

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

УНГУРЯН НАТАЛЯ ВАСИЛІВНА

УДК 159.947.23:614.253.1(043.3)

ДИСЕРТАЦІЯ

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ КОГНІТИВНОГО
ДИСОНАНСУ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

19.00.05 – соціальна психологія; психологія соціальної роботи

053 – Психологія

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



/ Н.В. Унгурян

Науковий керівник

доктор психологічних наук, професор

Завацький Юрій Анатолійович

АНОТАЦІЯ

Унгурян Н.В. Соціально-психологічні особливості проявів когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників. – 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, 2025.

У дисертаційному дослідженні наведено теоретичне узагальнення і нове розв’язання проблеми визначення соціально-психологічних особливостей проявів, впливу та наслідків когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників і зроблено такі висновки.

Проведено теоретико-методологічний аналіз проблеми когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників. Узагальнюючи наявні теорії, наведено трактування цього конструкту, як системного явища, що характеризується амбівалентністю: він здатний проявлятися як внутрішнє діагностування системи, що виявляє нові параметри розвитку та готовність до них, і як показник руйнування системи, що втрачає цілісність через вплив факторів, які перешкоджають самореалізації та самовдосконаленню, а отже є специфічним оцінювальним механізмом узгодженості, збалансованості мотиваційно-ціннісної сфери медичних працівників. Емоційні реакції, викликані когнітивним дисонансом, віддзеркалюють ціннісно-сміслову структуру особистого світосприйняття, де приховано протистояння двох протилежних векторів: прагнення до збереження усталеного стану, з одного боку, та потреба у змінах, з іншого, врегулювання якого веде до еволюції системи, що, базуючись на узгодженні життєвих та професійних цінностей, забезпечує її стабільність. Підкреслено, що цілеспрямоване формування культури вирішення конфліктів у медичних працівників сприяє розвитку здатності протидіяти напруженню в їх професійній діяльності, запобігати виникненню негативних проявів когнітивного дисонансу та внутрішніх

конфліктів на всіх рівнях (як у діях, так і в мисленні та почуттях). Виходячи цих позицій запропоновано теоретичну модель формування конфліктологічної культури медичних працівників з метою подолання негативних проявів когнітивного дисонансу в їх професійній діяльності.

Визначено соціально-психологічні особливості проявів когнітивного дисонансу медичних працівників на різних етапах їх професіогенезу. Встановлено, що характеристики «полезалежності-полenezалежності» мають значний вплив на медичних працівників, тоді як «понятійна диференційованість» є ключовою для майбутніх фахівців-медиків. Для медичних працівників «полenezалежність» виявляється критично важливою при розв'язанні когнітивних конфліктів, при цьому її ефективність залежить від особистісних рис. Виражена «полenezалежність» корелює з екстраверсією, прихильністю до групової взаємодії, підвищеним рівнем тривожності, відносно невисоким показником сили Я, помірною активністю, орієнтацією на раціональне мислення, на протигагу емоційному. В таких умовах «полenezалежність» не стає перешкодою для успішного подолання негативних проявів когнітивного дисонансу.

Виявлено, що індивідуальні варіації за «полenezалежністю» не мають вирішального значення для успішного подолання когнітивних конфліктів майбутніх медичних працівників, натомість рівень «понятійної диференційованості» відіграє значну роль, залежно від взаємодії з низкою особистісних особливостей. Так, «диференційованість» у взаємозв'язку з екстравертованістю виступає позитивним чинником у вирішенні когнітивних конфліктів у майбутніх фахівців-медиків. Водночас, виражена «недиференційованість» демонструє позитивний ефект при подоланні негативних проявів когнітивного дисонансу в комбінації з інтроверсією, самоконтролем, відповідальністю та глибиною емоцій.

Різноманітні комбінації залежності від поля та концептуальної диференціації специфічно корелюють з ефективністю вирішення когнітивних конфліктів, а комбінація вираженої недиференційованості з високою

поленезалежністю є фундаментом успіху у подоланні негативних проявів когнітивного дисонансу.

Проведено диференціацію вибірки за продуктивністю подолання негативних проявів когнітивного дисонансу, з урахуванням взаємодії особистісних рис та когнітивно-стильових характеристик респондентів. За результатами кластерного аналізу по вибірці медичних працівників з досвідом професійної діяльності ідентифіковано два типи, що характеризуються як продуктивні, проявляються в процесі подолання негативних проявів когнітивного дисонансу в їх професійній діяльності та демонструють спільні риси, найважливішими з яких є відсутність інтроверсії та поленезалежності. Перший тип: «активні, прагматичні, конформні екстраверти – «диференційовані», другий: «нерішучі, поленезалежні «недиференційовані».

По вибірці майбутніх медичних працівників виокремлено два типи, які демонструють продуктивні стратегії у подоланні негативних проявів когнітивного дисонансу. Перша група: «самовпевнені, емоційно врівноважені екстраверти – «диференційовані»; друга: «чутливі, помірковані інтроверти – «недиференційовані».

Виявлено специфіку подолання негативних проявів когнітивного дисонансу в залежності від стійкості до стресу медичних працівників та їх ціннісного ставлення до життя. Прояви професійного напруження у медичних працівників корелюють з досвідом подолання негативних проявів когнітивного дисонансу, ступінь переживання якого значно вищий у медичних працівників зі стажем професійної діяльності до 5-ти років, ніж у медичних працівників досвід професійної діяльності яких більше 7-ти років. Це пояснюється відмінностями у структурі захисної та опанувальної копінг-поведінки, а також самоусвідомлення. Механізми психологічного захисту медичних працівників демонструють більш активне застосування захисту «неприйняття». Разом з тим, у медичних працівників зі стажем професійної діяльності більше 5-ти років фіксується вищий рівень самоприйняття. Відповідно, стратегії подолання негативних проявів когнітивного дисонансу мають відчутний вплив на рівень

переживання стресу медичними працівниками, незалежно від стажу їх професійної діяльності, при цьому неефективні стратегії сприяють розвитку професійного стресу, а ефективні – підвищують стресостійкість у цих групах фахівців-медиків.

Розроблено та апробовано комплексну соціально-психологічну програму формування конфліктологічної культури медичних працівників з метою подолання негативних проявів когнітивного дисонансу в їх професійній діяльності, реалізованої з позицій суб'єктно-діяльнісного, індивідуально-орієнтованого, когнітивного, середовищного підходів, із задіянням соціально-психологічних технологій особистісної та міжособистісної спрямованості, а також активних соціально-психологічних методів навчання та допомоги.

Застосування програмних засобів призвело до переорієнтації медичних працівників з пошуку зовнішньої підтримки на використання внутрішніх ресурсів, що свідчить про розвиток ефективних стратегій подолання негативних проявів когнітивного дисонансу, покращення складових конфліктологічної культури медичних працівників та сприятливо вплинуло на структуру, динаміку, результативність особистісних процесів, стаючи джерелом самовдосконалення й самоствердження.

Доведено, що цілеспрямовані психопрофілактичні дії та коригувальні інтервенції впливають на формування ціннісних орієнтирів у ставленні до життя, професійного шляху, розвитку ефективних стратегій копінг-поведінки у медичних працівників. Це сприяє зростанню стійкості до стресу, підсилює мотивацію до професійного росту, підвищує психологічну готовність до кризових ситуацій у професії та сприяє запобіганню професійного вигорання.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми визначення соціально-психологічних особливостей проявів когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників. Перспективи майбутніх розвідок можуть бути зосереджені на розкритті сутності когнітивного дисонансу в контексті професійних обов'язків фахівців інших соціономічних галузей,

враховуючи специфіку його проявів, впливу та наслідків на їх професійну діяльність в умовах сучасних соціогенних викликів.

Ключові слова: медичні працівники, професійна діяльність, когнітивний дисонанс, соціально-психологічні особливості проявів когнітивного дисонансу, копінг-стратегії, конфліктологічна культура.

Ungurian N.V. Social and Psychological Features of Cognitive Dissonance Manifestations in the Professional Activities of Healthcare Professionals.

Dissertation for the degree of Candidate of Psychological Sciences in the specialty 19.00.05 – Social Psychology; Psychology of Social Work. Volodymyr Dahl East Ukrainian National University of the Ministry of Education and Science of Ukraine. Kyiv, 2025.

In the dissertation research, a theoretical generalization is presented, along with a novel solution to the problem of identifying the social and psychological features of the manifestations, impact, and consequences of cognitive dissonance in the professional activities of healthcare professionals. The following conclusions have been drawn.

A theoretical and methodological analysis of the issue of cognitive dissonance in the professional activities of healthcare professionals has been conducted. By synthesizing existing theories, the study conceptualizes cognitive dissonance as a systemic phenomenon characterized by ambivalence. It may function either as an internal diagnostic mechanism that uncovers new developmental parameters and readiness to adapt to them or as an indicator of systemic disintegration resulting from factors that obstruct self-realization and self-improvement. Consequently, cognitive dissonance serves as a distinct evaluative mechanism that reflects the coherence and balance of healthcare professionals' motivational and value-based domains. The emotional responses elicited by cognitive dissonance mirror the value-semantic structure of an individual's worldview, revealing an underlying tension between two opposing forces: the drive to maintain a stable state and the need for transformation. The resolution of this tension facilitates the system's evolution and enhances its

stability by aligning professional and personal values. The study underscores that the intentional development of conflict resolution culture in healthcare professionals strengthens their capacity to cope with stress in their professional activities, mitigates the risk of negative manifestations of cognitive dissonance, and reduces internal conflicts across cognitive, emotional, and behavioral levels. Based on these insights, a theoretical model has been proposed for cultivating a conflict resolution culture among healthcare professionals to overcome the negative manifestations of cognitive dissonance in their occupational practice.

The social and psychological features of cognitive dissonance manifestations in healthcare professionals at various stages of their professional development (professional genesis) have been identified. It has been established that the field dependence–field independence characteristics exert a significant influence on practicing healthcare professionals, while conceptual differentiation plays a key role in the development of future medical specialists. For healthcare professionals, field independence is critically important in resolving cognitive conflicts, although its effectiveness is moderated by specific personality traits.

A pronounced level of field independence correlates with extroversion, a preference for group interaction, elevated anxiety, relatively low ego strength, moderate activity, and a tendency toward rational rather than emotional thinking. In this context, field independence does not become an obstacle to the successful resolution of the negative manifestations of cognitive dissonance.

It was further revealed that individual variations in field independence do not have a decisive impact on the successful resolution of cognitive conflicts in future medical specialists. Instead, the level of conceptual differentiation plays a more substantial role, depending on its interaction with certain personality characteristics. Specifically, conceptual differentiation, when combined with extroversion, serves as a positive factor in resolving cognitive conflicts among future healthcare professionals. At the same time, pronounced non-differentiation demonstrates a positive effect in overcoming negative manifestations of cognitive dissonance when combined with introversion, self-control, responsibility, and emotional depth.

Different combinations of field dependence and conceptual differentiation demonstrate specific correlations with the effectiveness of cognitive conflict resolution. Notably, the combination of pronounced non-differentiation and high field independence forms a fundamental basis for successfully mitigating the negative manifestations of cognitive dissonance.

A differentiation of the sample was conducted based on the productivity of overcoming negative manifestations of cognitive dissonance, taking into account the interaction between respondents' personality traits and cognitive-stylistic characteristics. Based on the results of a cluster analysis of the sample of healthcare professionals with professional experience, two types were identified, characterized as productive and observed in the process of managing negative manifestations of cognitive dissonance in their professional activities. These types demonstrate shared features, the most significant of which are the absence of introversion and field dependence. The first type: "active, pragmatic, conformist extroverts – differentiated", and the second type: "indecisive, field-independent, non-differentiated".

In the sample of future healthcare professionals, two types were also identified that exhibit productive strategies in overcoming negative manifestations of cognitive dissonance. The first group: "self-confident, emotionally balanced extroverts – differentiated", and the second group: "sensitive, moderate introverts – non-differentiated".

The specific mechanisms of overcoming negative manifestations of cognitive dissonance have been identified as contingent on healthcare professionals' stress resilience and their value-based orientation toward life. The manifestations of professional tension in healthcare professionals are shown to correlate with their experience in managing cognitive dissonance, with a markedly higher intensity of dissonance-related experiences observed in professionals with less than five years of work experience compared to those with more than seven years. This difference is explained by variations in the structure of defensive and coping behavior, as well as differences in self-awareness. The psychological defense mechanisms employed by

healthcare professionals reveal a more frequent reliance on the defense strategy of “denial” in individuals with limited professional experience. By contrast, professionals with more than five years of experience demonstrate a higher level of self-acceptance. Consequently, the choice of coping strategies for addressing negative manifestations of cognitive dissonance significantly affects the degree of stress experienced by healthcare professionals, irrespective of their length of professional service. Ineffective strategies exacerbate professional stress, while effective coping strategies enhance stress resilience within these groups of medical specialists.

A comprehensive socio-psychological program was developed and tested to foster the conflict resolution culture of healthcare professionals, with the aim of mitigating the negative manifestations of cognitive dissonance in their professional activities. The program was designed from the perspectives of subject-activity, individually oriented, cognitive, and environmental approaches, and it incorporated socio-psychological technologies targeting both personal and interpersonal dimensions, as well as active socio-psychological methods of training and support.

The implementation of these programmatic interventions led to a noticeable shift in healthcare professionals’ focus from seeking external support to utilizing internal resources, thereby reflecting the development of more effective strategies for managing negative manifestations of cognitive dissonance. This shift also enhanced the core components of conflict resolution culture and positively influenced the structure, dynamics, and effectiveness of personal processes, becoming a driving force for self-improvement and self-affirmation.

It has been empirically demonstrated that targeted psychoprophylactic measures and corrective interventions contribute to shaping healthcare professionals’ value orientations toward life and career, while promoting the development of effective coping strategies. These interventions enhance stress resilience, increase motivation for professional development, strengthen psychological preparedness for crisis situations in the workplace, and play a preventive role in reducing the risk of professional burnout.

The study does not exhaust all aspects of the problem of determining the socio-psychological characteristics of the manifestations of cognitive dissonance in the professional activities of healthcare professionals. Future research could focus on revealing the essence of cognitive dissonance in the context of the occupational duties of professionals in other socio-economic areas, taking into account the specifics of its manifestations, impact and consequences for their professional activities in the context of modern sociogenic challenges.

Key words: *healthcare professionals, professional activity, cognitive dissonance, social and psychological features of cognitive dissonance manifestations, coping strategies, conflict resolution culture.*

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових фахових виданнях:

1.1. Унгурян Н.В. Психологічні аспекти подолання когнітивного дисонансу та розв'язання когнітивних конфліктів медичними працівниками. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2014. № 3 (35). С. 416-423.

<http://tppjournal.com.ua/n3y2k14.html>

1.2. Унгурян Н.В. Соціально-психологічні особливості проявів та впливу когнітивного дисонансу на професійну діяльність медичних працівників. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2017. № 3 (44). Т. 1. С. 282-290.

<http://tppjournal.com.ua/n3y2k17.html>

1.3. Zhigarenko I.E., Unhurian N.V. Gender-role features of professionalism in the work of socionic professionals. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. № 3 (50). Т. 3. С. 75-84. (Особистий внесок авторки полягає у розкритті статево-

рольових особливостей професіоналізму у професійній діяльності медичних працівників).

<https://doi.org/10.33216/2219-2654-2019-50-3-3-75-84>

http://tpppjournal.com.ua/n50y2k19_tom_3.html

1.4. Унгурян Н.В. Соціально-психологічні особливості прояву когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. К.; Ніжин: ПП Лисенко, 2020. Т. IX, Вип. 13. С. 714-723.

<http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v9/i13/70.pdf>

1.5. Волченко Є.Є., Завацький Ю.А., Унгурян Н.В. Організаційно-управлінські умови розвитку конфліктологічної компетентності фахівців медичної галузі у професійній взаємодії. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СХУ ім. В. Даля, 2021. № 1 (54). С. 130-138. (Особистий внесок авторки полягає у визначенні ролі конфліктологічної компетентності в подоланні негативних наслідків когнітивного дисонансу в професійній взаємодії медичних працівників).

DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2021-54-1-130-138>

<http://tpppjournal.com.ua/n54y2k21a10.html>

1.6. Рудий-Трипольський В.О., Унгурян Н.В., Лич О.М. [Взаємодія систем і технологій навчання у забезпеченні ефективності формування професійної компетентності здобувачів вищої освіти в умовах медичного закладу](#). *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СХУ ім. В. Даля, 2022. № 1 (57). Т. 2. С. 49-59. (Особистий внесок авторки полягає у визначенні специфіки професійної компетентності медичних працівників).

<https://doi.org/10.33216/2219-2654-2022-57-1-2-49-59>

http://tppppjournal.com.ua/n57y2k22_tom_2_a5.html

1.7. Popovych I., Unhurian N., Varnava U., Bilosevych I., Soroka O., Dobrovolska N., Hoian I. Comparative research on creativity in juniors' motivation structure. *Journal of Physical Education and Sport*. 2025. Vol. 25 (4). P. 826-836. **(Scopus)** (Особистий внесок авторки полягає у розкритті особливостей креативності в структурі мотивації майбутніх фахівців соціономічного профілю).

<https://doi.org/10.7752/jpes.2025.04096>

1.8. Унгурян Н.В. Ціннісний підхід до професійної діяльності як чинник подолання негативних наслідків когнітивного дисонансу у медичних працівників. *Psychology Travelogs: наук. журн. Хмельницького національного університету*. 2025. № 1. С. 264-274.

<https://doi.org/10.31891/PT-2025-1-26>

Статті у матеріалах науково-практичних конференцій:

2.1. Унгурян Н.В. Комплексна програма конфліктологічної культури як основа подолання негативних наслідків когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників. *Актуальні питання соціальної та практичної психології у координатах сучасних парадигм: зб. наук. статей за матеріалами III Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Сєверодонецьк, 23-24 січня 2015 р.). Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. С. 176-178.

2.2. Унгурян Н.В. Когнітивний дисонанс у професійній діяльності медичних працівників. *Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри: зб. наук. статей за матеріалами V Міжнародної науково-практичної конференції молодих учених, аспірантів і студентів* (м. Київ, м. Сєверодонецьк, 24-25 листопада 2016 р.). Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. С. 232-233.

2.3. Унгурян Н.В. Соціально-психологічні особливості прояву когнітивних конфліктів та когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників. *Релігія, релігійність, філософія та гуманітаристика у сучасному інформаційному просторі: національний та інтернаціональний*

аспекти: зб. наук. статей за матеріалами XVII Міжнародної науково-практичної конференції (Монреаль, 30-31 грудня 2018 р.). Монреаль: CPM «ASF», 2018. С. 121-123.

2.4. Унгурян Н.В. Специфіка дії когнітивного дисонансу на професійну діяльність медичних працівників. *Labyrinths of Reality: Collection of scientific works based on materials of the VIII International scientific and practical conference* (Montreal, April 29-30, 2020) / edited by M.A. Zhurba. Montreal: CPM «ASF», Issue 3 (8). 2020. P. 196-198.

2.5. Волченко Є.Є., Завацький Ю.А., Шаповалова В.А., Унгурян Н.В. Конфліктологічна компетентність фахівців медичної галузі у професійній взаємодії. *Актуальні питання здоров'язбереження у координатах сучасних парадигм: зб. статей за матеріалами VII Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Сєверодонецьк, 29-30 грудня 2021 р.). Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. С. 22-26. (Особистий внесок авторки полягає у визначенні особливостей розв'язання когнітивних конфліктів медичними працівниками).

2.6. Унгурян Н.В. Соціально-психологічні особливості впливу когнітивного дисонансу на професійну діяльність медичних працівників. *Цілісний підхід у психології особистості: особливості теорії та практики: зб. наук. статей за матеріалами II Міжнародної науково-практичної онлайн конференції* (м. Кропивницький, 25 лютого 2022 р.). Кропивницький: ЦДПУ, 2022. С. 213-216.

2.7. Унгурян Н.В. Узгодження когнітивних компонентів у професійній діяльності медичних працівників. *Цілісний підхід у психології та соціальній роботі: теорія та практика: зб. наук. статей за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю* (м. Кропивницький, 24 лютого 2023 р.). Кропивницький: ЦДУ, 2023. С. 212-213.

2.8. Zavatska N.Ye., Shapovalova V.A., Ungurian N.V., Matveev V.N., Shutalov O.O. Protection of personal mental health under conditions of systemic changes in society. Актуальні питання відновлення ментального здоров'я у

психологічному вимірі: зб. наук. статей за матеріалами I Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 11 жовтня 2024 р.). К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2024. С. 7-11. (Особистий внесок авторки полягає у розкритті ролі ментального здоров'я у професійній діяльності медичних працівників в умовах системних змін соціуму).

2.9. Унгурян Н.В. Психологічні особливості прояву когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників. *Актуальні питання гіпнозу та сучасної гіпнотерапії у корекції психоемоційних травм, ПТСР та інших психічних розладів: зб. наук. статей за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю* (м. Київ, 11 січня 2025 р.). К., 2025. С. 66-68.

ЗМІСТ

ВСТУП	17
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ КОГНІТИВНОГО ДИСОНАНСУ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	26
1.1. Соціально-психологічні передумови професійної діяльності медичних працівників, як представників кризових професій	26
1.2. Соціально-психологічні особливості прояву механізмів психологічного захисту та стратегій самоопанування у професійній діяльності медичних працівників	55
1.3. Теоретична модель формування конфліктологічної культури медичних працівників на різних етапах їх професіогенезу	69
Висновки до розділу	73
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВІВ КОГНІТИВНОГО ДИСОНАНСУ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	77
2.1. Методичні принципи організації емпіричного дослідження	77
2.2. Соціально-психологічні особливості проявів когнітивного дисонансу в умовах професійної діяльності медичних працівників	82
Висновки до розділу	126
РОЗДІЛ 3. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПОДОЛАННЯ НЕГАТИВНИХ ПРОЯВІВ КОГНІТИВНОГО ДИСОНАНСУ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	131
3.1. Принципи побудови та зміст соціально-психологічної програми формування конфліктологічної культури медичних працівників з метою подолання негативних проявів когнітивного дисонансу в їх	

професійній діяльності	131
3.2. Аналіз результатів формувального етапу дослідження та їх узагальнення	164
Висновки до розділу	172
ВИСНОВКИ	177
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	181

ВСТУП

Актуальність теми дослідження зумовлена нагальністю проблеми когнітивного дисонансу, що можуть супроводжувати професійну діяльність фахівців соціономічного профілю. Зазначена проблема викликає значний теоретичний і практичний інтерес у дослідників різних галузей знань й, у першу чергу, психологів, у працях яких вивчаються когнітивні конфлікти, що виникають в процесі входження в професію та під час активного самовираження фахівця соціономічної галузі. Особливої уваги в цьому векторі потребує професійна діяльність медичних працівників, пов'язана, зокрема, з особливостями проявів, впливу та наслідків у ній когнітивного дисонансу.

Констатовано, що специфіка роботи медичних працівників полягає в постійному перебуванні в умовах високого психологічного навантаження (П. Білецький, Є. Гейко, В. Завацький, В. Рудий-Трипольський, І. Савицький, К. Седих та ін.). Відповідальність за здоров'я людини, необхідність приймати рішення, що впливають на її життя, переживання особистих колізій – все це формує подвійний тиск і вимагає від медичного працівника наявності відповідних особистісних якостей для мінімізації негативного впливу цих чинників. Однією з ключових передумов успішної адаптації та ефективної професійної діяльності є сформована конфліктологічна культура фахівця-медика (О. Бондаренко, Л. Бурлачук, З. Кіреєва, О. Кочарян, Н. Максимова, С. Френкель, І. Шостя та ін.), фундаментом якої є ціннісне ставлення до життя.

Попри наявність поглиблених теоретичних та практичних здобутків, які найбільше представлені у царині загальної, медичної психології, психології праці, та присвячені дослідженню специфіки професійної діяльності фахівців-медиків (О. Бондаренко, Л. Бурлачук, Н. Завацька, К. Максименко та ін.), питанням їх професійних взаємин (Г. Бевз, Н. Бондаренко, С. Максименко, Н. Міщенко та ін.), потребують поглибленого вивчення проблеми впливу індивідуально-психологічних та когнітивно-стильових характеристик медичного працівника на його здатність вирішувати внутрішньоособистісні

конфлікти, а також застосовувати конструктивні копінг-стратегії для подолання когнітивного дисонансу, що знаходить своє відображення у професійній взаємодії. Недостатньо висвітлено й особливості формування та становлення конфліктологічної культури медичних працівників, що також може спричинити небажані особистісні та професійні деформації.

Дослідження цієї проблеми корелює з сучасними запитами до медичних працівників, котрі мають демонструвати не лише високий рівень професіоналізму, а й етичність та відповідальність за наслідки ухвалених рішень, які значно впливають на здоров'я та життя людини.

Актуальність вирішення зазначених питань, їх науково-прикладне та соціальне значення стало визначальним у виборі теми дисертаційного дослідження: *«Соціально-психологічні особливості проявів когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників»*.

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 – когнітивний дисонанс у професійній діяльності медичних працівників.

Предмет дослідження – соціально-психологічні особливості проявів когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників.

Мета дослідження – виявити соціально-психологічні особливості проявів когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретико-методологічний аналіз проблеми когнітивного дисонансу в професійній діяльності медичних працівників.
2. Визначити соціально-психологічні особливості проявів когнітивного дисонансу медичних працівників на різних етапах їх професіогенезу.
3. Провести диференціацію вибірки за продуктивністю подолання негативних проявів когнітивного дисонансу, з урахуванням взаємодії особистісних рис та когнітивно-стильових характеристик респондентів.
4. Виявити специфіку подолання негативних проявів когнітивного дисонансу в залежності від стійкості до стресу медичних працівників та їх ціннісного ставлення до життя.
5. Розробити та апробувати комплексну соціально-психологічну програму формування конфліктологічної культури медичних працівників з метою подолання негативних проявів когнітивного дисонансу в їх професійній діяльності та оцінити її ефективність.

Теоретико-методологічну основу дослідження становили: положення 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.), когнітивного (А. Бек, Дж. Брунер, Є. Гейко, А. Еліс, Н. Сміт, Л. Фестінгер, О. Цільмак та ін.), середовищного (І. Гоян, З. Ковальчук, С. Миронець, У. Михайлишин, М. Орап та ін.) підходів в психології; ідеї системного бачення ролі та місця соціально-психологічних процесів у причинно-наслідкових взаємозв'язках, мінливості розвитку та самоорганізації комплексних систем (В. Барко, С. Гарькавець, Н. Завацька, А. Кононенко, О. Литвиненко, Р. Шевченко, О. Шевяков та ін.); концепції здоров'язбереження людини (П. Білецький І. Бурлакова, В. Завацький, Т. Комар, В. Корнієнко, А. Курова, І. Савицький, А. Турубарова та ін.) та її соціальної підтримки (Г. Бевз, Н. Бондаренко, Н. Міщенко, О. Кононенко та ін.); концепції становлення особистості в процесі соціо- та професіогенезу (Г. Балл, М. Боришевський, Ю. Бохонкова, В. Бочелюк, Ж. Вірна, В. Моляко, Л. Пілецька, Т. Титаренко, Н. Чепелева та ін.); наукові розвідки, що стосуються

психологічних аспектів професійного становлення медичних працівників (Є. Гейко, П. Білецький, Ю. Завацький, С. Максименко, К. Максименко, В. Рудий-Трипольський, С. Френкель та ін.); теоретичні засади формування професійно значущих рис особистості на різних етапах професіогенезу (О. Бондаренко, Н. Пов'якель, Я. Раєвська, О. Саннікова, В. Чернобровкіна, Л. Черновська та ін.), зокрема в процесі фахової підготовки медичних працівників (А. Борисюк, О. Бусло, І. Вітенко, Л. Галієнко, О. Гиріна, Н. Гойда, Є. Горбань, М. Кожанова, Г. Лисенко, Н. Марчук, В. Михальчук, О. Чабан та ін.); теорії формування та корекції рис особистості в процесі активного соціально-психологічного навчання (О. Блискун, В. Волошина, А. Грись, Н. Добровольська, Л. Заграй, О. Лосієвська, Л. Онуфрієва, І. Попович, Я. Раєвська, М. Тоба, Т. Траверсе, С. Яковлева, Т. Яценко та ін.); базові принципи теорії та практики надання психологічної допомоги (О. Бондаренко, Л. Бурлачук, О. Кочарян, С. Кузікова, Н. Максимова, Л. Руденко, О. Сафін, К. Седих, Н. Токарева, О. Фурман та ін.).

