinShubo, 1980.
101. Diener E. Subjective well-being. *Psychological Bulletin*. 1984. № 95. P. 542-575.
102. Diener E., Diener M., Diener C. Factors predicting the subjective well being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995. № 69 (5). P. 851-864.
103. Diener E., Lucas R.E., Oishi S. Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index / *The handbook of positive psychology* / C.R. Snyder, S.J. Lopez (eds.). N.-Y.: Oxford University Press, 2002. P. 63-73.
104. Diener E., Suh E. Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*. 2013. Vol. 40. № 1-2. P. 189-216.
105. Dobrovolska N.A., Zavatska N.Ye., Shevchenko O.L. Example problems of preserving personal psychological health. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. 2023. № 3 (62). Т. 1. С. 81-88.
106. Epstein R.M., Edward M.H. Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA*. 2002. Vol. 287. № 2. P. 226-235.
107. Erikson E. Psychosocial Identity. A Way of Looking at Things. Selected Papers / Edited by S. Schlein. N.-Y., 1995. 720 p.
108. Frankl V. Ten theses on personality. Jekzistencial'naja tradicija: filosofija, psihologija, psihoterapija. *Existential tradition: philosophy, psychology, psychotherapy*. 2005. num 2. P. 4-13.
109. Freud S. Tiefen-Psychologie. Band eins. Leben, Werk und Wirkung. Zurich: Kindler Verlag. AG, 1977. 800 p.

110. Friedman V.J., Arieli D., Aboud-Armali O. Facilitating emotional reappraisal in conflict transformation. *Conflict Resolution Quarterly*. 2017. Vol. 35 (4). P. 351-366.
111. Fritz C., Sonnentag S. Recovery, well-being, and performance-related outcomes: The role of work load and vacation experiences. *Journal of Applied Psychology*. 2006. No. 91. P. 936-945.
112. Fromm E. *The Art of Being*. Bloomsbury Academic, 1994. 144 p.
113. Goleman D. *Emotional intelligence*. N.-Y.: Bantam Books, 1995. 352 p.
114. Goulding R., Goulding M. *The power is in the patient: A TA/Gestalt approach to psychotherapy*. San Francisco: TA Press, 1978. P. 32-48.
115. Hackman J.R., Oldham G.R. *The job diagnostic survey: An instrument for the diagnosis of jobs and the evaluation of job redesign projects*. Department of Administrative Sciences: Yale University, 1974.
116. Hall N. *Positive Psychology and Emotional Intelligence*. *Positive Psychology News Daily*, N.-Y. November 10, 2007.
117. Harter J.K., Schmidt F.L., Keyes C.L.M. Well-being in the workplace and its relationship to business outcomes: A review of the Gallup studies / *Flourishing: The positive person and the good life* / C.L.M. Keyes, J. Haidt (eds.). Washington, DC: American Psychological Society, 2003. P. 205-224.
118. Heckhausen H. *Motivation und Handeln*. Berlin, Germany: Springer-Verlag, 1989. S. 355-388.
119. Heine S.J., Vohs K.D. The Meaning Maintenance Model: On the Coherence of Social Motivations. *Personality and Social Psychology Review*. 2006. Vol. 10. num 2. P. 88-110.
120. Huias I., Popovych I., Blyskun O., Shcherbyna V., Batasheva N., Aleksieieva M., Chala T. Psychological Semantic Parameters of Conformism in the Measurement of Value Orientations. *Revista Romaneasca pentru Educatie Multidimensionala*. 2021. Vol. 13(2). P. 167-184.
121. Hoffman M.L. *Empathy and Moral Development: Implications for Caring and Justice*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.



122. Horney K. *Neurosis and Human Growth: The Struggle towards Self-Realization*. N-Y.: W. W. Norton & Co., Inc. 1950.
123. Hu D., Zhu W., Fu Y, Zhang M., Zhao Y et al. Development of village doctors in China: financial compensation and health system support. *Int J. Eguiti Health*. 2017. Vol. 16 (1).
124. Jahoda M. *Current concepts of positive mental health*. Basic Books, 1958.
125. Jung C.G. *The collected works. The structure and dynamics of the psyche*. Princeton University: Press, 1989. Vol. 8. 480 p.
126. Jung C.G. *The collected works. Two essays on analytical psychology*. Princeton University: Press, 1989. 352 p.
127. Karasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979. № 24(2). P. 285-306.
128. Karasek R., Theorell T. *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. N.-Y: Basic Books, 1990.
129. Kellogg J., Collisson B., Rusbasan D. Perceptions of Psychology as a Science: The Effect of Citations within Introductory Textbooks. *North American Journal of Psychology*. 2015. № 17 (1). P. 77-88.
130. Khmil V.V., Popovych I.S. Philosophical and Psychological Dimensions of Social Expectations of Personality. *Anthropological Measurements of Philosophical Research*. 2019. № 16. P. 55-65.
131. Keovathanak K. Are health workers motivated by income? Job motivation of Cambodian primary health workers implementing performance-based financing. *Glodal Health Action*. 2016.
132. Kočiūnas R. Existential experience and group therapy. *Journal of the Society for Existential Analysis*. 2000. Vol. 11. № 2. P. 91-112.
133. Kovalchuk Z.Ya., Kolisnyk R.Ya., Toba M.V., Tsarenok L.B., Kaskov I.O. Personal reflection and responsibility in the conditions of continuous social changes. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені*