Методи дослідження:

– *теоретичні*: теоретико-методологічний аналіз наукових концепцій та поглядів з проблеми дослідження соціально-психологічних особливостей проявів когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників (теоретичне моделювання, методи порівняння, систематизації, узагальнення); наукова інтерпретація і синтез емпіричних даних;

– *емпіричні*: спостереження, бесіда, структуроване інтерв'ю, метод експертної оцінки, модель дискретно-часових ланцюгів (Дж. Кемені, Дж. Снелл), психодіагностичні методики: методика визначення основних типів захисних механізмів особистості (Р. Плутчик), опитувальник діагностики копінг-поведінки (Е. Хейм), 16-факторний особистісний опитувальник (Р. Кеттелл), методики «Вкладені фігури» (Г. Віткін) (полезалежність-полenezалежність) та «Вільне сортування об'єктів» (Р. Гарднер) (діапазон когнітивної еквівалентності), стандартизований метод дослідження особистості

(Л. Собчик), опитувальник стану здоров'я (SF-36) (для оцінювання якості життя);

– *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. У дослідженні взяли участь 205 медичних працівників, які перебували на різних етапах професіоналізації (102 респондента – майбутні медичні фахівці та 103 респондента – медичні працівники з різним стажем професійної діяльності). Дослідження було проведено на базі Донецького національного медичного університету (м. Кропивницький) та Кіровоградської обласної клінічної лікарні. Вибірка формувалася методом репрезентативного моделювання.

Надійність і вірогідність результатів дослідження та сформульованих висновків забезпечено методологічною обґрунтованістю теоретичних положень дослідження; відповідністю методів дослідження його меті та завданням; репрезентативністю вибірки; коректним застосуванням методів математико-статистичної обробки та оцінки експериментальних даних. Про надійність отриманих даних свідчать також стійкість і повторюваність результатів.

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження полягає у тому, що:

– *вперше*: зміст та специфіку професійної діяльності медичних працівників (її морфологічний, аксіологічний, праксеологічний та онтологічний аспекти) *розглянуто* крізь соціально-психологічні особливості проявів, впливу та наслідків у ній когнітивного дисонансу; *визначено* соціально-психологічні особливості проявів когнітивного дисонансу вв професійній діяльності медичних працівників на різних етапах їх професіогенезу та *проведено* диференціацію вибірки за продуктивністю подолання його негативних проявів, з урахуванням взаємодії особистісних рис та когнітивно-стильових

характеристик; *виявлено* взаємозв'язок між застосуванням продуктивних копінг-стратегій у процесі подолання негативних проявів когнітивного дисонансу та стійкістю до стресу медичних працівників, їх ціннісним ставленням до життя (на противагу непродуктивним копінг-стратегіям, що корелюють з професійним стресом, емоційним вигоранням та мають негативний вплив на подолання проявів когнітивного дисонансу, провокуючи внутрішню конфліктність та професійне вигорання медичних працівників загалом).

– *розроблено та доведено* ефективність комплексної соціально-психологічної програми формування конфліктологічної культури медичних працівників з метою подолання негативних проявів когнітивного дисонансу в їх професійній діяльності, реалізованої з позицій суб'єктно-діяльнісного, індивідуально-орієнтованого, когнітивного, середовищного підходів, із задіянням соціально-психологічних технологій особистісної та міжособистісної спрямованості, а також активних соціально-психологічних методів навчання та допомоги;

– *поглиблено та уточнено*: уявлення про соціально-психологічну обумовленість проявів когнітивного дисонансу у професійній діяльності фахівців соціономічного профілю, зокрема медичних працівників;

– *набули подальшого розвитку*: погляди на змістовну специфіку професійної діяльності, особистісні трансформації та особливості когнітивного стилю медичних працівників; підходи до засобів і технологій подолання проявів когнітивного дисонансу в їх професійній діяльності у соціально-психологічному вимірі.

Практичне значення дослідження полягає у можливості застосування методичного інструментарію для вивчення соціально-психологічних проявів когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників; у створенні та апробації комплексної соціально-психологічної програми формування конфліктологічної культури медичних працівників з метою подолання проявів когнітивного дисонансу у їх професійній діяльності.

Отримані дані, разом із задіяними психодіагностичними методиками, засобами корекції та активними соціально-психологічними методами навчання та допомоги, можуть знайти застосування на різних етапах професіогенезу фахівців медичної галузі задля системної інтеграції особистості, емоційної саморегуляції, соціальної адаптації та ефективної професійної взаємодії, а також розширення проактивних поведінкових стратегій.

Результати дослідження **впроваджено** в консультаційну та методичну роботу науково-практичного Центру медико-соціальних та психотехнологій (м. Київ) (довідка № 206/18.02 від 13.03.2025 р.); у науково-методичну роботу Українського Північно-Східного Інституту прикладної та клінічної медицини (м. Суми) (довідка від 15.01.2025 р.); у наукову та навчально-методичну роботу Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля (м. Київ) (довідка № 205/15.04 від 13.03.2025 р.); у консультаційну, інформаційно-методичну та навчально-реабілітаційну роботу Комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради (м. Запоріжжя) (довідка № 01-22/155 від 03.03. 2025 р.); у навчально-методичну та наукову роботу факультету психології та соціальної роботи Одеського національного університету імені І.І. Мечникова (довідка № 104 від 03.03.2025 р.); у наукову та методичну роботу ПВНЗ «Міжнародна академія екології та медицини» (м. Київ) (довідка № 157/ОС від 27.03.2025 р.); у консультаційну діяльність Центру надання правової та психо-соціальної допомоги ВПО (м. Київ) (довідка № 27-09-24Ф від 27.09.2024 р.) і використовуються при викладанні професійно-орієнтованих дисциплін та спецкурсів «Соціальна психологія», «Психологічне консультування», «Психологічна корекція», «Психологія особистості» та ін.

Особистий внесок авторки. Розроблені наукові положення та отримані результати емпіричного дослідження є самостійним внеском авторки у визначення соціально-психологічних особливостей проявів когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників. В опублікованих зі

співавторами праць доробок авторки становить 50%. 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, зокрема на *міжнародних*: III науково-практичній конференції «Актуальні питання соціальної та практичної психології у координатах сучасних парадигм» (Сєверодонецьк, 2015 р.), V науково-практичній конференції молодих учених, аспірантів і студентів «Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри» (Київ, Сєверодонецьк, 2016 р.), XVII науково-практичній конференції «Релігія, релігійність, філософія та гуманітаристика у сучасному інформаційному просторі: національний та інтернаціональний аспекти» (Montreal, 2018), VIII науково-практичній конференції «Лабіринти реальності» (Montreal, 2020), VII науково-практичній конференції «Актуальні питання здоров'язбереження у координатах сучасних парадигм» (Сєверодонецьк, 2021 р.), II науково-практичній онлайн конференції «Цілісний підхід у психології особистості: особливості теорії та практики» (Кропивницький, 2022 р.), семінарах-тренінгах у межах Програми «Справедливість для всіх» Агенції США з міжнародного розвитку (USAID): «Формування резильєнтності (життєстійкості), як особистий ресурс в умовах війни» (Київ, 2023 р.), «Удосконалення комунікативних здібностей: технології розвитку soft skills» (Київ, 2023 р.), «Синергія інтелекту та тіла: науково-педагогічна компетентність» (Київ, 2024 р.), «Психологія професійного мислення: готовність до змін» (Київ, 2024 р.), «Соціально-правовий аналіз булінгу та мобінгу, як найпоширеніших явищ дискримінації в суспільстві» (Київ, 2024 р.); з *міжнародною участю*: Всеукраїнській науково-практичній конференції «Цілісний підхід у психології та соціальній роботі: теорія та практика» (Кропивницький, 2023 р.), Всеукраїнській науково-практичній інтернет-конференції «Актуальні питання гіпнозу та сучасної гіпнотерапії у корекції психоемоційних травм, ПТСР та інших психічних розладів» (Київ,

2025 р.); *всеукраїнських*: I науково-практичній конференції «Актуальні питання відновлення ментального здоров'я у психологічному вимірі» (Київ, 2024 р.); доповідалися та обговорювалися на розширених засіданнях кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля (2015-2025 рр.).

Публікації. Основні положення й висновки дисертаційної роботи представлено у 17 публікаціях авторки, з яких 8 статей у наукових фахових виданнях із психології (з них 7 статей – у наукометричних виданнях, 1 з яких проіндексована у наукометричній базі Scopus), 9 публікацій – у збірниках матеріалів науково-практичних конференцій.

Структура дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел зі 171 найменування (з них 63 – іноземними мовами). Загальний обсяг дисертації викладено на 200 сторінках, із них 180 сторінок основного тексту. Робота містить 10 таблиць на 8 сторінках, 2 рисунки на 2 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ КОГНІТИВНОГО ДИСОНАНСУ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1. Соціально-психологічні передумови професійної діяльності медичних працівників, як представників кризових професій

Проблема вивчення професійної діяльності медичних працівників, діяльність котрих в безпосередньому зв'язку з умовами постійного стресу й порушує питання кризових станів, внутрішніх конфліктів та особистісних стратегій самоопанування, що лежать в основі емоційного вигорання, професійної й особистісної трансформації або, навпаки, стресостійкості та професійного зростання, особливо в умовах серйозних викликів сьогодення (Д.Дулей [160], Р.Каталано [160], Ф.Пеггі [151], К.Рук [160], С.Тайлор [162; 163] та ін). Під впливом внутрішніх конфліктів і неефективних стратегій самоопанування, використовуваних для їхнього розв'язання, у медичних працівників виникає відносно статичний (психофізіологічний) стан психіки з вираженим емоційним вигоранням, що переходить у стійкі особистісні риси та сприяє формуванню професійної й особистісної трансформації (Р.Лазарус [141; 142], К.Левін [143; 144; 145; 146; 147], С.Фолкман [124; 125] та ін.)

Аналіз праць із проблем професійної кризи, професійної та особистісної трансформації особистості (Р.Мос, Дж.Шефер [148] та ін.) дає змогу медичним працівникам від молодшого персонала до лікарів (С.Москалець [51]) виявляти й пояснювати професійні конфлікти та трансформації, що відбуваються у фахівців сьогодні. Однак проблеми внутрішньо-особистісних конфліктів,

кризових станів, зокрема когнітивного дисонансу, професійно-особистісних деформацій у медичних працівників (Л. Пилипчук [61]), представників небезпечних професій, ще недостатньо вивчені. У сучасних дослідженнях немає єдиного підходу до розгляду кризи особистості. У результаті «кризові стани» трактуються неоднозначно. Одні дослідники вважають, що ці стани спричинені професійною діяльністю (О. Назаров, Л. Новицька [52; 53]) пов'язаною зі стресом та екстремальними умовами, інші пов'язують їх з особистісними особливостями [1; 7; 10].

Таким чином, існують різні підходи до пояснення кризових станів, пов'язаних із професійною діяльністю. Зокрема, Р. Мос, Дж. Шефер [148] розглядають кризові стани, які виникають у професійній діяльності, як особистісні та професійні деформації, зумовлені порушенням професійної адаптації особистості, витрачанням функціональних резервів організму в екстремальних умовах діяльності, що спричинені особистісними та професійними деформаціями самої людини (С. Тайлор [162; 163]).

На відміну від вищезазначених учених, С. Тайлор [162] наголошує на пріоритеті внутрішньоособистісних конфліктів у впливі на професійну деформацію особистості та пов'язує обговорюване явище з негативними змінами в соціально-психологічній структурі особистості. Слід зазначити, що питання про структуру професійної деформації особистості досить серйозно вивчено в науковій літературі. У дослідженні Ф. Гейдер [131; 132] виокремлено рівні професійних деформацій особистості (загальнопрофесійні деформації, спеціальні професійні деформації, професійно-типологічні деформації) та їхній зв'язок із внутрішньоособистісними конфліктами. Критерієм виокремлення цих рівнів професійних деформацій особистості є співвідношення особистісних рис і професійної діяльності. О. Бондаренко [5], В. Панок [57, 58], Т. Титаренко [82; 83] та ін стверджують, що професійні та особистісні деформації не є результатом процесів формування особистості, а пов'язані зі зміною її структури, механізмів психологічного захисту та стратегій самоопанування. О. Петрунько, О. Рафіков [59] особливо підкреслюють роль негативних проявів у

структурі особистості та їхній вплив на професійну діяльність. Ці негативні прояви відображаються в поведінковій, емоційній та когнітивній сферах, включно зі свідомими та підсвідомими елементами.

Таким чином, психологічні характеристики особистості, відображені в механізмах психологічного захисту та стратегіях самоопанування індивіда, впливають на умови та зміст професійної діяльності, процес професійного становлення, особистісного розвитку, успішної професійної самореалізації та професійного вигорання (З.Ковальчук, Л.Спицька) [31; 76]. Більшість дослідників пов'язують професійну кризу і професійне вигорання з особливостями діяльності, особливостями найближчого оточення та особистісно-індивідуальними характеристиками професії (Ю.Завацький, В.Шаповалова, Н.Завацька, Є.Волченко, О.Смирнова) [25 та ін.]. Не менш важливою причиною професійної кризи сучасні дослідники вважають вузьку спеціалізацію діяльності.

Дослідження в галузі професійної діяльності (У.Михайлишин, І.Шмидзен, І.Юхименко) [47 та ін.] показують наявність сильних психотравмуючих впливів, які спричиняють високий ступінь психосоматичної та нейропсихологічної захворюваності, суїцидальності, агресивності, збідніння емоційної сфери, недооцінку мотиваційних та моральних цінностей, явища відчуження праці, професійну нестабільність. Згідно із сучасною точкою зору (Ю.Бохонкової, Н.Завацької та ін. [8; 26; 27] стрес стає екстремальним, коли вплив стресору спричиняє в психічній сфері ті самі порушення, що й у фізичній. Тому загальним критерієм діагностики посттравматичного розладу є переживання травмувальної події, що виходить за рамки досвіду (Л.Грідковець). Л.Грідковець [18] визначає травматичну подію як кризову ситуацію з негативними наслідками, ситуацію, коли життя себе або близької людини перебуває під загрозою. Він трактує це як ситуацію, в якій життя людини перебуває під загрозою. Однак Н.Міщенко [49] зазначає, що універсальною рисою екстремальних ситуацій є парадигма «життя і смерті», яка лежить в їхній основі.

Іншими словами, для представників професії ризику (медичних працівників) ця парадигма є «системою координат» життя, професії та соціальної діяльності. Тому важливо зазначити, що джерелом професійних і особистісних деформацій та когнітивного дисонансу в представників «професій ризику» є професійна діяльність, здійснювана в екстремальних умовах, які виходять за межі повсякденного досвіду та розглядаються в рамках парадигми «життя і смерть» [49].

Дослідження з цієї теми показали, що психічний стан в екстремальних умовах може являти собою негативний досвід, процес смислоутворення (О.Бондарчук, І.Данилюк) [6; 19], а також відсутність адаптивних механізмів саморегуляції та психологічних захисних механізмів [9; 29; 31], що пов'язано з найбільш значущими соціально-психологічними чинниками стану професійно-особистісної деформації та когнітивного дисонансу у представників професій ризику є:

- соціально-психологічні чинники: соціально-специфічний досвід екстремальної професійної діяльності (В.Завацький [22, 24], Л.Спицька [76], Т.Титаренко [82, 83] та ін), його параметри – характер (В.Завацький [22, 24]), інтенсивність (Л.Спицька [76]), сталість-періодичність (Т.Титаренко [82]), тривалість (М. Корольчук, С. Миронець, О. Тімченко [34]), міжособистісна стабільність контакту (В.Крайнюк [37], О.Марковець [42]);

- соціально-сімейні детермінанти (У. Михайлишин, І. Шмідзен, І. Юхименко [47]);

- професійні детермінанти (В.Бочелюк [45; 74]); тривалість професійної діяльності та спеціальної професійної освіти (О. Петрунько, О. Рафіков [59]).

Соціально-специфічний досвід екстремальної професійної діяльності визначається особливостями психічної діяльності представників професій ризику, а також ролями, нормами, правилами, цінностями та символами, що утверджують, регулюють та орієнтують поведінку представників цих професій.

Професійна діяльність медичних працівників пов'язана з порятунком людей від смерті, і вибір параметра «смерть-життя» безпосередньо залежить від

їхньої активності та професійних навичок (В.Бочелюк [45; 74], А.Журба [22], В.Завацький [22], У.Михайлишин [47]).

Таким чином, характер соціально-специфічних переживань як параметрів відображає прямий і непрямий вплив умов екстремальної професійної діяльності (В.Романюк, О.Склень [70; 72]). Прямий характер впливу екстремальної професійної діяльності відповідає солдатам і пожежникам, непрямий – рятувальникам і медичним працівникам. Інтенсивність переживання екстремальної професійної діяльності є чинником патогенності екстремальної професійної діяльності та інтенсивності екстремального впливу (В.Завацький [24]). Максимальною інтенсивністю характеризується досвід участі в бойових діях (військовослужбовці), а середній ступінь відповідає групам пожежників, рятувальників і медичних працівників (А.Кушнерьова, М.Удод [38; 87]). Періодичність і сталість впливу екстремальних умов професійної діяльності відображає тривалість впливу екстремальних умов (Л.Пилипчук [61]). У військовослужбовців такий вплив, тобто досвід участі в бойових діях, має циклічний характер. У пожежників, рятувальників і медичних працівників він має постійний характер (О.Кокун, Н.Агаєв, І.Пішко, Н.Лозінська, В.Остапчук [33]). Серед пожежників, рятувальників і медичних працівників міжособистісні контакти в екстремальних видах професійної діяльності вирізняються високою стійкістю. Їхня професійна діяльність і спілкування протікають у сформованих колективах (Л.Пилипчук [61]). У випадку з військовослужбовцями міжособистісний професійний контакт в екстремальних умовах не є стабільним, оскільки група постійно змінюється.

Виходячи з розглянутого підходу до вивчення цієї проблеми (П.Білецький, Н.Завацька, І.Жигаренко, М.Тоба [3 та ін.]), важливо пояснити особливості її прояву на психологічному та соціально-психологічному рівні в окремих людей: розвиток надмірного контролю над власною поведінкою (поширення контролю на всі сфери життя, втрата спонтанності); трансформація психічних характеристик особистості (психічних процесів, станів, характеристик, властивостей); трансформація структури особистості, зокрема свідомих і

підсвідомих, а також її підсвідомого характеру; трансформація структури особистості, зокрема свідомості та підсвідомості; трансформація структури особистості, зокрема підсвідомого Вивчення емоційного (професійного) вигорання посідає особливе місце серед феноменів професійної кризи (М.Корольчук, С.Миронець, О.Тімченко [34 та ін.]).

Професійно-особистісна деформація представників професій, у яких діяльність здійснюється в умовах постійного стресу, – це індивідуальна психічна характеристика, яка формується під впливом умов і змісту екстремальної професійної діяльності та заслуговує на увагу, коли джерело її впливу пов'язано зі смертю, загрозою смерті та загрозою фізичному й особистісному благополуччю [81; 82; 83].

Проявом професійно-особистісної деформації є психічне (психофізіологічне) емоційне вигорання, що трансформується у стійкі особистісні риси та сприяє виникненню внутрішньоособистісного конфлікту [88; 89; 90]. Емоційне вигорання є адекватною реакцією на ситуації екстремальної професійної діяльності, а також на процес розв'язання внутрішніх конфліктів, подолання станів когнітивного дисонансу та використання невдалих копінг-стратегій, що включають емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження особистісних досягнень [100; 101].

Дослідники в галузі професійної діяльності в екстремальних стресових ситуаціях (Ю.Завацький, І.Бурлакова, Є.Гейко, О.Заверуха, Н.Завацька [66 та ін.], В.Крайнюк [37], Т.Титаренко [82]) та ін. встановили, що екстремальний професіоналізм у сфері професійної діяльності у стресових ситуаціях звертає увагу на високу поширеність психосоматичних і психоневротичних розладів, професійних та особистісних деформацій у вигляді агресії, зміни мотиваційних і моральних цінностей, феномену трудового відчуження та десоціалізації. Згідно з сучасними поглядами (Л.Карамушка [28; 29], З.Ковальчук [31]), стрес є екстремальним, коли вплив стресору призводить до психічних порушень, подібних до фізичних [34].

Спільним істотним критерієм для діагностики посттравматичного розладу є факт переживання індивідом травматичної події, що виходить за рамки нормального людського досвіду і травмує психіку практично будь-якої здорової людини (М.Удод [87]). Інакше кажучи, кризові ситуації характеризуються потужними негативними наслідками та загрозою життю для себе або близьких людей, порушують відчуття безпеки та спричиняють травматичний стрес (Л. Пилипчук [61]). На відміну від цих кризових ситуацій, психологічний стрес викликають такі події, як втрата близької людини з природних причин або воєнних дій, хронічна важка хвороба, безробіття, сімейні конфлікти (А. Кушнерьова [38]). Під час теоретичного аналізу літератури з проблеми екстремальних умов і професійної діяльності підставою для виокремлення як причини кризового стану поняття «професійна діяльність в умовах постійного стресу», тобто когнітивного дисонансу, професійної та особистісної деформації, послуговували такі критерії.

Професійна діяльність здійснюється в екстремальних умовах, що виходять за рамки звичайного досвіду (В.Осьодло [56]). Вплив стресових ситуацій, умови постійного психоемоційного напруження, все це є результатом специфіки накопиченого досвіду представників професії в такій ситуації травматичний стрес, що призводить до виникнення професійних та особистісних деформацій (Ю.Шаран [101]).

Даний огляд стану професійної діяльності представників професій, пов'язаних із постійним психоемоційним стресом, можна розглядати, з одного боку, як причину професійної та особистісної деформації, а з іншого - як своєрідний індикатор ціннісного ставлення до життя і професійної діяльності. У цьому дослідженні медичні працівники були взяті як професійна діяльність, що в умовах сьогодення працює в умовах постійного стресу. Психологічні особливості когнітивного дисонансу в професійній діяльності медичних працівників – питання, яке дедалі частіше розглядається в науковій літературі [38; 49; 51; 61]. Найчастіше прояви кризи виникають у процесі адаптації до роботи та позитивної самореалізації. При цьому загострюються

внутрішньоособистісні конфлікти та виникає когнітивний дисонанс у процесі виконання професійних обов'язків.

Робота медичних працівників проходить в умовах стресу [61; 86; 92]. Переживання когнітивного дисонансу та внутрішньоособистісного конфлікту пов'язане з відповідальністю за збереження життя в умовах, що не є сприятливими, вибір стратегії лікування, з ухваленням рішень, що впливають на здоров'я та цілісність й життя пацієнта. Усе це, звісно, створює постійний тиск і потребує особистісних передумов для запобігання негативному впливу цих чинників.

Такими передумовами є сформована професійна культура (як основа професіоналізму) (В.Бочелюк [50], В.Завацький [21], А.Кушнєрьова [38], М.Удод [87]). Особливості підготовки майбутніх медичних працівників, в умовах реформування суспільства, в тому числі й медичної галузі, характерні для сучасного суспільства – духовна криза, зневіра, втрата цінностей, акцент на природничих, а не гуманітарних факторах, – призводять до формування об'єктивного ставлення до пацієнта і практичного ставлення до життя людини [58; 90; 94]. Ми спробували відобразити репрезентованість когнітивного дисонансу в професійній діяльності медичних працівників у теоретичній моделі.

Таким чином, ми уявляємо професійну діяльність медичного працівника як систему із взаємопов'язаними підсистемами. *Перша підсистема* – це особливі умови діяльності медичного працівника і екстремальні чинники, що діють на неї, тобто суб'єкт діяльності, об'єктивний характер діяльності, мало залежний від його регуляторних можливостей, різні ймовірності виникнення – від добре прогнозованих до випадкових, різної інтенсивності та сили, що спричиняють негативні функціональні стани в суб'єкта діяльності, що ускладнюють виконання діяльності, спеціалізовані взаємодії, які характеризуються спілкуванням.

До екстремальних чинників належать: воєнні або екстремальні дії, в яких перебуває суспільство, невизначеність суб'єктивно й об'єктивно значущої

інформації, когнітивний дисонанс, внутрішні конфлікти, професійний стрес, криза, дефіцит часу, значно вищі вимоги до суб'єкта діяльності, значно вищі витрати психічної енергії. Оскільки ці чинники взаємодіють складним і роздільним чином, стрес і перевантаження можуть призводити до стомлення і психічного напруження, підвищуючи ймовірність помилок і неврологічних розладів. Крім того, стресові ситуації та стани когнітивного дисонансу в професійній діяльності медичного працівника чинять негативний вплив і викликають складні кризові ситуації. Стресові стани негативно впливають на функціональний стан суб'єкта і регуляцію його діяльності. Крім того, стани когнітивного дисонансу загалом впливають на ефективність професійної діяльності.

Таким чином, складна трудова діяльність характеризується тим, що в перебігу її виконання досягається одночасно кілька цілей.

Друга підсистема – особистісна і складається з декількох блоків:

1) блок професійно важливих якостей (загальні компетенції для роботи медичного працівника: ціннісне ставлення до життя, моральність (за сформованості таких якостей когнітивний дисонанс виступає як засіб самодіагностики, торуючи шлях до продуктивних копінг-стратегій); високий рівень розвитку спонтанної уваги (здатність виявляти навіть незначні прояви симптомів хвороби); добре розвинена вербально-логічна довготривала пам'ять (здатність вчасно надавати послуги з підтримки здоров'я); добре розвинена вербально-логічна довготривала пам'ять (здатність вчасно надавати допомогу);

2) блок особистісної компетентності (відповідний образ «Я – професіонал», самоконтроль, самооцінка), соціально сприймана компетентність, соціально-психологічна компетентність;

3) мотиваційно-цільовий блок (цілі, мотивація професійної діяльності, професійні досягнення, самореалізація, самовдосконалення). Тут слід відзначити особливості професійної діяльності (професійний стрес) та переживання когнітивного дисонансу через невідповідність професійних очікувань та професійної реальності; мотиви професійного зростання, успіху та

матеріального благополуччя; високі прагнення та самооцінку між несвідомими мотивами (прагнення влади, прагнення слухняності) та ціннісними орієнтаціями;

4) блок професійного досвіду (професійна рефлексія як чинник ефективного використання професійних знань і навичок);

5) блок моральних якостей (професійна гідність, чесноти);

6) блок самоактуалізації та самоефективності, що характеризує когнітивні та координаційні здібності медичних працівників. Високий рівень самоефективності та самоактуалізації характеризується упевненістю в реалізації свого професійного та особистісного потенціалу, високим рівнем відповідальності, самостійністю та емоційною стійкістю в напруженій професійній діяльності.

Особистісні характеристики, що унеможливають бути ефективним у професійній діяльності: безвідповідальність, неухважність, егоїзм, емоційні ексцеси, жорстокість, вибагливість, нетерпимість, неухважність, об'єктивність, нікчемне ставлення до життя та пацієнтів, неприйняття себе - все це спричиняє стан когнітивного дисонансу, виходом з якого є непродуктивні стратегії подолання, що призводять до руйнування та професійного вигорання. Акме професіоналізм у медичного працівника та об'єктне ставлення до життя - взаємовиключні явища. Історія вітчизняної медицини дає безліч прикладів, які свідчать про об'єктивність цієї позиції.

У процесі аналізу найважливіших понять, що становлять тезаурус дослідження, було визначено їхнє смислове навантаження. Поняття когнітивного дисонансу традиційно розглядають як переживання дискомфорту, що виникає внаслідок поведінки, яка суперечить переконанням [122; 123]. Внутрішні проблеми, тобто внутрішньоособистісні конфлікти, як правило, можуть бути розв'язані шляхом зміни переконань та інтерпретацій [112; 113, 134; 135]. Згідно з теоретичним аналізом наукової літератури, вивчення внутрішньоособистісного конфлікту як стану особистості набуло досить широкого поширення як у психології особистості, так і в психології праці.

Концептуальні аспекти внутрішньоособистісного конфлікту, зумовленого взаємодією особистості та професії, перебувають у контексті теорій професійного розвитку (Н.Завацька [44; 45; 50], Л.Пілецька [60] та ін.) та аналізу внутрішньоособистісного конфлікту (наприклад, А. Адлер [109; 110], К. Левін [143; 144], К. Роджерс [159], З. Фрейд [128; 129; 130], К. Хорні [134; 135]). Про це свідчать дослідження психологів у галузі вивчення внутрішньоособистісних суперечностей, зумовлених взаємодією особистості та професії, є предметом психологічних досліджень (В.Бочелюка [45], В.Завацького [24] та ін.).

Згідно з матеріалами наукових психологічних досліджень, внутрішньоособистісний конфлікт пов'язаний із розв'язанням внутрішньої суперечності між актуальною та потенційною формами існування, між потребами особистості та зовнішніми умовами життя, між духовними потребами особистості, що постійно зростають, та старими формами діяльності, між новими вимогами професійної діяльності та недостатністю особистості. Він пов'язаний із розв'язанням внутрішньої суперечності між новими вимогами професійної діяльності та недостатніми навичками й уміннями особистості. Особистісні конфлікти мають особливе значення в соціально-економічних типах професій.

Суб'єктивний характер суб'єкта й об'єкта професійної діяльності, внутрішній характер засобів і результатів праці в даному типі професії зумовлює внутрішню суперечливість самої професії і є однією з важливих причин виникнення і прояву внутрішньоособистісних конфліктів у професійній діяльності. Внутрішня суперечливість професії медичного працівника і специфічні вимоги до особистості медичного працівника зумовлюють високий ступінь внутрішньоособистісних конфліктів, пов'язаних із професійною діяльністю медичного працівника. Водночас відомості про особливості прояву і подолання внутрішньоособистісних конфліктів, пов'язаних із професійною діяльністю медичного працівника, дані про чинники, що визначають їхній розвиток, відомості про стратегії та методи конструктивного подолання мають

фрагментарний характер і перешкоджають розробленню психологічних прийомів їхнього розв'язання.

З цієї точки зору дослідження особливостей виникнення, прояву та можливого конструктивного подолання внутрішньоособистісних конфліктів у професійному просторі медичних працівників має як наукове, так і практичне значення. Проаналізувавши основні напрями дослідження внутрішньоособистісного конфлікту в психоаналітичних, когнітивних і гуманістичних розробках, можна виявити сутність внутрішньоособистісного конфлікту.

Під внутрішньоособистісним конфліктом розуміють стосунки між біологічними імпульсами і бажаннями людини та соціокультурними нормами, між несвідомим і свідомістю (З. Фрейд) [130], між знанням і свідомістю (З. Фрейд) [129], між знанням і дією чи розбіжністю між двома типами знання (Л. Фестінгер [122; 123]), між прагненнями, бажанням та дією (Л. Фестінгер [123]), між прагненням до успіху і прагненням запобігти невдачі (А.Адлер [109, 102]), між прагненням до самореалізації та реальними результатами (І.Булах) [9], а також між «реальним я» та «ідеальним я» (К. Роджерс) [159]. Проблему внутрішнього конфлікту часто розглядають як проблему внутрішньоособистісних суперечностей, що визначають розвиток особистості. Цей підхід найбільш розроблений у роботах М.Корольчук, С. Миронець, О.Тімченко [34 та ін.].

З погляду патопсихологічного підходу проблему внутрішньоособистісного конфлікту розглядають [117; 118; 124]. Внутрішньоособистісний конфлікт – це зіткнення суперечливих, заснованих на досвіді психологічних зв'язків (установок). Згідно з теорією В.Осьодло [56], зміст і сутність внутрішньоособистісного конфлікту визначається суперечливою взаємодією смислотворчих мотивів особистості. На думку У. Михайлишин, І. Шмідзен, І. Юхименко [47], внутрішньоособистісний конфлікт постає як результат зрілої суперечності, тобто «прогресивного перелому» в саморегуляції особистості, що є можливістю перебудови раніше сформованих структур діяльності; на думку

Є.Гейко, внутрішньоособистісний конфлікт – це специфічна тенденція в самосприйнятті особистості [14; 15; 17].

На думку В.Турбан, внутрішньоособистісний конфлікт – це специфічна тенденція в самосприйнятті особистості [85]. Внутрішній конфлікт – це один з етапів розвитку внутрішньоособистісної суперечності як суб'єктивного переживання суперечності певних тенденцій (оцінок, прагнень, установок, інтересів) у самосприйнятті особистості, що взаємодіють та змінюються в процесі їхнього розвитку; внутрішній конфлікт – це розпад між різними ціннісно-смысловими утвореннями в мотиваційній сфері особистості, стан суперечності, частина якої відображає необхідність досягнення значущих для особистості цілей, а частина – реальну можливість такого досягнення.

Походження і сутність особистісних конфліктів пов'язані з порушенням змістовних стосунків між свідомістю й особистістю (Т.Ткачук [84], Г.Чернишук [100]), порушенням ідентичності особистості зі значущим оточенням (О.Уваркіна [86]), неможливістю досягнення певних психологічних станів, пов'язаних із реалізацією надзначущого (Л.Гридковець [18]). Велику увагу дослідники приділяють вивченню впливу умов праці на виникнення і прояв внутрішньоособистісних конфліктів. Багато вчених стверджують, що емоційно-стресові стани, викликані важкими ситуаціями, можуть стати першим поштовхом до виникнення внутрішньоособистісного конфлікту (Є.Гейко [17]).

Інші автори припускають, що внутрішньоособистісні конфлікти є не наслідком, а джерелом екстремальних станів особистості. Так, П.Білецький [4] вважає внутрішній смисловий конфлікт джерелом кризових ситуацій, а О.Бондаренко [5] вважає, що суперечливі тенденції в потребомотиваційній сфері (між провідною мотивацією і цілепокладанням) спричиняють вираженість екстремальних станів. На основі теоретичного аналізу витоків і природи внутрішньоособистісного конфлікту можна виокремити такі особливості: – внутрішньоособистісний конфлікт виникає внаслідок взаємодії елементів внутрішньої структури особистості. Учасники

внутрішньоособистісного конфлікту мають різноспрямовані та суперечливі інтереси, цілі, мотиви та бажання одночасно в структурі особистості.

Таким чином, внутрішньоособистісний конфлікт – це внутрішня суперечність, яку людина сприймає й емоційно переживає як серйозну психологічну проблему, що потребує розв'язання і викликає внутрішню роботу свідомості, спрямовану на її подолання. Різні життєві та професійні ситуації також зумовлені різноманітними внутрішньо-особистісними конфліктами: конфлікти потреб, конфлікти між потребами та соціальними нормами, конфлікти між соціальними нормами (Л.Карамушка [28; 29], Л.Орбан-Лембрик [55], В.Панок [57; 58]); мотивація і конфлікт (О.Марковець [42], С.Москалець [51]); мотиваційні та моральні конфлікти, конфлікти незадоволених потреб і неповноцінності, рольові конфлікти, конфлікти пристосування, конфлікти неадекватної самооцінки, невротичні конфлікти (І.Булах [9]). Низька самооцінка, сприйняття свого стану як психологічного глухого кута, відтерміноване ухвалення рішень, глибокі сумніви щодо істинності принципів, якими людина керувалася раніше, психоемоційне напруження, часті та значущі негативні переживання, зниження якості та інтенсивності діяльності, зниження задоволеності діяльністю, негативне емоційне тло у спілкуванні до них відносяться.

Вивчаючи причини внутрішньоособистісних конфліктів у професійній діяльності, дослідники виокремлюють: суперечність між стійкими особистісними якостями людини, з одного боку, та об'єктивними нормативними вимогами діяльності та суспільства – з іншого (С.Миронець [46], О.Назаров [52]); негативну оцінку роботи особистості з боку керівників і важливість думки колективу; особистісні мотиви, конфлікт між вимогами до себе та реальними можливостями (Л.Карамушка [28]); невідповідність професійних вимог та можливостей суб'єкта, що працює (С. Максименко [40]; розбіжності між реальним та ідеальним образами в професійній «Я-концепції» (Л. Карамушка [29], О. Раковчена [29]), небажання суб'єкта, який працює, приймати складні та суперечливі умови діяльності, що створюються

субординацією (О. Назаров, Н.Оніщенко, В.Садковий, О.Садковий, О.Склень, О.Тімченко [52]), суперечність між претензіями на високий рівень та усвідомленням того, що належна професійна діяльність є суперечливою між сприйняттям неможливості (Л.Карамушка) і т. ін.

Таким чином, внутрішньоособистісні конфлікти проявляються як суперечності, що виникають за наявності приблизно однакових за інтенсивністю та значущістю, але різних за спрямованістю інтересів, потреб та особистісних імпульсів; К. Левін [147] виокремлює мотиваційні конфлікти, що розвиваються як боротьба між суперечливими потребами, які реалізуються одночасно:

- 1) «тип підходу конфлікт наближення» – необхідність одночасного вибору між привабливими, але взаємовиключними альтернативами;
- 2) «тип уникнення-уникнення» – необхідність вибору між двома непривабливими можливостями;
- 3) «тип наближення-уникнення» – мета приваблива, але водночас неприваблива).

Крім того, вчені визначили когнітивні конфлікти, пов'язані з несумісними ідеями. Коли процес когнітивного дисонансу зачіпає важливі для особистості переконання і вимагає вибору між двома альтернативами, дисонанс переживається як серйозна психологічна проблема, і такі конфлікти необхідно пом'якшити або подолати. У більшості випадків когнітивний конфлікт – це дисонанс між знанням про рішення і невпевненістю в його правильності З. Фрейд. Фрейд одним із перших описав психологічну природу когнітивного конфлікту [130]. Згідно з його психоаналітичною теорією, психологічні бар'єри і тривоги впливають на особистісний розвиток і самореалізацію людини і виступають як непереборні перешкоди. Блокувальні чинники самі по собі викликають тривогу і відчай та пригнічують бажання.

Згідно з психоаналітичною традицією, тривога – це функція его, що попереджає людину про загрози, які необхідно або подолати, або уникнути.

Три типи тривоги (реалістична, невротична і моральна) можуть бути подолані двома способами.

Перший спосіб розв'язання проблеми – це подолання перешкод, взаємодія з проблемою та зменшення її впливу. Другий спосіб – використання захистів, які пов'язані зі спотвореннями та відокремленням від подібних ситуацій. Згідно з Фрейдом, психологічний захист – це загальне визначення всіх прийомів, які люди використовують у процесі переживання конфлікту, що може призвести до неврозу [128; 129]. Використання захисних механізмів (наприклад, самоконтролю, заперечення, проєкції) повинно призвести до виходу з когнітивного дисонансу та досягнення гармонії, тобто несуперечливості та цілісності внутрішнього світу та зняття тривоги й напруження

У психоаналітичних теоріях А. Адлера [109; 110], К. Хорні [134; 135] внутрішньоособистісний конфлікт – це також проблема психологічних бар'єрів. Багато авторів цих концепцій формують поняття психологічних бар'єрів через конфлікт між несвідомим і свідомим: на думку А. Адлера, наступним за значущістю в людській природі після особистісної єдності є прагнення індивіда до успіху, що пов'язане з почуттям неповноцінності [109]. Саме це почуття неповноцінності потребує легкої компенсації та особливого задоволення, водночас збільшуючи бар'єри, що перешкоджають успіху. У гуманістичній психології неминучість конфлікту заперечується, а людина не розглядається як егоїстична та руйнівна за своєю природою.

Тому К. Роджерс [159] виокремлює не тільки психологічні бар'єри, зумовлені індивідуальним досвідом, а й бар'єри спілкування. Інакше кажучи, саме через взаємодію з іншими людьми може бути виявлено і розкрито «Я». Особистість стає видимою для себе через стосунки з іншими; згідно з Е. Берном, особистість – це жива енергетична система, напруження якої викликані бажаннями [117; 118]. Інакше кажучи, напруга виступає як бар'єр, який людина може подолати, задовольняючи всі свої потреби, не вступаючи в конфлікт із собою, іншими людьми або навколишнім світом. Незбалансована енергія (напруга) може бути фізичною або психічною. Психічне напруження

проявляється в занепокоєнні та тривозі. На когнітивному рівні для зняття напруги необхідно відновити баланс. Це пов'язано з тим, що людина як енергетична система завжди прагне досягти стану рівноваги [120].

На думку вчених, природа та інші особистості перебувають у конфлікті з особистістю і не дають їй змоги виконати свої бажання зараз. Тому проблема особистості полягає в тому, як знайти найкращий спосіб найменш небезпечної взаємодії з іншими енергетичними системами для задоволення власних бажань. Е. Берн наголошує на важливості конструктивного подолання таких перешкод: «Конструктивно орієнтована енергія спрямована на духовний і матеріальний прогрес.

Духовний розвиток людини залежить від її здатності спрямовувати свої внутрішні сили на досягнення їх найбільш продуктивних цілей [71]. Провідний когнітивний психолог Дж. Келлі трактує особистість як систему індивідуальних конструктів, що сформувалися в результаті минулого досвіду індивіда [138, 139]. Конститутивні концепти – це засоби і способи інтерпретації та розуміння світу [127]. Вони набувають форми біполярних понять («біле – чорне», «раціональний – дурний» тощо), але є особистими творіннями, інтерпретаціями, які індивіди накладають на реальність.

Іншими словами, конститутивні поняття – це рудиментарні одиниці нашого сприйняття і мислення, які перетворюють об'єктивну інформацію на суб'єктивні інтерпретації [127]. Однак конститутивна система людини не завжди дає їй змогу передбачати події та контролювати свою поведінку; Дж. Келлі [139] називає відчуття того, що реальність перебуває поза межами її особистої конститутивної системи, тривогою, що супроводжується відчуттям невизначеності та безпорадності.

Іншими словами, на думку Дж.Келлі, бар'єр виникає, коли особистість усвідомлює, що в неї немає відповідних конститутивних понять для інтерпретації життєвих подій. Усе це призводить до виникнення внутрішньоособистісного конфлікту [138; 139].

У межах генетичної психології також існують концепції, що пояснюють природу внутрішньоособистісного конфлікту. Так, А.-П. Пере-Клермон [153; 154; 155] у своїх наукових працях розкриває особливості соціальної взаємодії в діяльності індивідів. Основну причину когнітивного розвитку та когнітивних конфліктів дослідник вбачає у формах взаємодії, що гарантують зіткнення індивідів із різними поглядами на розв'язання проблем.

У результаті в осіб з'являється можливість порівняти свою позицію з позицією інших, і в процесі такого обміну рішеннями виникає «соціально-когнітивний конфлікт». Необхідність їх вирішення і спільний пошук єдиного рішення дають змогу координувати різні точки зору, що веде до розвитку інтелекту. Конфронтаційний характер соціальної взаємодії надає можливість наслідувати інших (і тим самим вступати в конфлікт із власними способами дії), що часто є необхідною умовою для координації власних поглядів із поглядами інших і для співпраці загалом [154; 155].

Власне поняття «соціально-когнітивний конфлікт» було запроваджено А.-П. Пере-Клермон [155] і являє собою когнітивний бар'єр, спричинений соціальною взаємодією. Вплив цього бар'єра має особливе значення не тільки з погляду змін у когнітивній структурі індивіда, а й у розвитку особистості загалом.

Таким чином, когнітивні бар'єри, що спричиняють когнітивні конфлікти, – це психологічні ускладнення, що виникають у процесі опанування спеціалізованої діяльності, відображаються у свідомості індивіда та заважають встановленню смислової відповідності між свідомістю та об'єктивними умовами і способами діяльності. Психологічними механізмами когнітивних бар'єрів є відображення перешкод, що виникають, сприйняття деструктивних впливів на процеси і результати діяльності, переживання переривання діяльності та реалізація внутрішніх ресурсів для подолання внутрішньо-особистісних конфліктів [2; 11; 36].

Когнітивні бар'єри суттєво впливають на формування структурних компонентів професійної діяльності: мотивацію, професійні завдання,

професійну поведінку, управління та оцінку діяльності [42; 61]. Ефективність професійної діяльності залежить від особливостей подолання когнітивних бар'єрів, яке відбувається за допомогою двох принципово різних стратегій: конструктивної та деструктивної [152].

Відповідно до соціально-психологічної теорії когнітивного дисонансу Л. Фестінгера [123], це явище являє собою стан, за якого особистість усвідомлює, що вона діє або діяла всупереч своїм настановам і переконанням без суттєвих на те підстав, а також коли особистісний смисл загальної діяльності або конкретної поведінки є незрозумілим або неприйнятним [122]. Згідно з положеннями цієї теорії, з можливих варіантів інтерпретації й оцінки однієї й тієї самої ситуації та своєї поведінки в ній суб'єкт обирає той, що спричиняє меншу тривогу та докори сумління.

З огляду на викладене вище, когнітивний дисонанс можна розглядати як суперечність між двома або більше когніціями: згідно з Л. Фестінгером, когніції – це знання, думки і переконання про навколишнє середовище, себе і свою поведінку [123]. Дисонанс, як уже говорилося, переживається індивідами як неприємний стан. Особи прагнуть усунути його та відновити внутрішню когнітивну гармонію. Це прагнення є рушійною силою поведінки та ставлення людини до світу.

Таким чином, стан між пізнанням А і пізнанням В виникає тоді, коли з пізнання А випливає не В, а стан гармонії між А і В існує тоді, коли з А випливає В. Наприклад, повна людина хоче схуднути і вирішує сісти на дієту (пізнання А), але вона не може відмовити собі в солодощах і цукерках (пізнання Б). Особистість, яка хоче схуднути, не повинна їсти солодощі. Тут і виникає дисонанс. Виникнення дисонансу мотивує особистість зменшити або усунути його.

Для цього, на думку Л. Фестінгера, є три варіанти: змінити одну з когніцій (перестати їсти солодощі або перестати сидіти на дієті); знизити значущість когніцій, які входять до дисонансних стосунків (зайва вага або жир роблять людей привабливішими, а не менш привабливими, або вирішити, що солодка

їжа не впливає на процес набору ваги); додавання нових когніцій (наприклад, солодка їжа збільшує вагу, але сприяє психічній привабливості: наприклад, солодка їжа збільшує вагу, але сприяє розумовій активності, покращує життя та дає відчуття добробуту) [122].

Когнітивний дисонанс необхідно зменшити, що призводить до зміни ставлення і, зрештою, поведінки. Когнітивний дисонанс має такі характеристики. Виникає в поведінкових ситуаціях, які суперечать ціннісному ставленню особистості до будь-чого (відношенческий дисонанс). Коли особистість добровільно, без примусу, погоджується зробити щось, що певною мірою не відповідає її переконанням або думкам, і для такої поведінки немає зовнішнього виправдання, переконання або думки згодом змінюються, щоб більшою мірою відповідати поведінці. Особистості можуть стати менш моральними, якщо внаслідок такої поведінки в них не сформувалися сильні моральні переконання [122].

Інший ефект – виникнення дисонансу після прийняття важких рішень. Важкі рішення ухвалюються, коли привабливість варіантів, які необхідно обрати, близька. Особистість відчуває когнітивний дисонанс, який є результатом суперечності: з одного боку, обраний варіант має певні недоліки, негативні риси, з іншого боку, неприйнятий варіант має позитивні сторони. Прийняте частково погане. Те, що було відкинуто, частково добре.

Згідно з результатами наукових досліджень, унаслідок ухвалення таких рішень (з плином часу) суб'єктивна привабливість обраного варіанта збільшується, а суб'єктивна привабливість відкинутого варіанта зменшується. Таким чином, особистість долає когнітивний дисонанс. Особистість переконується, що обраний варіант не просто трохи кращий, а значно кращий, наче альтернативи були б рознесені.

Психологічні характеристики когнітивного дисонансу, його причини та вплив на особистісний розвиток і професійну діяльність медичних працівників потребують пояснення у зв'язку з проблемою професійного стресу, який відчувають власне фахівці [13; 20; 30; 61].

Загалом соціально-психологічні та економічні «витрати» професійного стресу серед медичних працівників дуже високі [29]. Наприклад, у Великій Британії 40% випадків інвалідності серед лікарів пов'язані з емоційним стресом; за даними [152; 161; 169], медичні працівники часто мають високий рівень тривожності та клінічно вираженої депресії, у деяких випадках навіть вищий, ніж їхні клієнти. Опитування виявили хронічну втому, м'язові болі, головні болі, погіршення фізичного стану, порушення сну, дратівливість та агресію у стосунках із пацієнтами [51; 61]. Подібні порушення відзначала А.Кушнірова [38], для лікарів, які працюють у клініках, характерна висока частота стресових станів у вигляді тривоги, астенії та порушень сну. У медичних працівників частіше трапляються професійні та особистісні деформації, використання неадекватних заходів зі зниження стресу (інтенсивне паління, зловживання алкоголем, ворожа поведінка) тощо.

Таким чином, когнітивний дисонанс у медичних працівників – це специфічний стан дискомфорту, що виникає в ситуаціях, коли особистість відчуває невідповідність своїм когнітивним елементам (ідеям, цінностям, думкам тощо). Часто когнітивний дисонанс виникає в ситуаціях ухвалення рішень, коли передбачуваний когнітивний план дій не завжди відповідає уявленням і знанням. Цей дискомфорт спонукає професіоналів зменшити або подолати цей стан. Це відбувається тому, що традиційно особистість прагне узгодженості. Внутрішня конгруентність або узгодженість – це мотивувальний чинник, який спонукає особистість до виконання певних бажань.

Когнітивний дисонанс виникає, коли професіонали не відповідають певним культурним нормам, поточному та минулому досвіду, професійним знанням і вмінням, навички – вимогам професійної діяльності, особистісні характеристики – необхідним професійним якостям. Запобігання або подолання когнітивного дисонансу та когнітивних конфліктів, як правило, можливе через формування ціннісного ставлення до життя та професійної діяльності, розвиток необхідних особистісних ресурсів і поведінкових стратегій [6; 9; 17; 19]. Ще однією важливою причиною внутрішньо-особистісних конфліктів, з якими

стикаються сучасні медичні працівники, є те, що ухвалення рішень часто призводить до помилок, унаслідок яких пацієнти гинуть і страждає їхнє здоров'я [61].

Поза сумнівом, сучасна охорона здоров'я – один із найскладніших видів людської діяльності, що потребує не тільки глибоких професійних знань і відповідних практичних навичок, а й високих духовних якостей і моральних переконань. Протягом багатьох століть до медичного працівника висувалася вимога неприпустимості помилки (законодавчо закріплена ще з часів римського права). Однак медичні працівники припускаються помилок через складність людського організму, постійно стикаються зі складними завданнями та нетиповими патологічними процесами; зрештою, сама медицина не досконала [29; 61].

Проблема, однак, полягає в тому, що саме морально-етичне підґрунтя цієї проблеми уможлиблює її розв'язання. Тому ми вважаємо, що проблема взаємовідносин у системі «медичний працівник-пацієнт» утілена в концепції самоцінності життя, яка, по суті, є ставленням до життя як до фундаментальної цінності, сповненої духовного сенсу [100; 101; 105].

Слід зазначити, що у філософсько-етичних концепціях духовний сенс життя розглядався по-різному (Е.Помиткін [64; 65], М.Савчин [71], Д. Чернілевський [99] та ін). У XIX і XX століттях Україна й медичне співтовариство, сформувало моральне підґрунтя української етики, що розповсюдилося в суспільстві, головним чином, на засадах православного християнства. Таким чином, етичні концепції сформували основний вектор ставлення людини до світу, життя та довкілля. Однак відсутність етики у вчених турбувала провідних науковців того часу: головним завданням етики є всебічне теоретичне вивчення стосунків між особистістю і медициною [79; 107].

Загалом професійні групи медиків свідомо запроваджують філософські та етичні концепції, намагаючись запобігти помилкам у медичній практиці. Історично склалися такі моделі моральної медицини, що ґрунтуються на

етичних позиціях у системі стосунків «лікар-пацієнт»: гіппократівська модель, парацельсіанська модель, алогічна модель, біоетична модель, «технічна» модель, «сакральна» модель, «колегіальна» модель, контрактна модель. Насамкінець слід зазначити, що перелічені вище моделі та медична етика загалом – це спроба сучасного суспільства впровадити етичний кодекс у медичну практику з метою підвищення якості медичної допомоги та збереження в суспільстві шанобливого й довірливого ставлення до медичного працівника – найгуманнішої професії у світі [108].

Таким чином, питання медичної етики, тобто морально-етичного підґрунтя лікарських помилок, є найактуальнішою проблемою сучасного суспільства, але ми вважаємо, що її вирішення можливе етичними, а не правовими засобами. Насамперед, вона має стати предметом дослідження спеціальних етичних комітетів, які існують у всіх медичних спеціальностях і які ухвалюють рішення за фактами лікарських помилок на основі морально-етичних критеріїв, після експертної оцінки.

А саме, проблеми професійної етики, самоствалення та особливості взаємовідносин медичного працівника з колегами й пацієнтами пов'язані з його когнітивними настановами й переконаннями і водночас є підґрунтям для розвитку внутрішньоособистісних конфліктів, що виражаються у професійному вигорянні та професійній деформації особистості загалом [29, 76]. Експериментальні дослідження у медичних установах із медичними сестрами психіатричних, хірургічних, терапевтичних, реанімаційних та інших медичних установ, виникає відчуття «зменшення» емоцій, а у важких випадках може настати емоційний зрив [29; 37; 51].

У випадку з медичним персоналом професійне вигорання проявляється у вигляді деперсоналізації та схильності до негативного і цинічного ставлення до пацієнтів. З'являються дратівливість і конфліктність щодо колег, пацієнтів та їхніх родичів. Зниження особистих досягнень відбивається в зниженні професійної компетентності, цінності власної діяльності та негативному самосприйнятті своєї професії. Самопостереження і самобичування

призводять до низької професійної та особистісної самооцінки, почуття неповноцінності та відсутності інтересу до роботи. Це і є причини когнітивних конфліктів.

Таким чином, відсутність стабільного «Я» ускладнює встановлення нормальних стосунків з іншими людьми, що призводить до плутанини рівнів і ролей у міжособистісних стосунках. Інакше кажучи, особистість не розрізняє два типи стосунків: робочі та функціональні ролі, безособові та інтимні стосунки. Такий стан призводить до надмірних емоційних та особистісних реакцій навіть у тих ситуаціях, коли в цьому немає потреби (найчастіше в професійній діяльності), що своєю чергою призводить до емоційного вигорання. Цікаво, що до третьої групи досліджуваних із низьким, помірним і високим рівнями емоційного вигорання увійшли медсестри, які демонстрували дистанцію у стосунках із колегами та пацієнтами.