- Володимира Даля. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). Т. 1. С. 131-135.
134. Labrague L.J., McEnroe-Petitte D.M., Gloe D., Maldia F. Organizational politics, nurses' stress. Burnout levels, turnover intention and job satisfaction. *Int Nurs Rev.* 2017. Vol. 64 (1). P. 109-116.
135. Losievska O.H. Development of communicative competences of professionalism in the specialist of the humanitarian profile. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля.* Северодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2020. № 2 (52). С. 205-212.
136. Langlely A., Clive Smallman, Haridimos Tsoukas, Andrew H. Van De Ven Process studies of change in organization and management: Unveiling temporality, activity, and flow. *The Academy of Management Journal.* Published By: Academy of Management, 2013. Vol. 56. № 1. P. 1-13.
137. Linley P.A., Harrington S. Garcea N. (eds.). *Oxford Handbook of Positive Psychology and Work.* Oxford: Oxford University Press, 2010.
138. Linley P.A., Joseph S. (eds.). *Positive psychology in practice.* John Wiley & Sons, Inc., 2004.
139. Liu J., Yu W., Ding T., Li M., Zhang L. Cross-sectional survey on job satisfaction and its associated factors among doctors in tertiary public hospitals in Shanghai, China. *BMJ Open.* 2019. Vol. 9 (3).
140. Lynch M., Manly J.T., Cicchetti D. A multilevel prediction of physiological response to challenge. *Development and Psychopathology.* 2015. № 27. P. 1471-1487.
141. Malik A.A., Yama-moto S.S., Hague A., Butt N.S., Baig M., Sauerborn R. Developing and assessing a tool to measure motivation among physicians in Lahore, Pakistan. *PLoS One.* 2018. Vol. 13 (12).
142. Marchuk I., Borysiuk A., Tymofiieva M., Marchuk O. Psychological Training of Nurses for Providing Palliative and Hospice Care as a Factor of

- their Professionalization. *Insight: the psychological dimensions of society*. 2023. № 10. P. 317-337.
143. Maslach C. Burnout: A social psychological analysis / The Burnout syndrome / ed. J.W. Jones, Park Ridge. IL: London House, 1982. P. 30-53.
144. Maslow A.H. Motivation and Personality. Hong Kong: Longman Asia, 1987. 335 p.
145. May R. Psychology and the human dilemm. N.-Y.: W.W. Norton, 1991. 356 p.
146. McClelland D.C. Testing for competence rather than for intelligence. *American Psycholgist*. 1973. № 28. P. 1-14.
147. McFarland D.C., Hlubocky F., Susaimani-ckam B., O'Hanlon R., Rib M. Addressing depression, burnout, and suicide in oncology physicians. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2019. Vol. 39. P. 590-598.
148. Murray H.A. Exploration in Personality. N.-Y.: Oxford University Press, 1938.
149. Nantsupawat A., Kunaviktikul W., Nantsupawat R., Poghosyan L. Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *Int Nurs Rev*. 2017. Vol. 64 (1). P. 91-94.
150. Ovsyannikov M.V. Analysis of approaches to the structure of self-consciousness in modern psychology. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2017. № 1 (42). С. 214-220.
151. Onufriieva L., Chaikovska O., Kobets O., Pavelkiv R., Melnychuk T. Social Intelligence as a Factor of Volunteer Activities by Future Medical Workers. *Journal of History Culture and Art Research*. Vol. 9, № 1. 2020. P. 84-95.
152. Orton P., Orton C., Pereira Gray D. Depersonalised doctors: a cross-sectional study of 564 doctors, 760 consultations and 1876 patient reports in UK general practice. *BMJ Open*. 2012. Vol. 2.