Такий механізм психологічного захисту унеможливорює, з одного боку, отримання зворотного зв'язку та соціальної підтримки, а з іншого – морального задоволення від професійної діяльності. Для медичних працівників, які належать до цієї групи, характерні сильний неврологічний і психологічний стрес, низька оцінка особистих досягнень та емоційне виснаження. Вони також мають високий рівень особистісної тривожності, що проявляється у сприйнятті різних ситуацій як травмуючих. Травматичний досвід часто пригнічується, але це не зменшує тривогу.

Тенденція до регресу у важливих міжособистісних стосунках (сім'я, робота) супроводжується зниженням самоприйняття, додержуванням звичних поведінкових стереотипів і загалом зниженням потенційної озброєності для подолання міжособистісних стосунків і міжособистісних конфліктів. А група з нижчим рівнем вигорання характеризується середнім рівнем особистісної тривожності та низьким рівнем реактивної тривожності, що свідчить про наявність у медичних сестер достатніх внутрішніх ресурсів для подолання більшості стресорів, з якими вони стикаються під час виконання своїх професійних обов'язків. Їхню професійну діяльність визнають соціально

значущою, а ставлення до пацієнтів і колег тактовне й шанобливе. Крім того, раціоналізація є ключовим механізмом психологічного захисту і сприяє успішному професійному функціонуванню.

Раціоналізація допомагає знизити емоційний стрес, запобігти порушенням у діяльності та поведінці і зберегти об'єктивну самооцінку. Крім того, колеги та пацієнти відзначають високі моральні якості цієї групи фахівців. Моральність і духовність допомагають долати конфліктні та фруструючі ситуації.

Таким чином, моральність є важливим чинником формування переконань і поглядів людини. З одного боку, вона дає змогу уникнути когнітивних конфліктів, а з іншого (неминуче зіткнення переконань у суперечності з реальністю та нездатність діяти в річищі особистих уявлень) – серйозних конфліктів, які можуть перерости в кризи [6; 10; 15; 19]. Моральні проблеми стосуються і стосунків між пацієнтом і лікарем. Встановлення довіри між медичними працівниками і пацієнтами – найважливіший елемент терапевтичного процесу (А.Кушнєрьова [38], М.Удод [87]).

Крім професійно проведеної операції та інших медичних процедур, необхідна психологічна допомога для поліпшення психологічного і фізичного стану пацієнта [142; 151; 170], допомога і психологічна підтримка для розв'язання емоційних проблем, що виникають під час важких захворювань (Л.Гридковець [18]), а також пошук сенсу життя в мінливих обставинах [116].

Повага до потреб людини передуює особливому ставленню до неї та її життя (ціннісне ставлення). Ціннісне ставлення до життя пацієнта фахівці розглядають як найважливіше особистісне надбання медичного працівника (М.Корольчук, С.Миронець, О.Тімченко [34 та ін.]).

Складна структура установок, у якій виокремлюють когнітивні, афективні та поведінкові компоненти, призводить до можливості розбіжності між знанням про значущість об'єкта та реальним проявом установок у поведінці людини.

Так, поняття «ціннісне ставлення» позначає особистісну значущість матеріальних, соціальних, культурних, моральних та інших явищ, що сприймаються як цінність [14; 15]. Компоненти ціннісного ставлення можна

визначити так: спрямованість особистості (Ю.Бохонкова [8]), ціннісна орієнтація, втілена в особливостях поведінки людини та міжособистісних стосунків (Л.Карамушка [29]), ціннісне ставлення, яке впливає на вираженість поведінкових актів особистості, що здійснюються в типових ситуаціях (В. Бочелюк [50; 74]).

Ціннісні установки, незалежно від того, сприймаються вони чи ні, є регуляторами поведінки, але їхній вплив більш значущий, якщо вони сприймаються. Це пов'язано з тим, що стає можливою зміна таких установок від однієї сфери життя до іншої [67; 68; 69].

Слід зазначити, що «ціннісне ставлення до життя» як наукова категорія не знайшло належного відображення в психології. Глибше розуміння цього поняття склалося у філософсько-методологічних засадах (З.Карпенко [30]. Переоцінка традиційних цінностей, концентрація масової свідомості на утилітарно-побутових цінностях ставлять під сумнів моральні та духовні ідеали гуманізму (М.Савчин [71]), тому, на думку філософів, формування ціннісного ставлення до життя є серйозною проблемою сучасності.

Слід зазначити, що методологи орієнтуються на конкретні світоглядні позиції, які визначають їхнє розуміння цінностей, життя і природи особистості (З.Карпенко [30]), але загального підходу до вивчення ціннісного ставлення до життя поки що не вироблено. Ціннісне і неціннісне ставлення до життя пронизує всі сфери людської діяльності і визначає політичні, економічні, соціокультурні та міжособистісні відносини, вважає З.Карпенко. На її думку, за усталеними тезами про цінність життя часто ховається його знецінення, що полягає в людському егоїзмі, прагматизмі, агресії тощо.

У медичній сфері моральна бідність проявляється в тому, що процес піклування про пацієнтів перетворився на техніку медичних процедур, що сприймається пацієнтами як недбалість, байдужість (А.Кушнерьова [38]). Формування ціннісного ставлення до життя в пацієнтів можливе за умови постановки спрямованості на благо інших в основу професійної мотивації, духовно-моральних цінностей альтруїстичного характеру в структуру ціннісних

орієнтацій і професійно-моральної установки на служіння людству (Е.Помиткін [64; 65]).

У медичній сфері ціннісне ставлення (Л.Пилипчук) до життя пацієнта, його особистості, соціального та побутового середовища повинно лежати в основі професійної діяльності [61]. Водночас слід підкреслити, що, незалежно від соціально-економічної, політичної та культурної ситуації, в якій перебуває суспільство, кожна особистість завжди володіє ядром цінностей, які вважаються істинними або вічними.

Однак іноді зовнішні умови життя особистості можуть гальмувати розвиток духовно-моральних цінностей і перешкоджати вираженню ціннісного ставлення до людського життя. Так вважають О.Шкіренко [104], Ж.Юзвак [107], які стверджують, що сучасна молодь зберігає цінності дружби, любові та сім'ї, які традиційно вважалися духовно-моральними цінностями. Звернення до глибинних духовно-моральних цінностей та реалізація їхнього досвіду можливі завдяки діалогу; З.Карпенко вважає, що діалогічна взаємодія – це своєрідний засіб пробудження внутрішнього діалогу [30].

Таким чином, саме через діалог відбувається моральне самовизначення особистості, що сприяє розвитку ціннісно-мотиваційної сфери [74]. Внутрішній діалог розрізняє голос повсякденного «я» і голос вищого духовного «я». Однак духовне «Я» не усвідомлюється або імпліцитно відчувається особистістю, але навіть якщо воно не усвідомлюється, воно може спрямовувати особистість, якщо ставлення людини до життя не суперечить істинним духовним цінностям. Зазвичай духовне «я» і повсякденне «я» вступають у конфлікт або протиріччя, і в останньому випадку духовне «я» витісняється зі свідомості.

Таким чином, перед медичними працівниками постає завдання усвідомлення реальності власного духовного «Я». Проявами духовного «я» є совість, відповідальність, повага до праці, творчість і любов до людей та життя. Потенційно цінне ставлення до життя як прояв духовного «я» притаманне кожній людині. Духовно-орієнтований діалог, спрямований на підтримку голосу духовного «я», допомагає виявити ціннісне ставлення до інших людей

(пацієнта) і розвинути це ставлення. Серед методологів духовні якості є предметом дослідження Е.Помиткіна [64], М.Савчина [71] та ін.

Таким чином, ціннісне ставлення до життя є професійно важливою характеристикою медичних працівників і пов'язане з уважним, турботливим і співчутливим ставленням до пацієнтів [21; 31; 53]. Однак стереотипи механічної медичної практики, природничо-наукова освіта та ціннісна криза в сучасному суспільстві, з одного боку, перешкоджають розвитку ціннісного ставлення до життя пацієнтів, а з іншого – сприяють виникненню внутрішньоособистісних конфліктів, у тому числі когнітивних [119].

Крім того, слід зазначити, що психологічні (особистісні та соціальні) ресурси сприяють позитивному виходу зі складних особистісних конфліктів і життєвих ситуацій. Серед таких ресурсів [12; 78] – Надія – психологічна категорія, що сприяє життєвому й особистісному зростанню. Рациональна віра – переконаність у тому, що існує безліч можливостей і що необхідно своєчасно ці можливості виявляти. Віра – це раціональна інтерпретація сьогодення. Психічна сила – здатність протистояти спробам зруйнувати надії та переконання і перетворити їх на «голий» оптимізм або ірраціональні переконання Д. Чернілевський [99] вважає особистісними ресурсами для позитивного виходу з особистісного конфлікту такі:

- позитивна готовність до подолання, ставлення до життєвих подій як до можливості набуття особистісного досвіду та росту;
- сила «Я-концепції», відчуття власної гідності, самоповаги, гідності та самодостатності;
- позитивне ставлення до життя.

Руйнування соціальних зв'язків призводить до руйнування внутрішньоособистісної структури особистості та виникнення серйозних внутрішніх конфліктів, що порушують поведінку. Соціальна підтримка в популяції, яка постійно працює в умовах стресу, в екстремальних умовах діяльності (що характерно для медичних працівників), не знижуючи рівня

стресу, може сприяти «переходу» від несприятливих симптомів до сприятливих, або від болю до задоволення.

Таким чином, соціальна підтримка охоплює інституційну підтримку, яку надають державні органи, корпоративну підтримку, пов'язану з професійними і трудовими структурами (адміністративна підтримка, підтримка профспілок), і міжособистісну підтримку, яку надають родичі, колеги і пацієнти. Різновид соціальної підтримки включає в себе соціально-психологічну підтримку (емоційну, інформаційну та функціональну).

Варто зазначити, що соціальна підтримка є зовнішнім ресурсом і залежить від готовності людини до її використання [12; 35; 48]. Водночас здатність шукати та приймати допомогу є внутрішнім ресурсом і залежить від соціальної та психологічної активності людини. Тому соціальна підтримка є важливим ресурсом для збереження психологічної стійкості особистості у важких життєвих ситуаціях і внутрішньоособистісних конфліктах [62; 78; 106].

Важливим ресурсом особистісної стійкості слід вважати також психологічну компетентність особистості [108]. Тобто рівень психологічної грамотності та освіченості в поєднанні із соціальним досвідом сприяє спрямованості процесу адаптації на подолання важких життєвих обставин. Важливою категорією ресурсів особистісної стійкості є стратегії, спрямовані на подолання несприятливих ситуацій, і засновані на них поведінкові моделі, якими необхідно оволодіти медичним працівникам [96; 97; 112].

Підсумовуючи вищесказане, слід зазначити, що когнітивний дисонанс у медичних працівників найчастіше сприймається як негативний стан дискомфорту. Цей стан виникає в ситуаціях, коли особистість відчуває невідповідність своїм ідеям, переконанням, цінностям, думкам тощо [121; 122; 123]. Інакше кажучи, когнітивний дисонанс виникає, коли когнітивна поведінка, яку прогнозують, не завжди збігається (а частіше взагалі не збігається) з думками та знаннями в ситуаціях, що потребують ухвалення рішень. Негативні емоції, спричинені відчуванням дискомфорту, спонукають професіоналів зменшити або подолати цей стан.

Таким чином, внутрішня конформність або конгеніальність веде індивідів до задоволення відповідних потреб. Встановлено, що когнітивний дисонанс спонукає професіоналів вступати в протиріччя з певними культурними нормами, набутим минулим досвідом, професійними знаннями та навичками, вимогами до професійно-трудої діяльності, особистісними характеристиками – необхідними професійними якостями [138; 139; 148; 149].

Психологічна профілактика і корекція негативних наслідків когнітивного дисонансу і когнітивних конфліктів, на загальну думку, можлива через моральне обличчя медичних працівників, формування ціннісного ставлення до життя і професійної діяльності та оптимальний розвиток необхідних особистісних ресурсів і поведінкових стратегій [164; 165].

Когнітивний дисонанс – системний феномен з амбівалентними властивостями. Його можна переживати як самодіагностику системи, що виявляє нові параметри розвитку та її готовність, і як оцінку руйнування системи, яка не може зберегти свою цілісність через вплив чинників, що перешкоджають її потенціалу саморозвитку та самореалізації. Емоції, пов'язані з когнітивним дисонансом, віддзеркалюють місце цінності та смислу в життєвому світі особистості, де приховано боротьбу між двома протилежними тенденціями – прагненням до стабільності, з одного боку, та до змін, з другого. Важливим аспектом професійної діяльності особистості є розгляд її психологічних захистів і стратегій самоопанування як найважливішої умови успіху або невдачі професійної реалізації [88; 91; 134; 135].

1.2. Соціально-психологічні особливості прояву механізмів психологічного захисту та стратегій самоопанування у професійній діяльності медичних працівників

Поняття «психологічний захист» було введено З. Фрейдом [63; 128; 129; 130]. У його психоаналітичній теорії механізми психологічного захисту розглядалися як засіб розв'язання конфліктів між біологічними та соціальними

умовами існування суб'єкта, між свідомим і несвідомим. Ґрунтуючись на феномені опору, вчений ввів поняття «витіснення» як єдиного захисного механізму. На думку З.Фрейда, захисні механізми запускаються почуттям тривоги, і метою цих механізмів є досягнення емоційного благополуччя [130]. Розглянемо деякі з найпоширеніших у психологічній науці визначень психологічного захисту: психічна діяльність, спрямована на добровільне усунення наслідків психологічної травми (Г.Шудлик [105]), деякі випадки ставлення пацієнтів до травмувальних ситуацій та хвороби (О. Уваркіна [86]);

- механізми адаптивної перебудови сприйняття та оцінювання (С.Москалець [51]), які діють у випадках нездатності правильно оцінити тривогу, спричинену зовнішніми або внутрішніми конфліктами, та впоратися зі стресом (О.Назаров [52]);

- способи опрацювання інформації в мозку для блокування загрозової інформації (О.Марковець [42]);

- механізми, що підтримують цілісність свідомості (Є.Гейко [14; 15]);

- механізми, що компенсують психічні недоліки (В. Панок [57; 58]);

- пасивне перенастроювання (В.Романюк [70]);

- реакції в патологічних ситуаціях у пасивних і захисних формах (О. Бондаренко [5]);

- динаміка системи «особистість – ставлення» у випадках конфлікту установок (О.Уваркіна [86]);

- способи вираження викривлених смислів (Г.Шудлик [105]).

Психоаналітичний словник термінів і понять визначає «психологічний захист» як загальний термін. Під цим терміном розуміють активну боротьбу Я проти небезпеки, зазвичай загрози втрати об'єкта любові, любові з боку об'єкта, кастрації або осуду з боку суперєго та пов'язаних із цим неприємних наслідків, під час розвитку та впродовж усього життя. Пригнічені бажання, ідеї або почуття в поєднанні із загрозою реального або уявного покарання намагаються вторгнутися у сферу свідомості [120].

Пригнічувальні емоції, такі як тривога, депресія, сором і провина, є сигнальними впливами, що спонукають відмовитися від бажань і прагнень. Захист діє несвідомо, і особистість не усвідомлює механізмів, які змушують її відмовлятися від небезпечних бажань і прагнень. Захисні механізми можуть руйнувати та спотворювати різні аспекти реальності; у «Психології особистості» за редакцією П.Горностая, Т. Титаренко термін «психологічний захист» визначають як особливу регуляторну систему стійкості особистості, спрямовану на усунення або мінімізацію невпевненості в собі, пов'язаної з конфліктною свідомістю [63]. Функція психологічного захисту тут полягає в тому, щоб усунути ту чи іншу сферу свідомості від негативних і травмувальних переживань.

Таким чином, у питанні про механізми психологічного захисту існує безліч аспектів і висловлюються різні думки [9; 52; 68; 69; 108]. Захисти визначають за різними підставами: форми реагування, способи опрацювання інформації, механізми підтримання цілісності свідомості, способи спрямування енергії лібідо тощо. У їхній класифікації та визначенні їхньої кількості немає єдиної думки. Різні теорії по-різному оцінюють їхню генезу та наслідки [108]. Водночас є спільні моменти, характерні для всіх поглядів. Це існування конфліктних, травматичних і стресових ситуацій та їхнє призначення – зниження емоційного напруження, пов'язаного з конфліктом, і запобігання дезорганізації поведінки, свідомості та духу. Іншими словами, основна смислова структура всіх визначень відповідає психоаналітичному розумінню психологічного захисту [9].

Крім великого розмаїття визначень психологічного захисту, існує й широкий спектр емпірично виявлених феноменів психологічного захисту – від клінічного феномена марення суб'єкта (деякі дослідники схильні розглядати всю шизофренію як систему реактивних психологічних захисних процесів, що реалізують закон смислу) [45; 49] до ситуації допиту в до більш розвинених форм психологічного захисту, таких як захист обвинуваченого [108]; 3. Фрейд докладно зупиняється на специфічних механізмах, які дають змогу зберегти

цілісність особистості під час зіткнення із зовнішньою або внутрішньою загрозою [130].

У небезпечних ситуаціях люди можуть відчувати тривогу, не розуміючи й не усвідомлюючи її причин. Тривогу можна зменшити, або усунувши її, або змінивши ситуацію, або спотворивши сприйняття. Другий спосіб пов'язаний із формуванням психологічних захисних механізмів. Захисні механізми - це специфічні способи взаємодії з реальністю з метою її ігнорування, уникнення або перетворення; А. Адлер вважав, що психологічний захист проявляється в компенсації та надкомпенсації [110].

Згідно з цією теорією, детермінантою розвитку особистості є прагнення до досконалості. Коли особистісні якості не задовольняють це бажання, у людей розвиваються різні форми компенсації. Надкомпенсація є специфічною реакцією на комплекс неповноцінності та виступає як механізм творчості. Однак для суб'єкта важливий не сам процес творчості чи її результати, а досягнення досконалості в такий спосіб. Утворюється замкнене коло, в якому прагнення до досконалості породжує почуття слабкості, яке, своєю чергою, породжує прагнення до досконалості, яке триває нескінченно. Недоліки таких психологічних захистів пом'якшуються тим, що, на думку А.Адлера, прагнення до досконалості може збігатися із соціальними інтересами завдяки гіперкомпенсації, під якою розуміють одностороннє пристосування до життя внаслідок надмірного розвитку певних якостей і здібностей [109].

С. Максименко зазначає, що захисні механізми, використовувані людиною, можуть мати «надмірну силу» [40]. Г.Шудлик підкреслює, що психологічний захист – нормальне явище, що вмикається не тільки за свідомо-несвідомих конфліктів, а й за свідомих конфліктів установок [108]. У вітчизняній психологічній літературі природа психологічного захисту розглядається по-різному [9, 30].

Тривалий час розрізняли захисні процеси та захисні механізми, невротичний психологічний захист і психопатичний захист. На додаток до класичного набору захисних механізмів деякі автори виокремлювали й інші

захисні механізми (звуження, переоцінка, перебільшення, захист від дискомфорту тощо). Поняття психологічного захисту використовували не тільки для пояснення емпірично виявлених феноменів у психотерапевтичній практиці (О.Бондаренко [5]), а й у контексті загальнопсихологічних понять – установок (С.Максименко [40]), стосунків особистості (Л.Карамушка [28]), переживань (Л.Грідковець [18]), самооцінки (І.Данилюк [19]), які були теоретично введені в теоретичну базу.

Крім того, в цей період набули розвитку семіотичне (Ч.Тейлор [79]) і психофізіологічне (В. Панок [57]) трактування захисних механізмів. Психічні реальності, використовувані для пояснення поняття психологічного захисту, також були різноманітні. До них належали як психотична (Т.Яценко [108]), так і нормальна поведінка, спілкування, гіпноз (О.Уваркіна [86]) і сон (В. Романюк [70]).

Психологічний захист також використовується для пояснення причин формування певних станів розуму і свідомості та певних рис особистості; згідно з А.Адлером, ядром захисної поведінки є компенсація [109] в основі захисної поведінки лежить потреба уникнути тривоги; за А.Адлером, ядром захисної поведінки є компенсація.

К.Хорні підкреслює негативні наслідки захисних механізмів. На її думку, захисні механізми проявляються в перенесенні конфліктів на зовнішні ситуації, тоді як захисні механізми полягають в ідеалізації образу «Я» [134, 135]. Дослідники акцентують увагу на внутрішніх конфліктах за наявності захистів, але зазначають, що розбіжність між конфліктними тенденціями в здорових людей набагато менша, ніж у невротиків; М.Еш вважає, що захисти виникають із відчуття самотності та проявляються в автоматичному, несвідомому конформізмі [114]; К.Роджерс передбачає, що несвідомий захист – це несвідомий механізм, який полягає у перенесенні конфліктів на зовнішні ситуації [159]. К.Роджерс припускає, що недирективна теоретична концепція особистості, що ґрунтується на психотехнічній схемі психотерапії, основними

концептуальними компонентами якої є «організм», «феноменальне поле» і «самість» [159].

Концепція «конгруентності» (відповідності) між «Я» і «досвідом» є основоположною в теорії К. Роджерса і визначає функціональний аспект моделі особистості. Невідповідність між «Я» і «досвідом» призводить до того, що індивіди не вводять у свою свідомість досвід, який не відповідає їхнім уявленням про себе. Якщо значущий новий досвід демонструє суперечності та може призвести до усвідомлення, особистість опиняється під загрозою, а «я» заплутується в цих суперечностях і неприйнятному досвіді. Варто зазначити, що в теоретичній конструкції Роджерса поняття конфлікту не існує, і лише емпіричний факт існування конфлікту та тривоги інтерпретується як суперечність між «Я» та «досвідом» [159]. Психологічні захисти виконують функцію підтримання цілісності самості та є джерелом дисгармонії. Теорія не містить інструментів для аналізу конфлікту та різних форм захисної поведінки, пов'язаних із ним.

Підкреслюється функція дезадаптивних психологічних захистів для індивіда та закритий характер захисної системи. Це виявляється в тому, що через психологічні захисти самосприйняття стає дедалі більш невідповідним реальності і, таким чином, сама захисна система продукує захисні реакції для підтримання неправильного «самосприйняття». К.Роджерс стверджує, що всі ці речі є причиною того, що особистість страждає від нестачі самореалізації. Він наголошує, що вони характеризують незрілу особистість.

Автор психологічної еволюційної теорії Р.Плутчек [156] розглядає захисні механізми в контексті еволюційних структур і вважає, що вони походять від емоцій. Згідно з цим трактуванням учених, захисні механізми виникають як поведінкові засоби адаптації, що підвищують шанси організму на виживання [156]. Автори виокремлюють вісім основних адаптивних реакцій, які є прототипами восьми базових емоцій, що в сукупності стають усіма існуючими емоціями. Базові емоції – це страх, гнів, радість, довіра, смуток, огида, передчуття і здивування. Існує зв'язок між емоціями та механізмами

психологічного захисту, причому кожній емоції відповідає один із восьми варіантів психологічного захисту.

Психологічний захист – це послідовне спотворення когнітивних та емоційних компонентів образу реальної ситуації з метою зниження емоційного напруження, що загрожує людині за повного й адекватного відображення дійсності [9; 108]. Психологічний захист знижує надмірно сильні емоційні реакції та підтримує соціально адекватні стосунки. На думку вищезгаданих дослідників, мета психологічного захисту – звільнити особистість від нерегульованих поведінкових імпульсів та амбівалентних почуттів, запобігти усвідомленню небажаного та дистресового змісту, подолати тривогу та напруження або зменшити незадоволеність.

Психологічний захист регулює переживання, прояви та поведінку на основі таких емоцій: регресія – здивування, витіснення – гнів, заперечення – довіра, витіснення – страх, проєкція – огида, компенсація – сум, формування реакції – радість, раціоналізація – очікування [9, 108]. Часте переживання цих емоцій і використання відповідних захистів є підґрунтям для формування специфічних рис особистості (наївність і непослідовність, агресивність, товариськість, невпевненість, сумнів, депресія, товариськість і раціональність відповідно).

Р.Плутчек інтерпретує деякі механізми психологічного захисту в контексті своєї теорії [156]. На його думку, заперечення – це неадекватне визнання явища, переживання або емоції, які, будучи визнаними, спричиняють у людини почуття дистресу. Мета компенсації – знизити інтенсивність почуття смутку й туги, що виникає в ситуаціях реальної втрати або невдачі. Знизити гостроту цих почуттів можна, переключивши увагу з оцінювання й аналізу своїх якостей і досвіду на інші, більш нейтральні або потенційно позитивні якості та навички. Заміщення – це перенесення емоцій на об'єкт, тварину або людину, які, на його думку, менш небезпечні, ніж ті, що спричиняють його гнів. Він визначає раціоналізацію як несвідомий контроль над емоціями та імпульсами з метою спиратися на раціональну інтерпретацію ситуації.

Для вивчення здорової особистості вчені наголошували на відсутності психологічних захистів. Прагнення до самоактуалізації є рушійною силою розвитку особистості. Захист обмежує цей потенціал розвитку [19]; В.Завацький стверджує, що завдання особистості – адаптуватися до динамічного середовища та враховувати його зміни [24]. Він вважає, що невпевненість у собі є основою для виникнення захистів. На його думку, якщо людину часто залякують, вона замикається в собі і тримається подалі від негативних впливів. Захисні механізми, на його думку, – це рефлексивні способи, за допомогою яких особистість реагує на загрозові впливи таким чином, що структура її сутності залишається незмінною [22, 23].

Також немає єдиної думки щодо ролі механізмів психологічного захисту (позитивного чи негативного) у функціонуванні особистості. З.Фрейд [130] і Т. Яценко [108] вважають, що захист виконує негативну функцію. Тобто, на їхню думку, захист контролює свідомість і поведінку суб'єкта і проявляється в неадекватності сприйняття себе та іншого. Аналогічну позицію поділяють і представники гуманістичної психології. Однак існує й протилежна позиція: Р.Плутчек [156] розглядає захисні реакції. Р.Плутчек розглядає захисні механізми як поведінкові засоби адаптації. На даному етапі психологічні захисні механізми не можуть бути віднесені до однієї категорії.

Різні вчені підходять до цього питання з різних точок зору. Так, критеріями класифікації є активність (Н.Завацька, Л.Царенок [44]), полярність (Г.Келлі [139]), ступінь адаптивності (О.Назаров [52]), причина тривоги, спосіб реалізації (Т. Яценко [108]) і функція (З. Фрейд [130]). Т. Яценко пропонує класифікувати захисні механізми за способом реалізації (прямі та непрямі) і ступенем зовнішньої активності (активні та пасивні) [108]. На її думку, наявність об'єктивних причин для виникнення захисту дає змогу розрізняти примусові та самоініційовані захисти, коли зовнішні причини не очевидні.

Також можна уявити два погляди на наслідки різних видів психологічних захистів – позитивний і негативний: на думку Т.Яценко, психологічні захисти мають складну структуру, що може бути представлена такими п'ятьма

категоріями. Перша з них пов'язана зі встановленням характеристик «ідеалізованого Я» суб'єкта; друга – з виявленням механізму психологічного захисту; третя залежить від умовних цінностей суб'єкта; четверта визначається засобами захисту; п'ята – результатами захисту. Усі ці категорії тісно взаємопов'язані й об'єднані ієрархічними залежностями, що дає змогу говорити про систему психологічного захисту.

Природа психологічного захисту функціонує таким чином, що у суб'єкта (свідомо чи несвідомо) складається враження про істинну (і максимальну) або помилкову спрямованість засобів захисту його «Я». Цілі психологічного захисту визначаються, насамперед, очікуванням того, що інші задовольнятимуть потреби та цілі захисту. Такі очікування не виправдовуються суб'єктом, а проявляються у вигляді почуття образи. Захисна система покликана приховувати від суб'єкта й оточення як свої витoki (механізми), так і наслідки. Тому, на думку вчених, можна спостерігати ослаблення почуття образи (як сигналу про вразливість суб'єкта, що захищається) і його трансформацію в інші почуття, що чинять менший вплив на «мене».

Одну з перших спроб класифікувати захисні механізми здійснив З.Фрейд, який спирався на позицію свого батька та власні спостереження. Вчений перелічив такі захисні механізми, як витіснення, регресія, формування реакції, ізоляція, проекція, ворожість до себе та сублімація. На його думку, всі ці механізми, за винятком сублімації, відіграють негативну роль у психічному здоров'ї людини.

Деякі вчені пропонують використовувати як критерій класифікації механізмів їхню полярність. На їхню думку, біполярними механізмами є: заміщення і підміна, формування реакції і заміщення, проекція і заперечення, інтелектуалізація і регресія Т. Яценко вважає, що завдання захисту «Я» може бути інтерпретоване двояко. Перший – збереження і задоволення інфантильних інтересів «Я», другий – забезпечення захисту «Я» в сучасних умовах життя суб'єкта. У зв'язку з цим вона виділила два типи захистів. Це базовий захист і ситуативний (периферичний) захист. Унікальність особистості, на думку

вченого, виражається в системі «умовних цінностей», ієрархія яких вибудовується залежно від сили їхньої значущості для суб'єкта. «Умовні цінності» і периферійні захисти виступають проміжним ланцюгом між базовими захистами та об'єктивною реальністю.

Дослідники зазначають, що захисні механізми, відкриті З.Фрейдом, можуть бути віднесені до проявлених форм периферичних захистів. Базовий захист не піддається жодній класифікації. Він зумовлений несвідомою логікою, яка визначає загальну захисну установку суб'єкта. Т.Яценко класифікує захисні механізми за критеріями успішності. Залежно від того, яка мета досягається – усунення або зниження тривоги, – захисти можна розділити на успішні та неуспішні.

Таким чином, психологічний захист є складним психологічним феноменом і необхідний для опору організму впливу травмувальних чинників. У разі правильного функціонування він здатний запобігти порушенню психічної діяльності та поведінки, причому не тільки в разі конфліктів між свідомим і несвідомим, а й у разі формування усвідомлених психологічних установок. Поряд із проблемою психологічного захисту особистості як несвідомого механізму існує також проблема стратегій упоралося та свідомих зусиль індивіда, спрямованих на зміну ситуації, оволодіння власною поведінкою, своєрідної психічної саморегуляції. Згідно з класичним визначенням Р.Лазаруса [141; 142] та С.Фолкмана [124; 125], «стратегії самоопанування» є «стратегією опанування власними емоціями», С.Фолкмана, «стратегії оволодіння» – це когнітивні та поведінкові зусилля індивіда, спрямовані на подолання специфічних зовнішніх і внутрішніх вимог, що постійно змінюються й оцінюються як такі, що виходять за межі його/її ресурсів або кидають виклик. Спільними термінами, пов'язаними із сутністю поняття «стратегії самоопанування» в різних психологічних теоріях, є «стратегії подолання», «самоконтроль», «подолання», «захист» і «стилі реагування».

При цьому слід зазначити, що поняття «копінг-стратегії» часто трактується як усвідомлений спосіб психічної регуляції, тобто активна поведінкова

стратегія, спрямована на зміну ситуації та задоволення значущих потреб (Р.Лазарус [141; 142], С.Фолкман [124; 125] та ін.). Стратегії оволодіння можуть бути обрані, модифіковані та скориговані індивідом. Психологічний захист, як уже зазначалося, визначається як несвідомий і пасивний механізм, спрямований на зняття психологічного дискомфорту. Сучасні дослідники розглядають психологічний захист як вроджений процес інтрапсихічної адаптації особистості через самозахист, автоматичну адаптацію і підсвідоме опрацювання інформації.

Особистісні методи, копінг-стилі та стратегії подолання розглядаються у зв'язку з процесом розвитку особистості. Інакше кажучи, особистісна трансформація є результатом подолання важких життєвих ситуацій (Н.Завацька, І.Жигаренко, А.Марченко, К.Скрипник, Л.Царенок та ін. [44; 45]). Водночас наголошується, що тільки цілеспрямовані дії, спрямовані на перетворення зовнішнього світу та перебудову власної особистісної структури, можуть призвести до стійких і конструктивних особистісних змін та психологічного благополуччя. Відомо, що чим вищий рівень особистісного розвитку, тим краще особистість справляється з труднощами, що виникають. У процесі особистісного розвитку особистість переживає низку значущих життєвих подій, зокрема травматичних і кризових, які запускають процес адаптації та самореалізації.

Цілісний підхід до вивчення кризи як нормального компонента психологічного розвитку особистості дає змогу виявити етапи, закономірності та механізми її перебігу і визначити, що в більшості випадків стресові події інтегруються в психологічний досвід особистості, не спотворюючи її психологічного розвитку (Є.Гейко [15]). Значимість копінг-ресурсів у процесі формування та використання механізмів самоврядування показано в роботах (Н.Родіна [68, 69] та інші). Дослідники зазначають, що стратегії самоопанування – це адаптивні механізми, які забезпечують продуктивну взаємодію особистості та середовища, тобто самовдосконалення та самореалізацію в суспільстві (Н.Родіна [68; 69]). У зв'язку з цим стратегії

самоопанування дедалі частіше вивчають у контексті проблеми «адаптації до життя» (В.Турбан [85]), часто у зв'язку із соціальною адаптацією, часто пов'язані з вивченням індивідуальних стилів поведінки, стилів і стратегій, які використовує особистість як у скрутних, так і в типових життєвих умовах.

Ще одним важливим аспектом психологічної природи особистісних копінг-стратегій є виокремлення чинників, що впливають на формування особистісних копінг-стратегій. Серед них можна виокремити внутрішні та зовнішні чинники. До внутрішніх чинників належать психофізіологічні та нейродинамічні, особистісні індивідуально-типологічні риси. Зовнішні чинники - це соціальні впливи.

Сьогодні детально вивчаються фізіологічні та нейродинамічні чинники та їхній вплив на швидкість і силу емоційних і поведінкових реакцій. Детально вивчено такі чинники: бар'єри психічної адаптації, сила і слабкість нервової системи, толерантність особистості до впливу стресу. Ці дослідження проводили для оцінювання особливостей професійної придатності, функціонального стану (стомлення, стрес) на робочому місці.

У численних дослідженнях робилися спроби вивчити вплив віку і соціального оточення на механізми подолання стресу (О. Коваленко, Л. Лук'янова, Е. Помиткін, Л. Московець та ін. [65]) Дослідження виявили вікові закономірності в розвитку психологічного копінгу. Перевага прагматичного розв'язання проблем, поряд зі зниженням місця внутрішнього контролю і загального рівня невротизму, є новоутворенням зрілої особистості і, на думку авторів, свідчить про підвищений ступінь адаптивності особистості (В. Романюк [70]). Багато вчених зазначають, що репертуар копінг-стратегій розширюється в міру накопичення життєвого досвіду (P.Fontanarosa, A.Flanagin, R. Golub [126]).

Вікові особливості копінг-стратегій пов'язані з їхньою здатністю контролювати ситуацію. Так, активний психологічний копінг характерний для молодих і зрілих людей, а пасивний – для дітей і людей похилого віку, які ще не набули життєвої сили або вже втратили її, а тому більш залежні від

суспільства. Крім того, було виявлено позитивний зв'язок між соціальною компетентністю дітей та їхньою стійкістю до стресу, причому вибір копінг-стратегій змінюється в процесі дорослішання особистості (О.Назаров [52]). У межах цього питання варто згадати дослідження крос-культурних і гендерно-рольових відмінностей у стратегіях подолання (О.Кокун [33], С.Максименко [39], Н.Родіна [69]).

Було встановлено, що маскулінні та фемінінні способи реагування на стрес, найімовірніше, є результатом соціалізації та стереотипів. Загалом, жінки в кризових ситуаціях схильні бути більш пасивними у своїй адаптації, самоперетворенні, сподіваннях та очікуваннях [36; 42; 54]. Навпаки, чоловікам більш притаманне інструментальне ставлення до світу та бажання його змінити. На відміну від жінок, які часто емоційно реагують на стрес, чоловіки схильні орієнтуватися на активність, фізичну діяльність (О.Склень [72], В.Татенко [78], Ю.Тептюк [81]).

Таким чином, психологічна природа самоконтрольної поведінки особистості взаємопов'язана з ціннісними орієнтаціями і такими рисами характеру, як самооцінка, тип мислення, локус контролю, рівень тривожності, агресивність, активність, оптимізм, відповідальність, здатність брати на себе зобов'язання, схильність до інтенсивних емоційних реакцій і перфекціонізм. (Т.Ткачук [84]). Деякі дослідження були спрямовані на вивчення впливу зовнішніх впливів на особистість. Отримано дані про ситуаційну детермінацію поведінки особистості (наприклад, К. Левін [146]), а ситуації розглядаються як результат позитивних взаємодій між особистістю і середовищем. Загалом зовнішні чинники, що загрожують життю людини, можна класифікувати за різними критеріями, одним із яких є ступінь екстремальності середовища (В.Романюк [70], Ю.Тептюк [81], С.Фолкман [124; 125]). При цьому підкреслюється, що вплив зовнішніх стресорів опосередкований сумою внутрішніх умов (Ю.Шаран [101]). Взаємодія внутрішніх і зовнішніх детермінант в екстремальних природно-кліматичних умовах життя різною мірою впливає на формування копінг-стратегій на кожному віковому етапі

розвитку. Вивчення впливу екстремальних стимулів на характеристики функціонального стану дає змогу виявити як оптимальні, так і екстремальні (граничні) значення в контексті трудової діяльності, тим самим частково розв'язуючи проблеми професійного вигорання і професійної придатності. Деякі види трудової зайнятості можуть впливати на формування та використання механізмів самоопанування.

Різноманітні прийоми, що утворюють стратегії подолання стресу, всі спрямовані на розв'язання проблем у відносно конструктивний спосіб і ґрунтуються на свідомому когнітивному опрацюванні інформації та її емоційній оцінці, не маючи помітних суперечностей [37; 43; 51]. Розглядаючи особистісні механізми саморегуляції, автори звертаються до проблеми саморегуляції, що забезпечує відповідну варіативність і гнучкість життя суб'єкта на будь-якому рівні (Т.Ткачук [84]). Взаємодія особистості з навколишнім світом і її ефективність забезпечуються регуляторними механізмами рівнів активації (енергетичні ресурси) і різноманітних форм поведінки (особистісні психологічні ресурси), які формують особистісний стиль саморегуляції (Н.Родіна [68; 69]). Проблему саморегуляції розглядають у зв'язку з вивченням механізмів контролю над психологічними та фізіологічними станами, поведінкою та діями людини і здатністю довільно керувати своєю мотиваційною сферою (О.Склень [72]).

Підбиваючи підсумок, слід зазначити, що стратегії подолання використовуються людьми в складних кризових ситуаціях [9]. Безумовно, будь-яка кризова ситуація передбачає наявність об'єктивної ситуації та ставлення до неї залежно від її значущості, емоційні та поведінкові реакції різного характеру та інтенсивності. Спільними рисами кризових ситуацій є психічний стрес, значущі переживання як особлива внутрішня робота, спрямована на подолання життєвих подій і травм, зміни в самооцінці та мотивації, а також виражена потреба в їхній зміні та зовнішній психологічній підтримці.

Психологічний копінг – це специфічна змінна, яка залежить щонайменше від двох чинників: особистості (суб'єкта) та актуальної ситуації. Існують різні категорії копінг-стратегій [68; 69]. Найчастіше виділяють такі основні стратегії:

- 1) розв'язання проблем;
 - 2) пошук соціальної підтримки;
 - 3) запобігання й уникнення.
- Фахівці з конфліктів виокремлюють три царини, у яких реалізуються стратегії самоопанування: поведінкову, когнітивну та емоційну. Вони розрізняють адаптивні, відносно адаптивні та неадаптивні типи копінгу, залежно від ступеня адаптивності можливостей. Життєві ситуації та їхні розв'язання істотно змінюються протягом життя особистості, її зрілості та особистісного розвитку.

1.3. Теоретична модель формування конфліктологічної культури медичних працівників на різних етапах їх професіогенезу

Відомо, що для формування характеристик фахівця в тій чи іншій царині, насамперед, необхідно визначити цілі його діяльності. При цьому необхідно розв'язати такі питання, як: яким є зміст формованих характеристик, якими засобами має здійснюватися ця методологічна процедура, яким є зміст поняття «модель», щоб рухатися до цілей формування конфліктологічної культури фахівця? Ці питання можна розв'язати, визначивши компоненти формованої властивості. Для цієї методологічної процедури слід використовувати методи моделювання. Слід зазначити, що цю модель можна розуміти як описовий аналог, що відображає суттєві риси узагальненої моделі конфліктологічної культури медичних працівників. Кожна риса конфліктної культури медичних працівників інтегрована, а професійно важливі особистісні властивості та якості медичних працівників функціонально взаємозалежні.

Як об'єкт формування виступає конфліктологічна культура медичного працівника. Як фундаментальна умова – контекстне професійне середовище. Як психологічний механізм – усвідомлення особистістю необхідності

перетворення свого внутрішнього світу в перебігу його конфліктологічної підготовки в процесі послідовного включення в навчальну, квазіпрофесійну та навчальну професійну діяльність. Як рушійна сила – суперечність між наявним і бажаним рівнем досягнень фахівців у професійній діяльності. Як результат – досвід і вміння конструктивного управління зовнішніми конфліктами і самоуправління внутрішніми конфліктами в різноманітних контекстах, що забезпечують успішне розв’язання різних проблем міжособистісної взаємодії та професійну самореалізацію особистості.

З позицій теорії контекстного аналізу представлені два типи контекстів: внутрішній і зовнішній. Внутрішній являє собою все те, що характеризує особистість як індивіда, особистість та індивідуальність, а все професійне середовище, включно з його просторово-предметним, соціальним (насамперед, комунікативним) і психодидактичним (діяльнісним) компонентами, має бути співвіднесено з контекстом професії та становити зовнішній контекст розвитку особистості фахівця, у такий спосіб створюється професійне середовище контекстного типу.

Під час теоретичного аналізу було встановлено, що формування конфліктологічної компетентності забезпечується в процесі та засобами конфліктологічних дисциплін («Основи конфліктології», «Конфліктологія», «Управління конфліктами в організації» тощо), а формування конфліктологічної культури особистості фахівця передбачає також цілеспрямовану діяльність психологічної служби в процесі консультативної корекційної, розвивальної роботи, що реалізується у формі індивідуальної корекційної роботи [91].

Формування конфліктологічної культури особистості фахівця передбачає також цілеспрямовану діяльність психологічної служби в процесі консультативної корекційної та розвивальної роботи, що реалізується у формі індивідуальних і групових консультацій, спецкурсів, тренінгів.

Теоретичну модель формування конфліктологічної культури медичних працівників на різних етапах їх професіогенезу наведено на рис. 1.1.

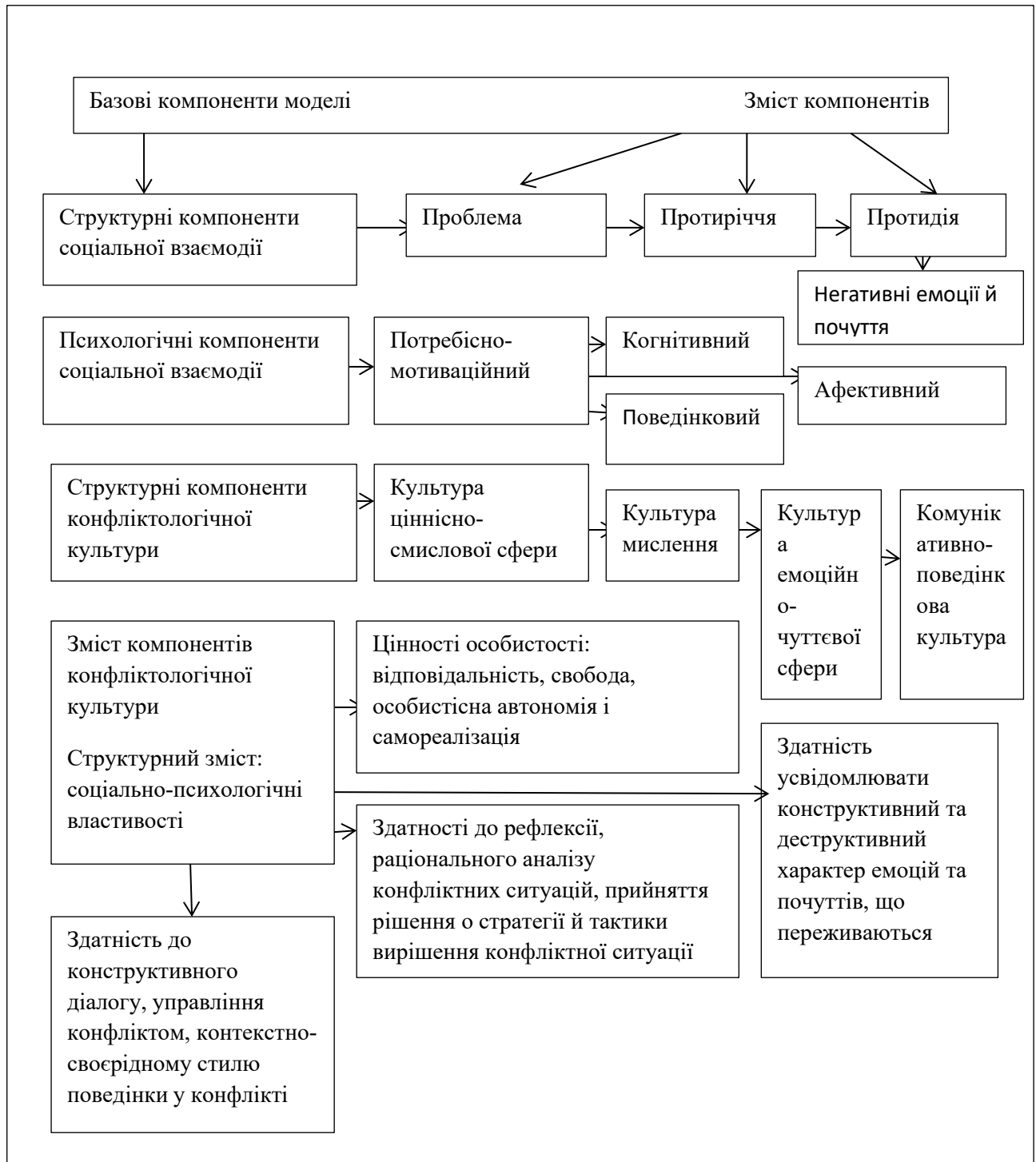


Рис. 1.1. Теоретична модель формування конфліктологічної культури медичних працівників на різних етапах їх професіогенезу

Психологічними механізмами та умовами розвитку конфліктологічної культури особистості медичних працівників виступають усвідомлення та прийняття цінностей відповідальності, автономії, свободи, самореалізації, що забезпечили формування культури ціннісно-сислової сфери особистості;

володіння понятійним апаратом конфліктології, технологіями рефлексії, аналізу конфліктів, ухвалення рішень, раціональними переконаннями, які забезпечили культуру мислення; усвідомлення та володіння уміннями подолання гніву/агресії (образи, ревнощів, заздрощів), емоційно посередницької поведінки у врегулюванні конфлікту, що є основою поведінкової культури; усвідомлення та володіння уміннями подолання гніву/агресії (образи, ревнощів, заздрощів), емоційно-посередницького посередництва у врегулюванні конфлікту, що лежать в основі поведінкової культури.

Внутрішніми психологічними чинниками, що впливають на сформованість компонентів конфліктологічної культури особистості, виступають вираженість смисложиттєвих орієнтацій особистості (мета, процес, локус контролю Я), низький рівень агресивності, стриманість на противагу експресивності, обережність, високий самоконтроль, конструктивні копінг-стратегії тощо, рівень розвитку яких пов'язаний із компонентами конфліктологічної культури.

Висновки до розділу

У розділі проведено теоретико-методологічний аналіз соціально-психологічної природи когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників, а також теорій, концепцій і підходів до її вирішення, представлених у науковому просторі; наведено опис теоретичної моделі формування конфліктологічної культури медичних працівників на різних етапах їх професіогенезу з метою подолання проявів когнітивного дисонансу в професійній діяльності.

Розгляд концепту «когнітивний дисонанс» дозволив провести диференціацію його інтерпретацій у науковому просторі, як-то: неузгодженість у структурі знань, що викликає негативні емоції, які, у свою чергу, спонукають до активних кроків задля усунення цієї невідповідності; відчуття психологічного дискомфорту, спровоковане діями, що входять у конфлікт із власними світоглядними установками; цей внутрішній дисбаланс ліквідується шляхом зміни переконань або переосмислення обставин; відчуття психологічного дискомфорту, викликане розбіжністю ключових переконань, ідей чи вчинків особистості; неприємне відчуття, що виникає внаслідок суперечностей між різними переконаннями або установками щодо певного питання; емоційний стан, що виникає, коли людина має суперечливі переконання чи знання, або коли її поведінка не відповідає її переконанням.

Констатовано, що професійна діяльність медичних працівників переважно здійснюється в стресових умовах й часто сприяє виникненню внутрішніх конфліктів, дисгармоній та потребує володіння продуктивними копінг-стратегіями та конструктивними механізмами психологічного захисту (Ф. Бланшард-Фіелдс, Д. Дулей, Ф. Пегті, К. Рук, Д. Шек, С. Тайлор та ін). Під впливом таких конфліктів і неефективних стратегій самоопанування, використовуваних для їх вирішення, у медичних працівників може виникати відносно статичний (психофізіологічний) стан з вираженим емоційним вигоранням, що переходить у стійкі особистісні риси та сприяє професійно-

особистісній деформації (К. Карвер, Р. Лазарус, К. Левін, Л. Перлін, С. Фолкман, С. Шулер та ін.). Крім того, екстремальні умови, в яких наразі працюють медичні працівники, часто сприяють виникненню проявів когнітивного дисонансу в їх професійній діяльності.

Показано, що найбільш значущими чинниками професійно-особистісної деформації та когнітивного дисонансу є: соціально-психологічні чинники, як-то: соціально-специфічний досвід екстремальної професійної діяльності (Л. Брюдаль, Дж. Каплан, З. Ковальчук, Х. Ремшмідт, Е. Сколота, Т. Титаренко, Р. Яремко та ін.), його параметри – характер (Ю. Завацький), інтенсивність (Р. Яремко), сталість-періодичність (Т. Титаренко), тривалість (Л. Брюдаль), міжособистісна стабільність контакту (Дж. Каплан, З. Ковальчук); соціально-сімейні детермінанти (З. Ковальчук); професійні детермінанти (В. Бочелюк, Л. Пілецька, О. Шевяков); тривалість професійної діяльності та спеціальної професійної освіти (І. Жигаренко, А. Коваленко). При цьому соціально-специфічний досвід екстремальної професійної діяльності визначається особливостями психічної діяльності, а також ролями, нормами, правилами, цінностями та символами, що утверджують, регулюють та орієнтують поведінку фахівця (О. Вавринів, Є. Волченко та ін.)

Зазначено, що характер соціально-специфічних переживань медичних працівників відображає непрямий вплив умов екстремальної професійної діяльності. Крім того, інтенсивність переживання екстремальної професійної діяльності є чинником її патогенності та інтенсивності екстремального впливу (А. Борисюк, В. Завацький, Р. Яремко), середній ступінь яких відповідає діяльності медичних працівників (П. Білецький, А. Кушнєрєва, М. Удод та ін.).

Констатовано, що переживання когнітивного дисонансу та внутрішньоособистісного конфлікту медичних працівників пов'язане з відповідальністю за збереження життя людини в несприятливих умовах, з вибором стратегій допомоги, з ухваленням рішень, що впливають на здоров'я людини; це створює постійний тиск і потребує особистісних передумов для

запобігання негативному впливу цих чинників. Такими передумовами може слугувати сформована конфліктологічна культура (як основа професіоналізму) (В. Бочелюк, А. Кушнєрєва, М. Удод та ін.) медичних працівників. Підкреслено, що цілеспрямоване формування культури вирішення конфліктів у медичних працівників сприяє розвитку здатності протидіяти напруженню в їх професійній діяльності, запобігати виникненню негативних проявів когнітивного дисонансу та внутрішніх конфліктів на всіх рівнях (як у діях, так і в мисленні та почуттях).

Запропоновано теоретичну модель формування конфліктологічної культури медичних працівників на різних етапах їх професіогенезу з метою подолання негативних проявів когнітивного дисонансу в професійній діяльності. Професійну діяльність медичних працівників представлено через взаємопов'язані підсистеми: діяльнісну – це особливі умови діяльності медичного працівника і екстремальні чинники, що впливають на неї; особистісну, що складається з низки блоків: блок професійно важливих якостей; блок особистісної компетентності; мотиваційно-цільовий блок; блок професійного досвіду; блок моральних якостей; блок самоактуалізації та самоефективності.

Зазначена модель слугує репрезентацією типових рис конфліктологічної культури професіонала-медика, організованих відповідно до її інтегрованих параметрів та їхніх ролей в інформаційному, ціннісному й операційному векторах. Запропонована модель відіграє роль орієнтиру у формуванні конфліктологічної культури медичних працівників, а також може використовуватися як інструмент самоаналізу для самовдосконалення. Окрім того, опис моделі дозволяє визначити рівні розвитку конфліктологічної культури фахівця-медика, які відрізняються за ступенем розвитку складових конфліктологічної культури та їх взаємозв'язків, що впливають на загальну конфліктологічну культуру медичних працівників.

За результатами проведеного теоретичного аналізу професійної діяльності медичних працівників узагальнено, що когнітивний дисонанс – це

амбівалентний стан, який виявляє суперечність між когнітивними установками та реальними умовами діяльності. Виявлено, що когнітивний дисонанс має значний вплив на ефективність професійної діяльності медичних працівників, їх задоволеність професією, а також на особистісну та професійну самореалізацію загалом.

Зазначене актуалізує необхідність поглибленого емпіричного вивчення соціально-психологічних особливостей когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників з метою подолання його негативних проявів.

Основні положення розділу відображено в таких публікаціях авторки: [12; 67; 88; 97; 171].

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВІВ КОГНІТИВНОГО ДИСОНАНСУ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

2.1. Методичні принципи організації емпіричного дослідження

Дослідження складалося з трьох окремих етапів.

На першому етапі ми досліджували гіпотетичні поведінкові патерни, які демонструють студенти-медики та медичні працівники під час подолання когнітивного дисонансу, та з'ясовували їхні відмінні характеристики.

На другому етапі наше дослідження мало на меті зрозуміти психологічну природу самого когнітивного дисонансу, дослідити його роль як чинника, що або сприяє професійному розвитку медичних працівників, з різним стажем професійної діяльності, або, навпаки, призводить до професійного вигорання в цій галузі.

Третій етап був присвячений оцінці ефективності впроваджених профілактичних та корекційних заходів, спрямованих на формування «конфліктологічної культури медичних працівників». Ми вивчали роль «оптимальних» копінг-стратегій та механізмів психологічного захисту, покликаних сприяти позитивному вирішенню внутрішньоособистісних конфліктів, виходу з кризових ситуацій та підвищенню стресостійкості медичних працівників.