153. Page K.M., Vella-Brodrick D.A. The Working for Wellness Program: RCT of an Employee Well-Being Intervention. *Journal of Happiness Studies*, 2013. Vol. 14(3). P. 1007-1031.
154. Pakhol B.E. The structure of professional well-being: the definition of the phenomenon, factor structure and predictors. *Ukrainian Psychological Journal: collection of scientific works* / chief. red. I.V. Danilyuk: Taras Shevchenko National University of Ukraine. K., 2018. № 3 (9). P.121-135.
155. Passmore J., Anagnos J. Organizational Coaching and Mentoring / *The Oxford Handbook of Organizational Well Being* / S. Cartwright, C.L. Cooper (eds.). Oxford: Oxford University Press, 2009. P. 497-521.
156. Peterson C., Seligman M.E.P. *The VIA classification of strengths*. Cincinnati: Values in Action Institute, 2002.
157. Piaget J. *Studies in Reflecting Abstraction*. Hove, UK: Psychology Press, 2001.
158. Piletska L.S., Zavatskyi Yu.A., Zhurba A.N. Psychological resources of social and professional mobile identity through the prism of copy-behavior of the person. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2017. № 1 (42). С. 220-229.
159. Popovych I., Borysiuk A., Zahrai, L., Fedoruk O., Nosov P., Zinchenko S. & Mateichuk V. Constructing a Structural-Functional Model of Social Expectations of the Personality. *Revista Inclusiones*. 2020. Vol. 7. num Especial. P. 154-167.
160. Popovych I., Zhigarenko I., Paviluc M. Research of relationship of functional-role positions (ego-states) with indicators of future specialists' independence. *Amazonia Investiga*. 2021. Vol. 10, Issue 41. P. 85-95.
161. Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions / M.E.P. Seligman, T.A. Steen, N. Park, C. Peterson. *American Psychologist*. 2005. Vol. 60. № 5. P. 410-421.

162. Proudfoot J.G., Corr P.J., Guest D.E., Dunn G. Cognitive-behavioral training to change attributional style improves employee well-being, job satisfaction, productivity, and turnover. *Personality and Individual Differences*. 2009. Vol. 46(2). P. 147-153.
163. Rath T., Harter J. Wellbeing: The Five Essential Elements Gallup Press, 2010.
164. Rogers C.R. Empatic: an unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*. 1975. Vol. 5. № 2. P. 2-10.
165. Rogers S.L., Howieson J., Neame C. I understand you feel that way, but I feel this way: the benefits of I-language and communicating perspective during conflict. *Peer J*. 2018. № 6. P. 48-51.
166. Ruch W., Proyer R.T., Harzer C. et al. Values in action inventory of strengths (VIA-IS) adaptation and validation of the german version and the development of a peer-rating form. *Journal of Individual Differences*. 2010. Vol. 31. № 3. P. 138-149.
167. Rudestam K.E. Distributed Education and the Role of Online Learning in Training Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2004. № 35(4). P. 427-432.
168. Rudyi-Trypolskyi V., Zavatska N., Shevchenko O. Social-psychological predictors of improving the quality of life and professional well-being of specialists in the field of health protection under conditions of uncertainty. *Quality of Life in Global and Local Contexts: Values, Innovation, and Multidisciplinary Dimensions*: monograph. Scientific editors: Nestorenko T., Pokusa T. Opole: The Academy of Applied Sciences – Academy of Management and Administration in Opole, 2023. P. 137-150.
169. Russell J.A. Ed. *Pleasure*. Andover, Hampshire U.K.: Routledge: Taylor & Francis Group, 2003.
170. Ryan R.M., Deci E.L. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review Psychology*. 2001. № 52. P. 141-166.

171. Ryff C.D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989. Vol. 57. P. 1069-1081.
172. Ryff C. D. Psychological Well-Being. *Encyclopedia of Gerontology*. 1996. Vol. 2. P. 365-369.
173. Ryff C. D., Singer B. Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1996. № 65. P. 14-23.
174. Ryff C.D., Singer B. The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*. 1998. Vol. 9. P. 1-28.
175. Ryff C.D., Keyes C., Lee M. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995. Vol. 69. № 4. P. 719-727.
176. Saeed H. Wahass The role of psychologists in health care delivery. [Електронний ресурс]. *Journal of Family and Community Medicine*. Режим доступу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3410123/>
177. Sahoo F.M., Mohapatra L. Psychological Well-Being in Professional Groups. *Chennai: Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 2009. Vol. 35. № 2. P. 211-217.
178. Schaufeli W.B., Bakker A.B. Utrecht Work Engagement Scale : Preliminary Manual. *Department of Psychology*. The Netherlands: Utrecht University, 2003. 58 p.
179. Schultz M. Occupational well-being: the development of a theory and a measure. 2008. URL: <http://krex.k-state.edu/dspace/handle/2097/746>
180. Saaranen T. [et al.] The simulation method in learning interpersonal communication competence – Experiences of master’s degree students of health sciences. *Nurse Education Today*. 2015. Vol. 35, issue 2. P. 8-13.
181. Southwick S. Resilience. The Science of Mastering Life`s Greatest Challenges. Cambridge University Press, 2016. 230 p.
182. Shevchenko O.L. Problems of studying professional well-being in modern society. *Стрес в житті сучасної особистості: надбання та втрати: зб.*