Для досягнення мети дослідження та перевірки висунутих гіпотез було вирішено такі завдання:

Ефективність вищезазначеної комплексної програми оцінювалася шляхом застосування психодіагностичних методик. Зокрема, було використано опитувальник для оцінки якості життя SF-36 та опитувальник копінг-поведінки Е. Хейма, який допомагає виявити як адаптивні, так і дезадаптивні копінг-стратегії. Статистичні методи також були невід'ємною частиною аналізу.

Емпіричне дослідження охопило учасників двох різних груп: студентів Донецького національного медичного університету (м. Кропивницький) (вибірка зі 102 осіб) та лікарів Кіровоградської обласної клінічної лікарні (вибірка зі 103 осіб).

Наявність або відсутність стану когнітивного дисонансу визначалася за допомогою моделі на основі дискретних марковських ланцюгів. Це передбачало застосування ергодичної, регулярної моделі ланцюга Маркова, реалізованої Б. Мікером в експериментальному контексті діадної взаємодії. Досліджуваний суб'єкт, зіткнувшись із ситуацією морального конфлікту, повинен зробити вибір. Механізм, що лежить в основі вибору суб'єкта, ґрунтується на внутрішньому розумінні індивідом норм (включаючи цінності, мотиви та очікування), а також будь-яких конфліктів між ними. Згодом поведінка може бути класифікована як «раціональна» (Р), тобто така, що забезпечує максимальну вигоду для суб'єкта, або як «нераціональна» (Н), тобто така, що не забезпечує максимальну вигоду для суб'єкта, або як така, що В основі моделі лежать теорії когнітивної узгодженості. Ці теорії стверджують, що коли особистість відчуває дисонанс - конфлікт, коли суспільні норми пропонують один вибір, але її дії відповідають іншим нормам - особистість згодом коригує аспекти своєї когнітивної структури.

Б. Мікер ввів поняття «латентного ціннісного стану» (ЛЦС). Він визначає його як сукупність норм і цінностей, які відповідають конкретному вибору, що може бути як взаємним, так і раціональним. Модель, у свою чергу, передбачає два основних ЛЦС: стан взаємності та стан раціональності. Таким чином, фундаментальні припущення моделі сформульовані наступним чином:

1. Існує два стани: реципрокний стан ($S1$) і раціональний стан ($S0$); є також дві реакції: реципрокна реакція ($E1$) і нерeciпрокна реакція ($E0$). У кожному і-му випробуванні суб'єкт перебуває в одному стані і дає одну відповідь, яка має такий вигляд:

$$P(S0, n) = 1 - P(S1, n);$$

$$P(E0, n) = 1 - P(E1, n).$$

2. 1. Якщо піддослідний перебуває у стані $S1$ у n -му випробуванні, то він дасть відповідь $E1$ з ймовірністю p (де $p > 1 - p$):

$$P(E1, n | S1, n) = p.$$

1. Суб'єкт може перебувати в одному з двох станів: реципрокному ($S1$) та раціональному ($S0$). Аналогічно, можливі дві реакції: реципрокна реакція ($E1$) і нерeciпрокна реакція ($E0$). У кожному випробуванні « n » суб'єкт перебуває в одному стані і дає одну реакцію. Зв'язок між станами та відповідями визначається наступним чином.

Якщо розглядати комбінацію УС (умовного стимулу) і конкретної поведінки вибору в кожному випробуванні як єдиний стан, модель перетворюється на ланцюг Маркова, параметри якого - p , r , θ і ϕ . Верифікація моделі досягається шляхом порівняння трьох статистик (прогнозованої та спостережуваної), які не використовувалися при оцінці параметрів: $P(E1)$ – очікувана частота вибору $E1$ у стані рівноваги; $P(E1, n | T1, n-1)$ – очікувана частота вибору $E1$ після такого вибору в попередньому випробуванні; $P(E0, n | E0, n-1)$ – очікувана частота вибору $E0$ після аналогічного вибору в попередньому випробуванні.

Ця модель побудована на теоретичних концепціях, що включають роль норм взаємності в соціальній взаємодії (теорія малих груп Хоманса та ін.) та теорію внутрішньоособистісної узгодженості (теорія когнітивного дисонансу). Так, за допомогою моделювання морального конфлікту (модифіковані завдання на основі роботи Л. Колберга) ми змогли виявити з досліджуваної популяції лікарів-хірургів та студентів-медиків тих, хто перебуває у стані когнітивного

дисонансу. Отже, виокремлення досліджуваних, які переживають когнітивний дисонанс, є достатньо обґрунтованим.

Важливо підкреслити, що ідентифікація стратегій визначення меж індивіда дозволяє оцінити його адаптивні та неадаптивні тенденції, що в поєднанні з результатами математичного моделювання стану когнітивного дисонансу (з використанням ланцюгів Маркова) дає змогу отримати комплексне розуміння визначеного стану.

Після визначення учасників – 20 студентів-медиків та 28 медичних працівників, які переживали когнітивний дисонанс, ми розпочали емпіричне дослідження з метою вивчення впливу когнітивного стилю та індивідуально-психологічних особливостей на успішність вирішення когнітивного дисонансу або внутрішнього конфлікту. Крім того, варто зазначити, що за допомогою кореляційного аналізу ми виявили зв'язок між копінг-стратегіями медичних працівників та студентів-медиків.

З огляду на нашу гіпотезу щодо прояву когнітивного дисонансу в поведінці медичних працівників, зумовленого взаємодією когнітивного стилю та особистісних рис, покладатися лише на лінійні кореляції між окремими характеристиками та «успішністю» когнітивного вирішення конфлікту недостатньо. Тому важливого значення набуває виявлення загальних тенденцій.

Для поглиблення дослідження ми застосували дисперсійний та кластерний аналіз. Зокрема, дисперсійний аналіз та однофакторний дисперсійний аналіз були використані для визначення потенційних нелінійних зв'язків між когнітивними стильовими характеристиками та особистісними рисами, а також поведінковими патернами, пов'язаними з когнітивним конфліктом, і, зокрема, під час розв'язання когнітивного дисонансу.

Когнітивні стилі залишилися незалежною змінною і стали основою для розподілу учасників на три групи:

- 1) з низькими показниками (нижній кuartиль);
- 2) з середніми показниками; і

3) з високими показниками (верхній кuartиль). Це можна інтерпретувати так: 1 – виражена залежність від поля; 2 – середній рівень; і 3 – виражена незалежність від поля, або альтернативно: 1 – низька концептуальна диференціація; 2 – середній рівень; 3 – висока концептуальна диференціація.

Далі ми проаналізували варіаційно-незалежні змінні (особистісні оцінки та оптимальність рішень) між трьома групами, визначеними за рівнями «польової незалежності», а потім для трьох груп, диференційованих за «концептуальною диференціацією».

Основний акцент у роботі зроблено на кластерному аналізі даних, що дозволило виділити підгрупи зі схожими стильовими та індивідуально-психологічними характеристиками. Такий підхід дає змогу визначити ключові особливості, що диференціюють поведінкові патерни в конфлікті, з урахуванням різних характерологічних та когнітивно-стильових комбінацій.

Серед медичних працівників та студентів-медиків були виділені контрастні групи «успішних» та «неуспішних» копінг-стратегій, а розподіл балів за окремими показниками суттєво відрізнявся між цими групами. Крім того, особи, віднесені до «успішної» групи, були класифіковані на основі їхніх психологічних характеристик за допомогою кластерного аналізу (метод «повних зв'язків»).

Програма кластеризації сформувала групи осіб зі схожими значущими психологічними рисами та рисами, які суттєво відрізняли їх від інших груп. Виявлені групи осіб, що мають подібні комбінації рис (патерни), слід розглядати як психологічні типи, присутні серед медичних працівників і студентів-медиків. Ці особи використовують стратегії подолання, які сприяють «успішній» або «неуспішній» навігації через усвідомлений дисонанс.

Ці типи були емпірично ідентифіковані як такі, що реально представлені в професійному середовищі. Навчальна діяльність студентів і професійна діяльність медичних працівників різних спеціалізацій, ймовірно, висувають різні вимоги до психологічних характеристик людей, які беруть у ній участь.

Використовуючи кластерний аналіз, ми розробили для учасників дослідження описові мітки, щоб представити наші висновки: «залежні від поля - незалежні від поля», «диференційовані – недиференційовані» та «оптимальні – субоптимальні» студенти-медики та медичні працівники.

2.2. Соціально-психологічні особливості проявів когнітивного дисонансу в умовах професійної діяльності медичних працівників

При аналізі емпіричних даних щодо взаємозв'язку між параметрами когнітивного стилю та особистісними рисами важливо спочатку висвітлити їх окремо, а потім виявити інтегровані комбінації стильових параметрів. Отже, ми дослідимо лінійні та нелінійні зв'язки між особистісними рисами та кожним когнітивним стилем, а саме показники «залежність від поля - незалежність від поля» та «диференційованість – не диференційованість».

Тест Г. Віткіна [166; 167; 168] «Вбудовані фігури» дає три ключові показники: N, що відображає кількість правильних відповідей; T, що представляє час, необхідний для виконання завдання; і W, показник продуктивності. Важливо підкреслити, що продуктивність, W, є, мабуть, найважливішою з цих метрик і є похідною від двох інших. Наші дані свідчать про сильну кореляцію між показником продуктивності «W» і правильністю відповідей ($0,61, p < 0,001$), а також з витраченим часом ($-0,68, p < 0,001$). І навпаки, витрачений час (T) та кількість правильних відповідей (N) не демонструють значущої кореляції між собою.

Однак інші показники тесту на «залежність від поля» (наприклад, кількість правильних відповідей і витрачений час) мають зв'язок з іншими характеристиками, які не є очевидними, якщо дивитися лише на показник продуктивності «W». Це стає очевидним, наприклад, у вибірках студентів-медиків та медичних працівників.

Тому, коли ми перейдемо до інтерпретації результатів, ми проаналізуємо студентів-медиків і медичних працівників як окремі групи, на додаток до даних об'єднаної вибірки.

Важливо зазначити, що лінійні зв'язки між польовою залежністю/незалежністю та особистісними рисами є слабо вираженими (коефіцієнти кореляції низькі, хоча й статистично значущі).

Як уже згадувалося, в нашому аналізі кореляцій між стилістичними особливостями та особистісними характеристиками були виявлені відмінності між вибірками студентів-медиків та медичними працівниками.

Серед вибірки медичних працівників:

- О («схильність до почуття провини – самовпевненість») - 0,23 ($p < 0,001$);

Серед вибірки студентів-медиків:

- І («ніжність – реалістичність») - 0,29 ($p < 0,001$).

Серед об'єднаної вибірки студентів-медиків та медичних працівників:

- О («схильність до почуття провини – самовпевненість») - 0,18 ($p < 0,001$);

На основі кореляційного аналізу було досліджено когнітивно-стильовий параметр «концептуальна диференціація» у взаємозв'язку з особистісними рисами (за методикою «Вільне сортування об'єктів» Р. Гарднера). Кореляційний зв'язок між собою виявили такі показники: «поняття часу/кількість груп», «поняття часу/розмір груп», «поняття персонажа/кількість груп», «поняття персонажа/розмір групи».

Серед прикладів для медичних працівників:

- Q³(«високий низький самоконтроль поведінки») - 0,26 ($p < 0,001$);

Серед вибірки студентів-медиків:

- В («високий інтелект – низький інтелект») - 0,29 ($p < 0,005$);

- шкала «інтроверсія» - 0,27 ($p < 0,005$);

Важливо також підкреслити, що виявлений зв'язок між «концептуальною диференціацією» та «поведінковим самоконтролем» є досить важливою передумовою. Це дозволяє зробити важливі висновки щодо професійної діяльності медичних працівників. Зокрема, особливості самоконтролю

переплітаються з аналітичним і синтетичним стилями мислення медичних працівників. Іншими словами, особи, які схильні до аналітичного стилю, демонструють менший самоконтроль порівняно з тими, хто має синтетичний підхід.

Крім того, заслуговує на увагу кореляція між «польовою незалежністю» та «груповою залежністю». Ймовірно, це пов'язано з професійним середовищем, яке диктує медичних працівників необхідність балансувати між конформністю та польовою незалежністю.

Таким чином, «польово-незалежна» особистість, яка досягла успіху в медичній професії, – це особистість: впевнена в собі, у своїх досягненнях і можливостях, оптимістична, практична, з реалістичним світоглядом, яка більше довіряє раціональним аргументам, відповідальна, в міру незалежна, але думка колективу має для неї велике значення, формуючи її поведінку.

Отже, «польово-незалежні» медичні працівники більш схильні до сміливості, ініціативності, що поєднується з ригідністю та соціальною залежністю. Ця специфічна категорія досліджуваних демонструє більшу повагу до усталених ідей, власної думки, способів їх реалізації, а дії відображають терплячість до традиційних труднощів.

Для «польово-незалежних» студентів медиків характерний високий рівень інтелекту та самостійності. «Диференційованість» як характеристика когнітивного стилю виявляє статистично значущі, але слабкі кореляційні зв'язки з ригідністю та чутливістю в об'єднаній вибірці студентів-медиків та медичних працівників. Тобто «диференційований» медичний працівник (високий рівень «концептуальної диференціації») демонструє екстенсивність, а «диференційований» студент медик – інтровертованість, високий рівень інтелекту та відповідальності; «диференційовані» особистості, або «аналітики», схильні до інтровертованості, тоді як «недиференційовані», або «синтетики», – до екстравертованості.

Отже, «концептуальна диференціація» не випадково пов'язана з певними особистісними рисами, однак характер і сила зв'язків може варіюватися в

різних групах залежно від професійних та індивідуально-типологічних чинників. На основі кластерного аналізу ми висунули гіпотезу про нелінійний зв'язок між когнітивними стильовими характеристиками та особистісними рисами, а також з ефективністю вирішення когнітивних конфліктів та виходу з когнітивного дисонансу.

Для дослідження потенційних зв'язків ми використали односторонній дисперсійний аналіз (ANOVA), реалізований у програмі Statistica 5.5A (Breakdown & one-way ANOVA). Зокрема, показник когнітивного стилю виступав як незалежна змінна, що слугувала основою для розподілу учасників (студентів-медиків та медичних працівників) на три групи: 1 – з низькими показниками (нижній кuartиль); 2 – з проміжними показниками; та 3 – з високими показниками (верхній кuartиль). Крім того, ми проаналізували варіацію всіх змінних (тобто особистісних опитувальників та оцінок копінг-стратегій) для трьох груп «польової незалежності» і, відповідно, для трьох груп «концептуальної диференціації».

Вивчення залежності «полезалежність-полenezалежність» на прикладі студентів-медиків виявило значущі кореляції з:

– Інтроверсією ($p=0,02$) – Соціальною сміливістю ($p=0,05$) – Недовірою ($p=0,06$) – Товарииськістю ($p=0,03$) – Соціальною бажаністю ($p=0,03$). «Польово-незалежні» та «польово-залежні» студенти медици демонструють більшу інтроверсію порівняно з тими, хто має проміжний рівень польової залежності, але за тематичними показниками спостерігається більша «групова залежність», ніж у «крайніх» типів.

Студенти медици, які демонструють «польову незалежність», характеризуються впевненістю в собі та меншою прихильністю до групових норм, тоді як ті, хто демонструє «польову залежність», є більш терплячими, довірливими та комунікабельними.

У вибірці медичних працівників спектр «польова залежність-незалежність» виявляє значущі нелінійні зв'язки з:

- впевненістю в собі ($p=0,0001$);

- соціальною сміливістю ($p=0,004$);
- інтелектуальними здібностями ($p=0,03$);
- домінуванням ($p=0,05$);
- схильністю до соціально бажаних відповідей ($p=0,07$).

«Концептуальна диференціація» когнітивного стилю, виміряна за показником «концепція характеру/кількість груп», у когорті студентів-медиків виявила значущі кореляції з:

- чутливістю ($p=0,05$);
- мрійливістю ($p=0,07$).

Щодо «концепції часу/кількості груп», кореляції були виявлені з:

- рівнем інтелекту ($p=0,02$);
- активністю ($p=0,02$);
- самодостатністю ($p=0,02$);
- самоконтролем ($p=0,04$);
- ригідністю ($p=0,2$);

Виходячи з цих результатів, «недиференційовані» медичні працівники демонструють нижчий рівень поведінкового самоконтролю порівняно з «диференційованими» та «середніми» медичних працівниками. Для них характерна раціональність, логіка домінує над емоціями.

Досліджувані з «помірним рівнем концептуальної диференціації» вирізняються активністю, життєрадісністю, прихильністю до групових норм. Крайні типи – «недиференційований» і «диференційований» – більш серйозні, більш стресові та самодостатні.

Критерії, які ми використовували для визначення оптимального вирішення когнітивного дисонансу, охоплювали конкретні стратегії подолання та ступінь активації механізмів психологічного захисту, а також самооцінку стану індивіда. Нашою метою було побудувати «профіль» медичного працівника, покликаний з'ясувати структуру та особливості копінг-стратегій і захисних механізмів, що застосовуються при подоланні когнітивного дисонансу.

Для з'ясування індивідуально-психологічних особливостей, що лежать в основі оптимального виходу з когнітивного дисонансу, ми провели кореляційний аналіз. Він полягав у порівнянні психологічних особливостей груп, які демонструють «успішні» та «неуспішні» копінг-стратегії. Результати співвіднесення психологічних показників зі стратегіями вирішення конфлікту виявили статистично значущі зв'язки.

Таблиця 2.1

Кореляційні зв'язки між показниками особистісного та поведінкового стилів і розгортанням копінг-стратегій (при $p < 0,05$)

Особистісний та поведінковий стилі	Коефіцієнт кореляції
Напруженість	- 0,18
Наївність	- 0,16
Впевненість у собі	- 0,19
Гнучкість	0,42
Чутливість	0,26
Концепція часу/кількість груп	- 0,15

На основі встановлених кореляцій ми дійшли висновку, що існують загальні характерологічні передумови для оптимального виходу з когнітивного дисонансу:

- відкритість до нового досвіду в поєднанні з наявністю інтелектуальних інтересів;
- чутливість, емпатія, повага до цінностей і певний рівень конформності;
- прямота і прямолінійність у спілкуванні та діях;
- серйозність і виваженість у прийнятті рішень;
- впевненість у собі, а також відсутність депресивних тенденцій;
- високі вимоги до себе та інших, а також сильне почуття мети;
- відносно низький рівень «концептуальної диференціації».

Таблиця 2.2

Особистісно-стильові характеристики студентів-медиків та медичних працівників, що корелюють з копінг-стратегіями поведінки (при $p < 0,05$)

Групи досліджуваних	Особистісний та поведінковий стилі	Коефіцієнт кореляції
Студенти-медики	Гнучкість Q ¹ (16PF)	0,42
	Інтуїція S (16PF)	- 0,31
	Індикатор часу T	- 0,47
	(G. Witkin)	
Медичні працівники	Гнучкість Q ¹ (16PF)	0,31
	Логіка T (16PF)	0,29
	Індикатор часу W	0,32
	(G. Witkin)	

За нашими спостереженнями, успішному вирішенню усвідомленого дисонансу зазвичай передують адекватне ставлення до себе та інших, відсутність депресивних тенденцій, а також впевненість у собі, тверда віра у власну компетентність, чітке відчуття мети та жага до інтелектуальної стимуляції.

Крім того, важливо розуміти, що розробка оптимальних стратегій подолання стресу для хірургів залежить від таких якостей, як гнучкість і логічне мислення.

Розглянемо більш детально ці специфічні копінг-стратегії в різних групах досліджуваних.

Насамперед, ми визначили найбільш поширені копінг-механізми, що застосовуються в наступних сферах життя:

- сім'я;
- стосунки з однолітками (колегами);
- стосунки зі значущими іншими (викладачами, керівництвом);
- навчальна діяльність (професійна діяльність);

- здоров'я.

Отже, поведінкові копінг-стратегії розрізняються на:

- адаптивні (активне подолання, альтруїзм);
- частково адаптивні (пошук соціальної підтримки, відволікання);
- дезадаптивні (ізоляція, компенсація за допомогою наркотиків, втеча від реальності).

Стратегії когнітивного копіювання на:

- адаптивні (пошук вирішення проблеми, надання сенсу);
- частково адаптивні (орієнтація на значущих інших, збереження апломбу, відкидання);
- неадаптивний (уникнення проблеми, розгубленість).

Емоційні копінг-стратегії на:

- адаптивні (емоційна концентрація);
- частково адаптивні (пошук емоційної підтримки, емоційна розрядка);
- неадаптивні (придушення почуттів, почуття провини, агресивність, підпорядкування).

Використання як адаптивних, так і дезадаптивних копінг-стратегій серед студентів медиків детально представлено в табл. 2.2.3.

Таблиця 2.3

**Використання як адаптивних, так і дезадаптивних копінг-стратегій
серед студентів медиків**

Копінг-стратегії студентів-медиків	Сім'я	Стосунки з однолітками	Стосунки зі значущими іншими (викладачами, керівництвом)	Навчальна діяльність	Здоров'я
Адаптивні	33,1	28,8	26,4	19,7	17,5
Частково адаптивні	37,8	39,4	40,5	40,2	37,5
Дезадаптивні	29,0	31,8	33,0	40,1	45,0

Отже, найсприятливіші поведінкові копінг-стратегії використовуються студентами-медиками у сфері сімейних стосунків та взаємодії з однолітками, проте особливо проблематичними та неефективними виявляються копінг-стратегії, пов'язані з навчанням та здоров'ям.

Як свідчать дані, наведені в табл. 2.4, вибірка дослідження демонструє, що «пристосовництво» як ефективна копінг-стратегія найбільше проявляється в сімейній сфері, а найменше Використання як адаптивних, так і дезадаптивних копінг-стратегій серед студентів медиків – у професійній діяльності.

Таблиця 2.4.

Поширеність адаптивних та неадаптивних копінг-стратегій серед медичних працівників (у %)

Копінг-стратегії медичних працівників	Сім'я	Стосунки з колегами	Стосунки зі значущими іншими (керівництвом)	Професійна діяльність	Здоров'я
Адаптивні	38,0	27,0	24,0	17,0	17,0
Частково адаптивні	35,0	41,0	45,0	41,0	32,0
Дезадаптивні	27,0	32,0	31,0	42,0	51,0

Часткова адаптованість спостерігається у всіх сферах, що мають вирішальне значення для життя. Однак викликає занепокоєння той факт, що дезадаптивні копінг-стратегії серед медичних працівників корелюють зі сферами професійної діяльності та здоров'я, які є особливо важливими.

Тому дані, представлені в табл. 2.4, мають важливе значення для цілей нашого експерименту. Дійсно, порівняно зі студентами медиками, медичні працівники демонструють неоптимальні копінг-поведінки, що в першу чергу впливає на їхню професійну реалізацію та позначається на здоров'ї.

Проаналізуємо отримані нами емпіричні дані більш детально. Як студенти медици, так і медичні працівники демонструють найбільш адаптивні копінг-стратегії у сфері сімейних стосунків.

Зокрема, вони демонструють більшу адаптивність, коли стикаються зі складними сімейними ситуаціями, що виникають у їхній сімейній динаміці. Однак, якщо студенти медици схильні використовувати «альтруїзм» (33,1%) як стратегію подолання життєвих труднощів і кризових ситуацій у сім'ї, то медичні працівники частіше демонструють стратегію «збереження самовладання» (38%). Отже, коли в сім'ї виникає складна ситуація, медичні працівники схильні проектувати образ і поводитися так, щоб оточуючі вважали, що все гаразд.

Проте, як уже зазначалося, найменша представленість адаптивних копінг-стратегій спостерігається в обох вибірках у сфері проблем зі здоров'ям. Це пов'язано з особистісним та професійним розвитком.

Неприспосованість у взаємодії з однолітками та колегами майже однакова для студентів медиків та медичних працівників - 31,8% та 32,0% відповідно. Однак студенти переважно використовують стратегію «ізоляції», тоді як медичні працівники схильються до «проекції».

У стосунках з викладачами (студенти) та керівництвом (медичні працівники) досліджувані загалом демонструють «часткову адаптивність». Проте 33% студентів медиків демонструють «неадаптивність» у кризових ситуаціях у цій сфері. Прикметно, що найчастіше студенти вдаються до механізмів подолання «неприйняття» та «уникнення», а деякі з них також демонструють «агресію». Для медичних працівників (31,0%) типовою дезадаптивною стратегією є «збереження самовладання».

Навчальна та професійна діяльність є значущою для обох груп. Студенти медици демонструють 40,1% неадаптивності, використовуючи «збереження самовладання» та «уникнення». Медичні працівники демонструють 42,0% неадаптивних стратегій у своїй професійній діяльності, часто використовуючи такі копінг-механізми, як «збереження самовладання» та «неприйняття».

Також ми мали на меті виявити внутрішні конфлікти у студентів медиків та медичних працівників. Важливою детермінантою мотиваційної сфери особистості є динамічний взаємозв'язок між бажаними життєвими цілями і тим, що є безпосередньо доступним, що пов'язано з реалізацією цих цілей.

Цей взаємозв'язок може поступово змінюватися в процесі діяльності людини та у відповідь на життєві обставини. Простіше кажучи, когнітивний дисонанс означає стан розриву в системі «свідомість-буття», а саме – розрив між потребою в досягненні внутрішньо значущих цінностей і реальною можливістю їх досягнення. Розбіжність між цінністю мети та її досяжністю є показником усвідомленого дисонансу та внутрішнього конфлікту в мотиваційній сфері людини (коли цінності переважають над доступними, конкретними цілями), або, навпаки, внутрішньої порожнечі (коли доступність легких цілей є пріоритетнішою за наявність цінностей).

Тобто глибина внутрішнього конфлікту нерозривно пов'язана із зазначеним співвідношенням, проявляючись у чітких якісних та кількісних показниках з методологічної точки зору. За допомогою факторного аналізу ми проілюстрували зв'язок між наявністю цінностей та доступністю конкретних життєвих цілей, що зафіксовано в табл. 2.5.

Таблиця 2.5

**Співвідношення «цінності» та «доступності» в різних сферах життя
серед студентів-медиків та медичних працівників**

Цінність	Коефіцієнт кореляції
Активний спосіб життя	0,19
Здоров'я	0,14
Цікава робота	0,11
Краса природи, мистецтво, переживання прекрасного	0,57
Кохання	0,40
Матеріально забезпечене життя	- 0,03
Наявність справжніх друзів	0,63

Впевненість у собі, свобода від внутрішніх протиріч	0,54
Пізнання (підвищення рівня освіти, розвиток культури, інтелекту)	0,79
Свобода як незалежність у вчинках і діях	0,47
Щасливе сімейне життя	0,70
Творчість	0,52

У результаті факторного аналізу було встановлено, що найбільш впливовими сферами, пов'язаними з внутрішніми конфліктами для обох досліджуваних груп, є «естетичні переживання», які розглядаються як етична категорія, а також кохання», «дружба», «впевненість у собі», «знання», «свобода», «щасливе сімейне життя» і «творчість».

Порівняльний аналіз результатів у контрастних групах «успішних» і «неуспішних» студентів медиків та медичних працівників наведено в табл. 2.6.

Таблиця 2.6

Показники психологічних тестів у контрастних групах «успішних» та «неуспішних» копінг-стратегій студентів-медиків

Показник	«Успішні» стратегії студентів- медиків	«Неуспішні» стратегії студентів- медиків	Надійність різниці
Factor C 16 PF	емоційна	емоційна	0,1
Factor Q ² 16 PF	стабільність	нестабільність	0,1
Factor M 16 PF	самодостатність	конформність	0,1
	мрійливість	практичність	0,1

Значущі відмінності спостерігалися за шкалою «висока емоційна стабільність», силою Его (шкала C, Кеттелла), «самодостатністю» (шкала Q²), а

також «мрійливістю» та «розвиненою уявою» (шкала М). Примітно, що «самодостатність» і «мрійливість» у «успішних» студентів залишилися в межах середніх значень. Можна припустити, що надмірно висока «незалежність від групових норм» не сприяє вибору оптимальних адаптивних копінг-стратегій при подоланні когнітивного дисонансу.

Так само «надмірна відірваність від реальності» та «непрактичність» не є позитивними факторами успішного вибору стратегій подолання когнітивного дисонансу. «Неуспішним» студентам медикам у спробах подолати когнітивний дисонанс заважають «брак уяви», «надмірний практицизм», «залежність від групової думки» та сильна потреба в «соціальному схваленні».

Суттєві відмінності, виявлені між «успішними» та «неуспішними» копінг-стратегіями, які використовують медичні працівники для подолання когнітивного дисонансу, підсумовані в табл. 2.7.

Таблиця 2.7.

Показники психологічних тестів у контрастних групах «успішних» і «неуспішних» копінг-стратегій медичних працівників

Показник	«Успішні» стратегії медичних працівників	«Неуспішні» стратегії медичних працівників	Надійність різниці
Фактор Q4 16 PF	розслаблення	розчарування	0,005
Фактор O 16 PF	впевненість у собі	тривога	0,06
Фактор F 16 PF	серйозність	безпека	0,06
Продуктивність «W» (Г. Віткін)	полenezалежність	полenezалежність	0,06
Концепція часу/індикатор розміру групи (Р. Гарднер)	недиференційованість	диференційованість	0,05

Спостережувані відмінності свідчать про те, що «успішні» медичні працівники, орієнтуючись на усвідомлений дисонанс, мають тенденцію:

- більше покладаються на логіку, ніж на емоції («Т»);
- виявляють вищий ступінь польової незалежності з точки зору когнітивного стилю («W»);
- не мають досвіду фрустрації («Q4»);
- менш схильні до почуття провини та депресивних станів («О»);
- менш активні та імпульсивні («F»), ніж їхні «неоптимальні» колеги, що свідчить про більш серйозну та розважливу поведінку;
- схильність до диференційованого когнітивного стилю (за тестом Р. Гарднера).

Отже, «успішного» медичного працівника від «неуспішного» відрізняє опора на логіку та схильність до незалежного від ситуації когнітивного стилю. І навпаки, визначальною відмінністю між «успішними» та «неуспішними» студентами-медиками є нижчий ступінь екстраверсії в поєднанні з добре розвиненою уявою.

За результатами дисперсійного аналізу ми виявили нелінійні взаємозв'язки, пов'язані з польово-незалежним когнітивним стилем у вибірці студентів-медиків:

- успішність у вирішенні когнітивного дисонансу ($p=0,005$);
- певних критеріїв, пов'язаних з «успішністю» вибору поведінкових копінг-стратегій ($p=0,07$).

Для вибірки медичних працівників параметр «незалежного від поля» когнітивного стилю продемонстрував асоціації з:

- успішність у вирішенні когнітивного дисонансу ($p=0,01$);
- певними критеріями, пов'язаними з «успішністю» вибору поведінкових копінг-стратегій ($p<0,05$).

Виявлено нелінійні зв'язки між параметром когнітивного стилю «концептуальна диференціація» та успішністю подолання когнітивного дисонансу у студентів-медиків, що свідчить про те, що ефективність подолання

когнітивного дисонансу більшою мірою пов'язана з «польовою незалежністю», аніж з «концептуальною диференціацією».

З вибірки: серед 103 учасників (медичні працівники) 28 осіб зазначили, що відчувають когнітивний дисонанс; крім того, серед 102 учасників (студентів-медиків) 20 осіб також зазначили, що відчувають когнітивний дисонанс. Патерни «успішних» та «неуспішних» копінг-стратегій у студентів медиків (результати кластерного аналізу)

Проаналізуємо результати кластерного аналізу, зокрема, розглянемо патерни психологічних рис, пов'язаних з контрастними копінг-стратегіями, які використовують студенти-медики та медичні працівники для подолання когнітивних конфліктів.

Потім ми опишемо психологічні профілі, створені на основі цих патернів.

Особи, згруповані за цими схожими комбінаціями рис (патернами), представляють різні психологічні типи.

Індивіди, які демонструють подібні комбінації, або патерни, складають окремі психологічні типи. Ці типи проявляються як в «успішних», так і в «неуспішних» стратегіях подолання, що застосовуються студентами медиками та медичними працівниками. Ці типи, слід зазначити, були ідентифіковані емпірично як такі, що існують в певному середовищі (медичні заклади, клініки). Проте, зрозуміло, що академічна та професійна діяльність має ряд відмінних характеристик і пред'являє різні вимоги.

Отже, методи вирішення когнітивного дисонансу можуть суттєво відрізнятися у студентів-медиків та медичних працівників, що призводить до потенційних варіацій у поєднанні їхніх характерологічних та когнітивних рис. У світлі цих міркувань, результати дослідження представлені окремо для студентів медиків та медичних працівників.

За результатами кластерного аналізу група «успішних» стратегій копінг-поведінки у медичних працівників сформована з двох типів. Перший тип відрізняється від другого більшою емоційною стабільністю («С») (17 з 28 осіб), соціальною сміливістю («С»), енергійністю та життєрадісністю («Е»),

практичністю («П»), а також підвищеною комунікабельністю та орієнтацією на групову думку («Q²»). Особи цієї групи не виявляють такої чіткої «польової незалежності», але демонструють більш виражену диференціацію. Тип позначається так: «Активні, практичні, конформістські екстраверти – «диференційовані».

Друга група «успішних» копінг-стратегій, що спостерігається серед медичних працівників, виділена емпірично, тяжіє до інтроверсії (11 з 28 досліджуваних). Ці особи демонструють нижчий рівень соціальної сміливості та впевненості в собі, мають тенденцію до слабкої практичної орієнтації та виявляють більшу тривожність. Порівняно з їхніми колегами, вони демонструють підвищену залежність від групової приналежності, але при цьому надають перевагу логіці над емоціями, а також є дуже незалежними від поля та недиференційованими. Тому ця друга група називається «Нерішучі, незалежні від поля, недиференційовані». Отже, обидва патерни, що представляють успішні копінг-стратегії, мають спільні характеристики. Найважливішими з них є відсутність інтроверсії та польової залежності.

Медичних працівників, які використовують «неуспішні» механізми подолання усвідомленого дисонансу, можна розділити на три основні типи. Перший тип, що включає 5 з 28 осіб, характеризується крайньою екстраверсією, інтересом до життя, високим рівнем енергії та низьким рівнем тривожності. Інші визначальні риси включають примусовий самоконтроль, імпульсивність, покладання на почуття та безпосередній спосіб самовираження. Ця група також демонструє більшу емоційну м'якість і чутливість порівняно з іншими «неуспішними» групами, а також значну залежність від групової думки («Q²» = 1,9), меншу ригідність і схильність до відкладених рішень і висновків. Цей тип демонструє високу «концептуальну диференціацію» і є більш залежним від поля, ніж незалежним (про що свідчить показник «W» за методикою Г. Віткіна – 2,3). Цю групу ми позначили як: «Імпульсивні екстраверти – «диференційовані». Проблеми, що виникають при вирішенні усвідомленого

дисонансу для цієї групи, можуть бути пов'язані з труднощами соціальної адаптації, особливо у взаємодії з пацієнтами та колегами.

Друга категорія «неуспішних» копінг-стратегій, що застосовуються медичними працівниками під час лікування діагностованої онкологічної хвороби, характеризується підвищеною тривожністю (9 осіб), занепокоєнням (F) та зниженою емоційною стабільністю (C). У цій групі спостерігається соціальна сором'язливість («Н»), депресивні тенденції («О») та розчарування («Q4»), а також обережна, але «штучна» поведінка («N»).

Згідно з іншими результатами методики ІТО, вони одночасно мають високі показники за екстраверсією та інтроверсією, що, є як передвісником, так і проявом дезадаптації. У порівнянні з іншими «неуспішними» стратегіями копінг-поведінки, тут чітко простежується «концептуальна не диференційованість», а також «польово-залежний» когнітивний стиль. Тип позначено: «Нестійкі амбіверти – недиференційовані, залежні від поля».

Третя група унікально репрезентує «невдале» вирішення когнітивного дисонансу серед медичних працівників, які відрізняються яскраво вираженим польово-незалежним когнітивним стилем (14 з 28 досліджуваних). Ця польова незалежність сама по собі не пророкує успішного вирішення конфлікту. Цікаво, що досліджувані, які демонструють високу потребу в спілкуванні, мають знижену міжособистісну чутливість і високий ступінь впевненості в собі. Таке поєднання, ймовірно, ускладнює взаємодію як з пацієнтами, так і з колегами, потенційно перешкоджаючи їх здатності виходити з кризових ситуацій. Назва групи: «Неемпатичні, самовпевнені, незалежні від поля».

Серед студентів медиків, які використовують «успішну» копінг-стратегію для вирішення усвідомленого дисонансу, кластерний аналіз виявив два типи. Перший тип демонструє екстраверсію (13 з 20 осіб), емоційну стійкість і, водночас, енергійність і соціальну сміливість. Ці студенти демонструють високий показник «радикалізму» («Q1»), що свідчить про домінування інтелектуальних інтересів та відкритість до нового досвіду, яскраву уяву та здатність до абстрагування. Когнітивний стиль характеризується високою

концептуальною диференціацією та помірним показником залежності-незалежності від поля. Позначення для цього типу таке: «Самодостатні, емоційно стабільні екстраверти – «диференційовані».

До другої категорії «успішних» студентів медиків увійшли інтроверти (7 осіб) з високим рівнем тривожності, що поєднується з нижчим показником самоефективності, але залишається в межах середнього діапазону («С»). Ця група є більш боязкою («Н»), стриманою, серйозною та розважливою («F»). Вони також демонстрували чутливість, підвищене почуття провини («O») та переживали розчарування («Q4»).

Крім того, цей тип вирізнявся орієнтацією на фактичну інформацію, а почуття, як правило, підпорядковувалися сприйняттю світу, сформованому соціальною реальністю та життєвим досвідом; вони швидко приймали чіткі рішення. Представники цього типу демонстрували консервативні тенденції, вірячи в необхідність дотримуватися чітких правил та усталених цінностей. Їхній показник залежності від поля знаходився в середньому діапазоні. Ця категорія була маркована: «Чутливі консервативні інтроверти – «недиференційовані».

«Неадаптивні» стратегії подолання когнітивних конфліктів – студентів медиків також можна поділити на дві окремі групи. Перша група складається з яскравих екстравертів (12 з 20 осіб), які характеризуються енергійним і сміливим характером, проте вони надають перевагу груповій підтримці, дотримуються конформізму і демонструють певну ригідність. Характерною рисою осіб, які належать до цієї групи, є схильність до безсистемної логіки. Вони демонструють схильність до остаточних оцінок і віддають перевагу чітко визначеному, внутрішньо несуперечливому світогляду. Їх концептуальна диференціація низька, а залежність від поля помірна. Ця група є маркованою: «Однозначні, конформістські, ригідні екстраверти – «недиференційовані».

Другий тип студентів медиків, які використовують «неуспішні» копінг-стратегії при вирішенні когнітивних конфліктів, – це інтровертовані особистості, які характеризуються стриманою, серйозною та напруженою

поведінкою. Вони демонструють більшу самодостатність («Q2») порівняно з початковою групою, але так само керуються як логікою, так і емоціями. Виражена схильність до остаточних суджень та оцінок, а також перевага простої, чіткої та несуперечливої картини світу. Порівняно з попереднім типом, у цих досліджуваних спостерігається підвищена концептуальна диференціація та схильність до польової залежності. Тип позначено: «Стримані, напружені інтроверти – диференційовані».

Виходячи з аналізу отриманих кластерних груп, важливо зазначити, що когнітивні стильові характеристики, самі по собі, не визначають «успіх» чи «невдачу» стратегій подолання, що застосовуються для вирішення усвідомленого дисонансу. Скоріше, вони функціонують як компоненти більш широких особистісних патернів. Ці патерни охоплюють аспекти характеру, особистісні властивості, характерні для студентів медиків та медичних працівників.

Важливо знати, що екстравертовані риси особистості спостерігаються в ефективних і неефективних копінг-стратегіях, які використовують студенти медици. Аналогічні спостереження стосуються й інтровертованих типів. Тому важливо проаналізувати відмінності в особистісних патернах, які визначають адекватність та успішність копінг-стратегій при подоланні усвідомленого дисонансу. Для цього необхідно порівняти екстравертів, які використовують успішні та неуспішні поведінкові копінг-стратегії: зокрема, «диференційованих» екстравертів – самодостатніх та емоційно стабільних - та «недиференційованих» екстравертів – ригідних, конформних, які демонструють більш одноманітну перспективу.

Обидві групи є активними та енергійними особистостями, демонструють соціальну сміливість і поєднують логіку та почуття у процесі прийняття рішень; крім того, вони мають схожість у когнітивному стилі, зокрема, залежність від поля. Тим не менш, «успішна» група демонструє більшу самодостатність і сильніше «Я», а також нижчий рівень ригідності порівняно з їхніми «неуспішними» колегами.

Проведемо порівняльний аналіз інтровертів, які використовують «успішні» та «неуспішні» стратегії подолання когнітивного дисонансу - це чутливі, консервативні інтроверти – «недиференційовані» та стримані, напружені інтроверти – диференційовані, з яскраво вираженою інтроверсією, що характерно для «успішної» групи. Крім того, ця група демонструє вищий за середній рівень тривожності, а також високий рівень сором'язливості, соціальної тривожності, стриманості, серйозності, опори на логіку та ригідності. Ці риси, з одного боку, сприяють необхідній розсудливості, схильності до рефлексії та цілеспрямованості, а з іншого - виховують пієтет та чутливість в оцінці власних зусиль. Однак водночас вони демонструють надзвичайно низький рівень «концептуальної диференціації».

Важливо підкреслити, що «не диференційованість» характерна для інтровертів, а «диференційованість» – для екстравертів. Вплив копінг-стратегій подолання когнітивного дисонансу на «успішність» студентів медиків може бути зумовлений як екстраверсією-інтроверсією, так і «концептуальною диференційованістю», яка діє з одного боку, а з іншого – функціонує за принципом комплементарності.

Зокрема, ці якості створюють сприятливе підґрунтя для двох «успішних» стратегій вирішення когнітивних конфліктів:

- 1) екстраверсія з високою концептуальною диференціацією;
- 2) інтроверсія з низькою концептуальною недиференційованістю.

Отже, висока концептуальна диференціація допомагає екстраверту, який, порівняно з інтровертом, менш сфокусований і менш внутрішньо спрямований, впоратися з кризовими ситуаціями. Така диференціація сприяє розрізненню більш тонких деталей і аспектів власного «Я», а також здатності продукувати власні цінності і співвідносити їх з реальністю. Екстраверти демонструють сильніше бажання бути зрозумілими іншими порівняно з інтровертами, що дозволяє їм бути прийнятими.

Сфера «людина-людина» вимагає від індивіда інтеграції у власній свідомості різноманітних, іноді суперечливих моделей реальності, точок зору та

ситуацій. Саме високий ступінь концептуальної диференціації унеможлиблює таке всебічне розуміння. Крім того, екстраверсія сприяє гнучкості, дозволяючи не зациклюватися на певних світоглядних позиціях, і сприяє динамічному сприйняттю живого людського досвіду. І навпаки, спостерігається протилежна картина: інтроверсія в поєднанні з низькою концептуальною диференціацією. Вивчення стратегій подолання кризових ситуацій у студентів медиків, які поділяються на «успішні» та «неуспішні», показало, що «успішні» стратегії пов'язані зі стабільністю у внутрішньому світі, незалежно від зовнішніх впливів.

Не будучи соціально невимушеними, розважливими, негнучкими та методичними, але демонструючи при цьому виражену відсутність диференціації, ці люди будують власні когнітивні фрейми. Ці фрейми сприяють системній рівновазі і слугують стійкою основою для самозбереження під час когнітивного конфлікту, пропонуючи оптимальне вирішення когнітивного дисонансу. Хоча ці конструкти можуть здаватися спрощеними для інших, вони задовольняють потребу суб'єкта у стабільності його внутрішнього світу. Отже, ця група студентів, як правило, є традиційними носіями класичних знань і усталених стратегій подолання труднощів.

Щодо студентів медиків, які вважаються «неуспішними» у подоланні когнітивного дисонансу, простежуються певні закономірності:

- 1) екстраверсія у поєднанні з груповою залежністю та «недиференційованим» когнітивним стилем;
- 2) інтроверсія у поєднанні з недостатньою тривожністю та чутливістю, схильністю до категоричних суджень та рішень, а також «диференційованим» когнітивним стилем.

Порівняно з «успішними» студентами медиками, обидві групи мають такі спільні характеристики, як недостатня уява, здатність до абстрагування та конкретне мислення. Важливо, що труднощі першої групи пов'язані з розумовими процесами, а другої – з міжособистісною взаємодією. Набір

когнітивно-характерологічних патернів, які перешкоджають ефективному розв'язанню когнітивного дисонансу, можна описати таким чином:

- 1) комунікабельні та товариські, але не здатні мислити абстрактно та самостійно, спираючись на широкі, недиференційовані категорії;
- 2) здатні мислити досить диференційованими категоріями, але демонструють категоричність у підходах та низькі комунікативні здібності.

Серед медичних працівників екстравертовані особистості зустрічаються як серед «успішних», так і серед «неуспішних». Успішний вихід зі стану когнітивного дисонансу у медичних працівників (зокрема, у «активних, практичних, конформних екстравертів» – «диференційованих») відрізняється від «неуспішних» («імпульсивних екстравертів» – «диференційованих» та «неемпатичних, самовпевнених, незалежних від поля») і пов'язаний зі сміливістю та емоційною стабільністю. Наприклад, «імпульсивні екстраверти» – «диференційовані» – сміливі та активні, але рішення приймають хаотично, не зважаючи на факти, логіку чи стабільні принципи (успішні амбиверти, навпаки, так не поведуться). Ці люди не відповідають специфічним вимогам у цій сфері, таким як ясність, підпорядкованість світогляду професійній реальності, а також стабільність і передбачуваність. Висока понятійна диференціація, що проявляється в хаотичності понять, складності та мозаїчності предметних категорій, спричиняє певні труднощі в пізнанні, спілкуванні та взаємодії з іншими людьми.

Неефективність копінг-стратегій, що спостерігається у «неемпатичних», «самовпевнених» і «незалежних» осіб, пояснюється їхньою чутливістю до оцінок і дотриманням певних групових норм. Рівень тривожності у них нижчий, ніж у «успішних» екстравертів, а також знижене почуття провини, але підвищене почуття впевненості в собі. Несприятливі риси особистості в цьому контексті відіграють негативну роль.

Наступний психологічний профіль, що демонструє «неуспішні» копінг-стратегії серед медичних працівників, включає «нестійких амбівалентних - недиференційованих і поле залежних» осіб. Їх нездатність вирішити

когнітивний дисонанс, ймовірно, пов'язана з вираженими невротичними і депресивними тенденціями. У цій групі помітний вплив недиференційованих і полезалежних когнітивних стилів, що, ймовірно, сприяє неуспішній навігації в когнітивному дисонансі.

Виходячи з наведених спостережень, можна зробити висновок, що серед медичних працівників, існують три основні характерологічні патерни, які перешкоджають успішному подоланню когнітивного дисонансу. Це:

- 1) надмірна самовпевненість і нечутливість до зворотного зв'язку;
- 2) виражена тривожність, напруженість і депресивні тенденції;
- 3) динамічний, життєрадісний настрій, що характеризується зниженим самоконтролем і патернами мислення/поведінки, які, здається, не узгоджуються з навколишнім середовищем. Що стосується когнітивного стилю, то особи, які належать до першої групи, є польово-незалежними і недиференційованими, до другої – польово-залежними і недиференційованими, до третьої – польово-залежними, але диференційованими.

Другий етап експериментального дослідження проводився з метою вивчення особливостей взаємозв'язку копінг-стратегій з інтенсивністю професійного стресу, зокрема, в контексті когнітивного дисонансу, який переживають медичні працівники. Метою дослідження було визначити, як емоційний стрес і подолання когнітивного дисонансу впливають на професійне та особисте життя цих медичних працівників. Дослідження проводилося на базі Кіровоградської обласної лікарні, в ньому взяли участь 103 медичних працівників: медичні працівники до 5-ті років професійного стажу (35 осіб), медичні працівники до 7-і років професійного стажу – (31 особа) та медичні працівники понад 7 років професійного стажу (37 осіб).

Для оцінки всіх осіб, які брали участь у дослідженні, ми використовували «Індекс стилю життя» (LSI) Р.Плутчика. Цей інструмент, розроблений у співпраці з Г.Келлерманом та Г.Контейном, є прямим застосуванням більш широкої теорії Р.Плутчика. Ця теорія розглядає захисні механізми в еволюційних рамках, вважаючи, що теми походять від емоцій. Модель

Р.Плутчика визначає вісім фундаментальних психологічних захисних механізмів. Те, як вони розуміються і застосовуються в рамках LSI, тісно пов'язане з усталеним теоретичним розумінням їхнього відповідного змісту. Кожен механізм проявляється через відмінні поведінкові патерни:

- пригнічення: відсутність емоційного відгуку на звістки про трагічні події; спокій перед видом людської крові; забування імен та облич людей тощо;

- регресія: повернення до шкідливих звичок при найменших незручностях (куріння, вживання алкоголю, гризіння нігтів); дитяча поведінка при гарному настрої; нетерплячість; нестриманість; імпульсивність тощо;

- заперечення – тверда віра людини в те, що вона легко вписується в оточення і всі нею захоплюються; ігнорування темних сторін життя; нездатність помічати негативні риси в інших протягом тривалого часу; наївність; довірливість та інші подібні тенденції;

- проєкція – індивід дратується на інших через наявність у них певних рис характеру (наприклад, не любить осіб, які шпигують, або тих, хто досягає своїх цілей через скандал тощо);

- компенсація – прагнення наслідувати певну особистість, мрійливість, хвалькуватість, намагання змінити свою зовнішність, готовність прийняти виклик та інші подібні риси поведінки;

- заміщення – раптова поява сильного бажання вдарити кулаком по стіні; ламання та псування речей під впливом гніву; бажання зачепити когось плечем, перебуваючи в натовпі; думки про самогубство, якщо людину відкидають інші тощо;

- реактивне утворення – відчуття огиди при дотику до чогось липкого і слизького; неприпустимість вимовляти непристойні слова; переконання особистості в тому, що її моральність вища за моральність більшості її знайомих тощо;

- раціоналізація – це прагнення ретельно обдумувати речі, не забуваючи про гнів; надмірне прагнення до об'єктивності; самоконтроль; переконання у власній правоті та інші подібні риси.

Важливо підкреслити, що під час цього етапу дослідження ми намагалися виявити специфічні захисні механізми, які використовують медичні працівники з різним стажем професійної діяльності. По суті, ми припустили, що існує зв'язок між типами захисних механізмів та особливостями професійної діяльності, що відображають професійні процеси мислення медичних працівників. Завдяки аналізу зібраних даних ми успішно створили типологію захисних механізмів, застосувавши методологію категоризації Р. Плутчика.

Психологічні особливості захисних механізмів у медичних працівників із стажем професійної діяльності понад 7 років.

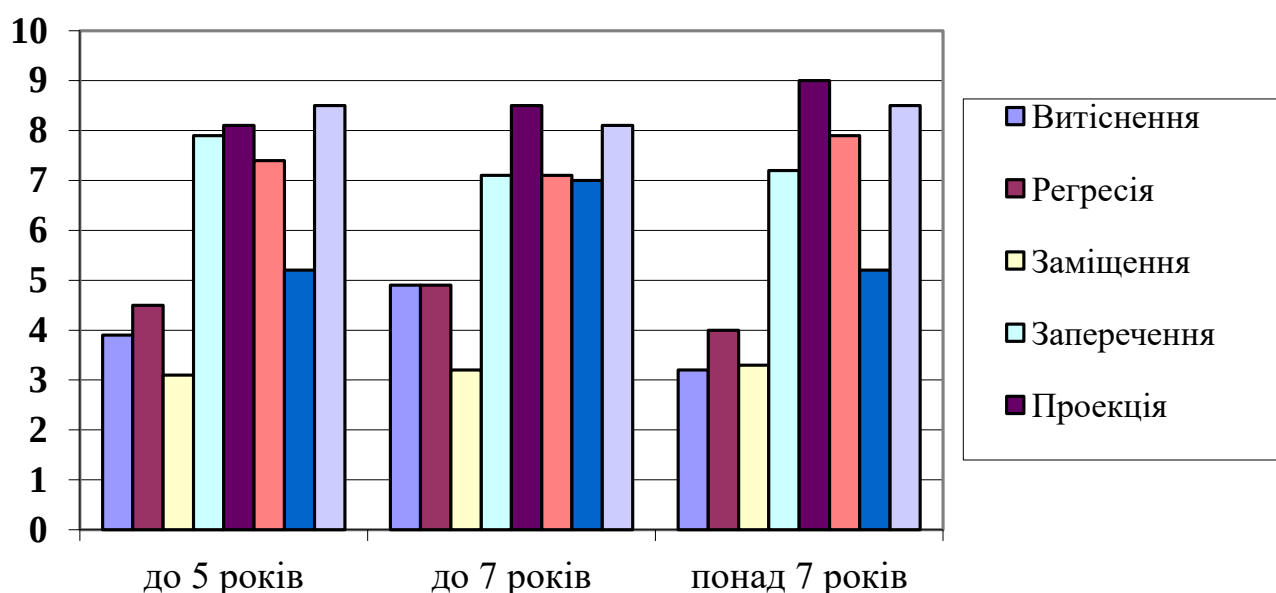


Рис. 2.1. Представленість психологічних захисних механізмів у лікарів різних спеціалізацій

На основі результатів діагностики медичних працівників із стажем професійної діяльності понад 7 років, а саме аналізу середніх балів, ми виокремили поширеність захисних механізмів.

Згідно з даними, медичні працівники із стажем професійної діяльності до 7 років переважно використовують такі психологічні захисні механізми (ПЗМ), як «проекція» і «компенсація». І навпаки, найменш використовуваними ПЗМ є «витіснення» і «регресія». Аналіз колективного порівняння використання

психологічних захисних механізмів медичними працівниками із стажем професійної діяльності понад 7 років, медичними працівниками із стажем професійної діяльності до 5 років та медичними працівниками із стажем професійної діяльності до 7 років виявляє загальну схожість тенденцій, а саме: «раціоналізація», «проекція» та «заперечення» є найбільш поширеними, а «витіснення», «придушення» та «регресія» – найменш поширеними.

Примітно, що серед медичних працівників із стажем професійної діяльності понад 7 років домінує «раціоналізація», а серед медичних працівників із стажем професійної діяльності до 7 років – «проекція»; натомість у медичних працівників із стажем професійної діяльності до 5 років спостерігається одночасне домінування «заперечення» та «раціоналізації».

На основі проведених структурованих інтерв'ю медичні працівники-респонденти високо оцінюють свою професійну діяльність. Значні 62% медичних працівників вважають свою роботу цікавою, вважаючи її каталізатором як особистого, так і професійного розвитку. Близько 75% опитаних медичних працівників вважають, що інтенсивність їхнього робочого навантаження дозволяє їм виконувати свої обов'язки на високому професійному рівні. Крім того, 63% респондентів висловлюють впевненість у своїй професійній компетентності, проте 29% фахівців визнають, що часто відчують втоми та виснаження, пов'язуючи ці відчуття з роботою та значним впливом проблем, пов'язаних з роботою, на їхнє здоров'я та життя в цілому. Крім того, лише меншість, а саме 20% медичних працівників, висловили занепокоєння щодо потенційного розвитку професійного вигорання та деформації особистості, що охоплює як особистісні, так і професійні аспекти.