- наук. статей за матеріалами Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столу (м. Київ, 16 травня 2023 р.). К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. С. 60-61.
183. Shevchenko O.L. The problem of studying professional well-being in modern psychology. *Життєві виклики сучасного суспільства: реалії та перспективи: зб. наук. статей за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю* (м. Київ, 09-10 листопада 2023 р.). К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. С. 59-60.
184. Siegrist J. A theoretical model in the context of economic globalization / Work stress and health in a globalized economy / Siegrist J., Wahrendorf M. ed. Cham: Springer International Publishing, 2016. P. 3-20.
185. Siegrist J., Li J. Associations of extrinsic and intrinsic components of work stress with health: a systematic review of evidence on the effort-reward imbalance model. *Int J Environ Res Public Health*. 2016. № 13. P. 432.
186. Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Bem-estar ocupacional em anestesiologia / Coordenação: Editor: Gastão F. Duval Neto. Brasília: CFM, 2013. 476 p.
187. Strickling B.L. A Moral Basis for the Helping Professions. Boston University. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.bu.edu/wcp/Papers/Bioe/BioeStri.htm/>
188. Stokoe E. The conversation analytic role-play method (CARM): A method for training communication skills as an alternative to simulated role-play. *Research on Language and Social Interaction*. 2014. Vol. 47 (3). P. 255-265.
189. Sun J., Sun R., Jiang Y, Chen X., Li Z., Ma Z., Wei J., He C., Zhang L. The relationship between psychological health and social support: Evidence from physicians in China. *PLoS One*. 2020. Vol. 15 (1).
190. Van Horn J.E., Taris T.W., Schaufeli W.B., Schreurs P.J.G. The structure of occupational well-being: A study among Dutch teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 2004. No. 77. P. 365-375.

191. Vandergoot S., Sarris A., Kirby N., Ward H. Exploring attitudes towards interprofessional learning, motivation and perceived impact on conflict resolution skills. *Journal of interprofessional care*. 2018. Vol. 32. № 2. P. 211-219.
192. Warr P. How to Think About and Measure Psychological Well-being / Research Methods in Occupational Health Psychology: Measurement, Design and Data Analysis / M. Wang, R.R. Sinclair, L.E. Tetrick (eds.). N.-Y.: Psychology Press/Routledge, 2013. P. 76-90.
193. Warr P. The measurement of well-being and other aspects of mental health. *Journal of Occupational Psychology*. 1990. № 63. P. 193-210.
194. Warr P. Work, happiness, and unhappiness. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 2007.
195. Waterman A.S. Reconsidering happiness: A eudaimonist's perspective. *Journal of Positive Psychology*. 2008. Vol. 3. P. 234-252.
196. Waterman A.S. Two conceptions of happiness: contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *J. of Personality and Social Psychology*. 1993. Vol. 64. P. 678-691.
197. Wertheimer M. Productive thinking. 2nd ed. N.-Y.: Harper, 1959.
198. White Paper – Psychological well-being at work. [Електронний ресурс]. Health and Well-being Working Group - Leicester LE1 7DR, UK / Режим доступу: [https://www1.bps.org.uk/system/files/user-files/Division%20of%20Occupational%20Psychology/public/rep94\\_dpx.pdf/](https://www1.bps.org.uk/system/files/user-files/Division%20of%20Occupational%20Psychology/public/rep94_dpx.pdf/)
199. Zasiékina L., Khvorost K., & Zasiékina D. Traumatic Narrative in Psycholinguistic Study Dimension. *Psycholinguistics*. 2018. Vol. 23 (1). P. 47-59.
200. Zhigarenko I.E. Socio-psychological specificity of modeling of inter-social communication in the societal industry professions. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. № 3 (50). Т. 1. С. 97-106.