Після розподілу медичних працівників на дві групи (1 – ті, хто суб'єктивно оцінює вплив робочих ситуацій на свій емоційний стан як низький, 2 – як високий) на основі суб'єктивних оцінок професійного стресу та емоційно-особистісних якостей, дослідження виявило такі взаємозв'язки. Чим частіше медичні працівники відчують почуття втоми та емоційного виснаження, пов'язані з професійною діяльністю, тим більше вони стурбовані потенційним

розвитком професійного вигорання та синдрому особистісно-професійної деформації ($r=0,51$, $p<0,05$), а також підвищується їхня схильність відстежувати власну емоційну залученість, або зв'язок, зі станом пацієнта ($r=0,53$, $p<0,05$). Підвищене сприйняття впливу проблем на робочому місці на здоров'я медичних працівників супроводжується виникненням конфліктних ситуацій під час професійної діяльності ($r=0,31$, $p<0,05$) та посиленням почуття ворожості до пацієнтів ($r=0,38$, $p<0,05$).

Таким чином, збільшення кількості конфліктних ситуацій у професійній діяльності медичних працівників можна вважати індикатором прояву професійного стресу у медичних працівників. За шкалами «Тривожність» і «Песимізм» (MMPI) у медичних працівників найчастіше спостерігається помірний прояв таких характеристик афективних станів, як тривожність і песимізм (у 68% медичних працівників). Значення, що перевищують нормативну норму, представлені у 28% (низький рівень). Водночас у 24% медичних працівників виявлено поєднання високих рівнів «тривожності» та «песимізму». Однак при порівнянні середніх значень характеристик афективних станів у медичних працівників виявлено достовірну різницю за показниками «тривожності» та «песимізму», що свідчить про підвищення рівня емоційного дискомфорту у медичних працівників, які високо оцінюють ступінь впливу виробничих проблем на свій емоційний та соматичний стан.

При порівняльному аналізі медичні працівники групи № 2 продемонстрували достовірно вищі показники порівняно з групою № 1 щодо невротичного надконтролю, емоційної афективності, ригідності та зниженої фрустраційної толерантності. Зокрема, у групі № 2 спостерігається висока поширеність емоційної відкритості – 60%, невротичного контролю над емоціями та ригідності – 47%, а також низька фрустраційна толерантність – 67%. Відповідні відсоткові показники для групи № 1 становили 39%, 41%, 28% та 50% відповідно. Ці дані свідчать про негармонійний особистісний профіль лікарів групи № 2, що свідчить про емоційний стрес, пов'язаний з їхніми професійними обов'язками.

Для дослідження потенційних упереджень в оцінці власного здоров'я серед медичних працівників, що виникають внаслідок професійного стресу, були використані шкали ММРІ. Ці шкали були розроблені для відображення реакції на стресові обставини, що проявляються або у вигляді конверсії емоційного стресу в «соматичні» симптоми, не пов'язані з об'єктивними проблемами фізичного здоров'я, зокрема, шкали «Реакція конверсії» (CR) та «Реакція соматизації» (SR). Крім того, реакції можуть мати форму занепокоєння станом здоров'я, що ґрунтується на соматичних скаргах, які розглядаються за допомогою шкал «Соматичні скарги» (SC) та «Іпохондрія» (I). Основним висновком було те, що середні показники за шкалами CR, SR, SC та Hss не мали суттєвих відхилень від встановлених норм у жодній з обстежених груп медичних працівників.

Підвищені бали за шкалою КР спостерігаються у 12%, за шкалою RS – у 22%, за шкалою Sc – у 20%, за шкалою Ips – у 28%. Слід зазначити, що в групі медичних працівників №2 «соматизація» розладів проявляється у збільшенні кількості соматичних скарг, тоді як у групі лікарів №1 – у збільшенні конверсійних реакцій. Середні показники за шкалою «соматичні скарги» в групі №2 були вище нормативних значень. У групі №1 показники за шкалою «конверсійні реакції» не перевищували норму.

Таким чином, посилення суб'єктивного дискомфорту, пов'язаного з роботою, серед медичних працівників супроводжується зростанням емоційно-афективних реакцій тривоги та песимізму, підвищеною стурбованістю станом власного здоров'я та зосередженням уваги на фізичних навантаженнях. Дисгармонія в структурі особистості медичних працівників, які значною мірою оцінюють вплив робочого місця на емоційне та соматичне самопочуття, проявляється в поєднанні емоційної збудливості та ригідності, невротичного надконтролю та низької фрустраційної толерантності. Це дозволяє зробити висновок про те, що виявлені особистісні риси є індикаторами стану професійного стресу, який переживають медичні працівники.

Достовірні відмінності були виявлені при порівнянні показників за шкалою «Ставлення до себе» у медичних працівників груп 1 і 2. Зокрема, низький рівень самоприйняття спостерігався у 39% медичних працівників групи 2. Це свідчить про зниження рівня самоприйняття та особистісного контролю над міжособистісними ситуаціями. Це зниження може вплинути на інші джерела, доступні медичним працівникам для подолання стресу, пов'язаного з професійним спілкуванням, особливо серед тих, хто суб'єктивно відчуває емоційний дистрес. Крім того, очевидно, що ситуації, пов'язані з професійною взаємодією, часто сприяють виникненню стресових ситуацій.

Також, для того, щоб зрозуміти специфічні способи, якими люди керують усвідомленими конфліктами, уникають усвідомленого дисонансу та використовують різні психологічні захисні механізми, включаючи їхню структуру та різні рівні, на яких вони функціонують, в аналіз було включено метод «Індекс стилю життя» (LifeStyle Index). Найчастіше клініцисти використовували такі захисні механізми, як «проекція» (52%), «інтелектуалізація» (47%), «компенсація» (39%) і «заперечення» (40%).

Крім того, результати тестів копінгу свідчать про те, що медичні працівники використовують ефективні методи для вирішення усвідомленого дисонансу, а саме: «аналіз проблеми» (90%) та «оптимізм» (90%). Для подолання когнітивного конфлікту та підвищення самооцінки через демонстрацію соціально прийнятної поведінки в складних професійних ситуаціях лікарі використовують підвищений самоконтроль. Більше того, 70% медичних працівників використовують «самоконтроль» як копінг-механізм, тоді як 50% вдаються до «альтруїзму». І навпаки, 41% медичних працівників намагаються приховувати свої почуття та емоції, спираючись на неконструктивну стратегію «придушення», яка, як правило, посилює негативні наслідки переживання когнітивного конфлікту та дисонансу.

Порівняння домінуючих копінг-стратегій, що спостерігається у медичних працівників 1-ї та 2-ї груп, свідчить про дещо дисгармонійну картину саморегуляції поведінки у 2-й групі. Зокрема, структура механізмів подолання

у 2-й групі характеризується переважанням «утвердження власної цінності», «співробітництва», а також «самозвинувачення» та «агресії». Таке поєднання стратегій сприяє підвищеному рівню тривожності та суб'єктивного дискомфорту.

Аналіз зв'язку між психологічними характеристиками медичних працівників, які переживають когнітивний конфлікт, за допомогою факторного аналізу дозволяє виділити наступні ключові фактори: Фактор 1, названий «професійний стрес», впливає з протилежних результатів вирішення когнітивного конфлікту і проявляється через невротичний надконтроль SM-1 ($F=0,82$), песимізм SM-2 ($F=0,8$), тривожність SM-7 ($F=0,73$) та низьку стресостійкість ES ($F=0,75$), визначену за допомогою MMPI.

При дослідженні взаємозв'язку між суб'єктивними та об'єктивними показниками усвідомлення онкологічного захворювання, пов'язаного з професійною діяльністю, було виявлено позитивну кореляцію між показниками Фактора 1 та шкалою «робота-психічний стан» ($r=0,40$, $p<0,05$). Враховуючи психологічні характеристики змінних, що входять до фактору 1, цей фактор можна інтерпретувати як стан усвідомленого дисонансу, пов'язаного зі стресом, пов'язаним з роботою.

«Стійкість до когнітивного дисонансу», яку також називають фактором 2, складається з двох ключових компонентів: низького рівня ворожості (вимірюється за шкалою VR) та високої толерантності до фрустрації (вимірюється за шкалою TCF). Ці специфічні психологічні характеристики, що сприяють задоволеності, слугують для зняття емоційного напруження, яке відчують медичні працівники, і одночасно формують відчуття суб'єктивного благополуччя.

Фактор 2 демонструє високий рівень у 48% медичних працівників, тоді як низький рівень присутній у 46%. Емпіричні дані свідчать, що показники за Фактором 1 корелюють з емоційною лабільністю, ригідністю, низькою соціальною активністю та контрольованою ворожістю. Отже, виявлено схожість між структурою особистості медичних працівників з високими

показниками за Фактором 1, що є об'єктивним показником когнітивного дисонансу, та рисами особистості медиків, які відчують емоційне виснаження, пов'язане з професійною діяльністю (за суб'єктивною оцінкою).

Позитивне вирішення проблеми когнітивного дисонансу відзначається підвищенням життєстійкості медичних працівників, а також зростанням самоприйняття. Це покращення поширюється на впевнений підхід до власних інтелектуальних здібностей, які спрямовані на ефективне подолання когнітивного дисонансу та складних професійних викликів, притаманних їхній роботі. Продемонстрований зв'язок між «стійкістю до когнітивного дисонансу» та балами, що відображають здатність до домінування та альтруїстичні тенденції, ілюструє вміння лікарів зберігати самовладання під час взаємодії з пацієнтами та готовність іноді надавати пріоритет потребам інших, а не своїм власним.

Прояв фактору «професійного стресу» (що є наслідком вирішення усвідомленого дисонансу) варіюється в різних групах медичних спеціалістів. Медичні працівники із стажем професійної діяльності до 7 років демонструють нижчі показники, тоді як медичні працівники із стажем професійної діяльності понад 7 років й до 5 років – вищі. Аналіз порівняння рівнів показників Фактора 1 у групах медичних працівників із стажем професійної діяльності понад 7 років й до 5 років за шкалами, що відображають емоційні та особистісні риси медичних працівників, виявив структурну схожість між цими спеціальностями, проте значні відмінності спостерігаються в рівнях самоприйняття та в характеристиках стилів самозахисту/саморегуляції.

Когнітивний дисонанс, який гостріше відчують медичні працівники із стажем професійної діяльності до 5 років, ніж медичні працівники із стажем професійної діяльності до 7 років, корелює з низьким рівнем самоприйняття і більшою залежністю від механізму подолання «безпорадності». «І навпаки, медичні працівники із стажем професійної діяльності до 7 років частіше використовують такий психологічний захист, як «заперечення», поряд із зануренням в альтернативні види діяльності для відволікання від поточних

проблем. Ці стратегії, ймовірно, зменшують емоційний стрес, що потенційно може сприяти адаптивній поведінці в рамках медичної професії.

Крім того, наше дослідження мало на меті з'ясувати зв'язок між показниками ефективності, зокрема, закономірностями успіху та невдач у виборі стратегій подолання під час лікування розпізнаного дисонансу, та емоційним вигоранням, якого зазнають медичні працівники із стажем професійної діяльності до 7 років. Для цього ми використали метод класифікаційної реконструкції при аналізі ключових індикаторів професійного стресу, що дозволило виявити порогові значення для різних груп медичні працівники із стажем професійної діяльності до 7 років, класифікованих за різними патернами «успішних» та «неуспішних» стратегій подолання когнітивного дисонансу на основі їх суб'єктивної оцінки стресу.

Медичні працівники із стажем професійної діяльності понад 7 років, які використовували різні стратегії, продемонстрували значні розбіжності в суб'єктивній оцінці впливу професійної діяльності на емоційне та фізичне самопочуття за шкалою «Робота-емоційний стан», що вимірюється за допомогою структурованого інтерв'ю. Результати представлені в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

Результати оцінки копінг-стратегій вирішення когнітивних конфліктів у медичних працівників із стажем професійної діяльності до 7 років, які відчувають емоційний дискомфорт у професійній діяльності

Показники	«Успішні копінг-стратегії»	«Неуспішні копінг-стратегії»
Імпульсивність» (SMIL)	22,1±1,2	29,5±1,0
Реакція соматизації	23,1±1,1	16,1±1,2
Механізми психологічного захисту (Gaim) «Витіснення»	2,8±0,3	4,7±0,6

Стратегії подолання стресу «Збільшення цінності»	4,3±0,6	3,0±0,1
Аналіз	4,9±0,1	4,3±0,1

Було виявлено, що медичні працівники із стажем професійної діяльності до 7 років, які демонстрували «невдалі» патерни, повідомляли про достовірно вищі показники втоми та емоційного виснаження, пов'язані з їхньою професійною діяльністю, порівняно з медичними працівниками із стажем професійної діяльності до 7 років, які демонстрували «успішні» патерни ($p < 0,05$). Вивчення кореляцій між суб'єктивними та об'єктивними показниками емоційного стресу, пов'язаними з професією, виявило достовірний зв'язок між показником «стратегічного патерну» та «емоційним вигоранням» ($r = 0,41$, $p < 0,05$).

Після цього спостерігається зниження суб'єктивної оцінки емоційного дискомфорту, пов'язаного з професійною діяльністю, серед медичних працівників, із стажем професійної діяльності до 7 років, віднесених до групи «неуспішних» патернів. Відсутність значущих розбіжностей за більшістю шкал оцінювання медичних працівників, із стажем професійної діяльності до 7 років, які демонструють «неуспішні» патерни та суб'єктивно відчують емоційний дискомфорт, свідчить про певну схожість структури особистості цієї групи фахівців.

«Успішні» патерни (стратегії подолання когнітивних конфліктів), які характеризуються як «активні, диференційовані» та «нерозв'язні, недиференційовані», демонструють меншу кількість випадків високих балів за Фактором 1 (8,3%) порівняно з «неуспішними» моделями, такими як «імпульсивний, диференційований» (21,4%), «неемпатичний, залежний від поля» (23,4%) і, що особливо помітно, «нестійкий, недиференційований, залежний від поля» (34,0%).

Виявлено значні відмінності між характеристиками медичних працівників, із стажем професійної діяльності до 7 років при класифікації за трьома різними копінг-стратегіями, зокрема за шкалами, призначеними для оцінки захисних та саморегуляторних поведінкових патернів. Зокрема, медичні працівники, із стажем професійної діяльності до 7 років, які використовують «невдалі» копінг-механізми для вирішення когнітивних конфліктів, мають тенденцію до підвищеної активації механізмів психологічного захисту (МПЗ).

Як і слід було очікувати, ця група демонструє більш часте та інтенсивне використання МПЗ «придушення», водночас демонструючи зниження використання стратегії «підвищення цінності». Отже, суб'єктивне зменшення емоційного дистресу, який відчувають медичні працівники, із стажем професійної діяльності до 7 років з «неуспішними» копінг-стратегіями, ймовірно, можна пояснити, насамперед, тим, що вони покладаються на «пригнічу вальну» НДМ.

Емпіричні дані щодо взаємозв'язку між стратегічними патернами та емоційним комфортом, який вимірюється фактором 2 (стресостійкість), дають інтригуючу картину. Високий рівень фактора 2 спостерігався у 53% «успішних» патернів і 47% «неуспішних». Це свідчить про те, що порівняння середніх показників стресостійкості серед медичних працівників з різними стратегічними підходами не виявляє суттєвих відмінностей. Для повного розуміння та інтерпретації цього явища потрібні подальші спеціальні дослідження.

Після порівняльного аналізу профілів медичних працівників, із стажем професійної діяльності до 7 років, які відрізняються різноманітними поведінковими патернами, показник за Фактором 1 продемонстрував кореляцію з вираженістю таких рис, як емоційна нестабільність, ригідність, знижена соціальна залученість та пригнічення управління агресією. По суті, існує помітна конвергенція в особистісній архітектурі медичних працівників, із стажем професійної діяльності до 7 років, які демонструють специфічні поведінкові патерни та підвищені показники за Фактором 1; це свідчить про

значний емоційний дистрес, що може призвести до емоційного виснаження, пов'язаного з їхніми професійними обов'язками (за суб'єктивною оцінкою). Отже, емоційна нестійкість, когнітивно-стильові дизонтології, негнучкість, відстороненість, почуття нелюбові до себе в поєднанні з неприйняттям інших у сукупності є факторами ризику, що сприяють професійному стресу, вигоранню та несприятливому розв'язанню когнітивного дисонансу.

Загалом, важливо усвідомлювати, що підвищена стресостійкість у медичних працівників, із стажем професійної діяльності до 7 років йде рука об руку з самоприйняттям і впевненою оцінкою власних інтелектуальних здібностей. Ці когнітивні сильні сторони мають вирішальне значення для подолання професійно складних, суб'єктивно складних сценаріїв. Кореляція між стресостійкістю та показниками, що відображають домінування та альтруїзм, свідчить про те, що медичні працівники, із стажем професійної діяльності до 7 років мають здатність до самовладання у взаємодії та співпраці з пацієнтами, охоче віддаючи пріоритет потребам пацієнта, навіть за рахунок власних коштів.

Вивчення специфічних когнітивних стратегій, їх взаємозв'язку з особистісними рисами та інтенсивністю професійного стресу серед медичних працівників із різним стажем професійної діяльності – до 5 років, до 7 років й понад 7 років – сприяло глибшому розумінню наслідків, що впливають із стратегій подолання стресу, які використовують ці медичні працівники.

Звичайно, медичні працівники можуть зіткнутися з наступними несприятливими наслідками при вирішенні когнітивного дисонансу: поєднання суворого контролю над проявами негативних емоційних реакцій з підвищеним рівнем тривожності.

Окремо варто зазначити, що вирішення когнітивного дисонансу має низку корисних ефектів:

- підвищена стійкість до стресу;
- зниження схильності до агресії;
- підвищення альтруїстичних тенденцій;

- самоприйняття.

Крім того, критичні спостереження, отримані в результаті напівпілотажного експерименту, підкреслюють важливу проблему: зростання суб'єктивного дискомфорту, який відчувають медичні працівники у зв'язку з їхньою професійною відповідальністю. Цей підвищений рівень стресу проявляється у виникненні соматичних скарг, які визнані одним із способів прояву афективних розладів, що виникають внаслідок стресу. Слід зазначити, що медичні працівники, які переживають усвідомлений дисонанс, як правило, демонструють дисгармонійну саморегуляцію поведінки, що пов'язано з вибором певних механізмів подолання стресу, серед яких «утвердження самоцінності», «самозвинувачення», «агресія», а також часте використання механізму психологічного захисту «регресія».

Загалом, слід зазначити, що поширеність професійного стресу серед медичних працівників пов'язана з переживанням усвідомленого дисонансу. Цікаво, що інтенсивність відчуття усвідомленого дисонансу, а отже, і професійного стресу, є вищою серед медичних працівників із стажем професійної діяльності до 5 років порівняно з медичними працівниками із стажем професійної діяльності до 7 років. Ця відмінність пов'язана з унікальними характеристиками патернів саморегуляції поведінки та особливостями самоприйняття.

Наприклад, структура психологічних захисних механізмів у медичних працівників із стажем професійної діяльності до 7 років характеризується більш вираженим використанням «заперечення» як захисного механізму. І навпаки, патерни саморегуляції поведінки медичних працівників із стажем професійної діяльності до 5 років демонструють переважання дезадаптивного копінг-механізму «безпорадності». Крім того, медичні працівники із стажем професійної діяльності до 7 років, як правило, демонструють вищий рівень самоприйняття порівняно з медичними працівниками із стажем професійної діяльності до 5 років.

Варто зазначити, що існує значна різниця в тому, як медичні працівники із стажем професійної діяльності до 7 років суб'єктивно оцінюють вплив своєї професійної діяльності на емоційне та фізичне самопочуття, залежно від обраної ними стратегії. Медичні працівники із стажем професійної діяльності до 7 років, які демонструють «неуспішний» патерн, мають тенденцію до більш високого рівня «втоми» та емоційного виснаження, пов'язаного з їхньою професійною діяльністю. І навпаки, медичні працівники із стажем професійної діяльності до 7 років з «успішним» патерном часто відчують емоційне задоволення від ефективності їхніх професійних зусиль.

Таким чином, аналізуючи кореляцію між суб'єктивними та об'єктивними показниками емоційного дискомфорту, пов'язаного з професійною діяльністю, встановлено зв'язок між показником «стратегічного патерну» та «емоційним вигоранням». При цьому підвищення суб'єктивної оцінки емоційного дискомфорту, пов'язаного з професійною діяльністю медичних працівників із стажем професійної діяльності до 7 років, насамперед відбувається в групі, яка демонструє «неуспішні» патерни.

Безперечно, «успішні» патерни – стратегії подолання когнітивних конфліктів, що характеризуються «активним, диференційованим» та «нерішучим, недиференційованим» підходами – демонструють менший ступінь професійного стресу порівняно з «неуспішними» патернами, до яких належать «імпульсивні, диференційовані», «неемпатійні, залежні від поля» та, особливо, «нестійкі, недиференційовані, залежні від поля» стратегії.

На основі результатів емпіричних досліджень ми робимо особливо важливе спостереження: значні відмінності між характеристиками медичних працівників із стажем професійної діяльності до 7 років пов'язані з різними копінг-стратегіями, вбудованими в їхні захисні та саморегуляційні поведінкові патерни. Зокрема, при підвищеному вияві «невдалих» копінг-механізмів у вирішенні когнітивних конфліктів спостерігається підвищена активація психологічних захисних механізмів, що призводить до більш інтенсивного застосування таких стратегій, як «придушення», поряд із зменшенням

використання стратегії «переоцінки». Варто зазначити, що суб'єктивна редукція емоційного дистресу, який відчувають медичні працівники із стажем професійної діяльності до 7 років, що застосовують «невдалі» копінг-стратегії, пов'язана насамперед з використанням психологічного захисного механізму «придушення».

Дуже важливо виявити зв'язок між стратегічними патернами та оцінкою емоційного комфорту, зокрема стресостійкості. Високий рівень стресостійкості спостерігається переважно в «успішних» патернах порівняно з «неуспішними».

Зрештою, порівняльний аналіз медичних працівників із стажем професійної діяльності до 7 років, розподілених за різними моделями, виявив взаємозв'язок між фактором «Професійний стрес» та вираженістю таких характеристик, як емоційна нестабільність, ригідність, знижена соціальна активність та пригнічена ворожість. Це спостереження дозволяє виявити схожість особистісних структур медичних працівників із стажем професійної діяльності до 7 років, які мають певні закономірності та підвищені показники за фактором «Професійний стрес». Цей фактор слугує своєрідним індикатором, що вказує на наявність емоційного дискомфорту серед медичних працівників, особливо тих, хто відчуває емоційне виснаження – стан, який пов'язаний насамперед з професійною діяльністю (за суб'єктивною оцінкою). Очевидно, що емоційна нестійкість, когнітивно-стильові риси, ригідність, відстороненість і відсутність самоприйняття поряд із неприйняттям інших є значущими факторами ризику професійного стресу, вигорання та несприятливого розв'язання когнітивного дисонансу.

З вищесказаного випливає таке:

1. Механізмом формування професійного стресу у медичних працівників є поєднання високого контролю над проявами негативних реакцій, високого рівня тривожності, песимізму та зниженої здатності до інтеграції поведінки в стресових ситуаціях, пов'язаних з професійною діяльністю.

2. Життєстійкість медичних працівників із стажем професійної діяльності до 7 років проявляється в самоприйнятті та твердій вірі в свої когнітивні

здібності, що є критично важливими для подолання професійно складних ситуацій. крім того, ця життєстійкість проявляється в тому, що медичні працівники із стажем професійної діяльності до 7 років демонструють домінантність та альтруїзм; ці риси корелюють з їхньою здатністю до серйозної комунікації та взаємодії з пацієнтами, а також, коли це необхідно, надавати перевагу потребам пацієнта, а не особистим інтересам.

3. Ескалація суб'єктивного дискомфорту, який відчують медичні працівники у зв'язку з виконанням своїх професійних обов'язків, супроводжується зростанням частоти соматичних скарг. Це розуміється як прояв афективних порушень внаслідок впливу стресу.

4. Медичні працівники, які відчують усвідомлений дисонанс, зазвичай демонструють поведінкову неузгодженість. Структура цього поведінкового синдрому відзначається залежністю від таких механізмів подолання, як «встановлення самооцінки», «самозвинувачення» та «агресія». Крім того, спостерігається активне використання механізму психологічного захисту «регресії».

5. Медичні працівники із стажем професійної діяльності до 5 років, на відміну від медичних працівників із стажем професійної діяльності до 7 років, схильні відчувати більший ступінь усвідомленого дисонансу і, як наслідок, професійного стресу. Психологічні захисні механізми, що використовуються медичними працівниками із стажем професійної діяльності до 7 років, характеризуються більш вираженим використанням «заперечення». Медичні працівники із стажем професійної діяльності до 5 років демонструють поширене використання неадаптивної копінг-стратегії «безпорадності» в рамках самогальмуючих поведінкових патернів. Рівень самоприйняття серед медичних працівників із стажем професійної діяльності до 7 років загалом вищий, ніж серед їхніх колег медичних працівників із стажем професійної діяльності до 5 років.

Отже, на завершення психологічного аналізу результатів, отриманих під час експериментальної фази, необхідно сформулювати наступні висновки.

1. Спираючись на емпіричні дані, зібрані в ході нашого дослідження (декларативна частина), нам вдалося виявити чіткі моделі поведінки студентів-медиків і медичних працівників із різним стажем професійної діяльності, коли вони долають когнітивний дисонанс. Кластерний аналіз зібраних даних чітко виокремив кластери, що представляють «успішні» та «неуспішні» стратегії подолання когнітивного дисонансу, які застосовуються для пом'якшення когнітивного дисонансу.

2. Кластер «успішних» поведінкових патернів у медичних працівників, виявлений за допомогою кластерного аналізу, складається з двох різних типів. Обидва ці типи мають спільні характеристики, найбільш помітними з яких є відсутність інтроверсії та польової залежності:

Другий тип характеризується меншою екстраверсією та соціальною сміливістю в поєднанні з сильним почуттям власної гідності. Вони, як правило, більш схильні до тривожності. Для них характерний пріоритет логіки над емоціями, високий ступінь польової незалежності та відсутність диференціації: «нерішучі, польово-незалежні, недиференційовані».

3. Ми виділили три окремі категорії медичних працівників із різним стажем професійної діяльності, кожна з яких демонструє специфічні поведінкові патерни, що вважаються «неуспішними» при подоланні усвідомленого дисонансу. Перший тип характеризується переважно вираженою екстраверсією: особистості часто описуються як дуже життєрадісні, енергійні та демонструють мінімальний рівень тривожності. Ці медичні працівники мають тенденцію до зниження саморегуляції, роблять імпульсивний вибір. Їхній процес прийняття рішень частіше керується емоціями, а їхні взаємодії менш стримані. Водночас вони демонструють більшу чутливість та емпатію, ніж інші. Вони значною мірою покладаються на думку колег, з меншою ригідністю мислять і часто відкладають висновки, не поспішаючи з твердими судженнями.

Цей особливий тип характеризується високим ступенем «концептуальної диференціації». Крім того, вони, як правило, більш залежні від поля порівняно з

незалежними індивідами: «імпульсивні екстраверти є «диференційованими». Труднощі з фіксацією усвідомленого дисонансу виникають насамперед через проблеми соціальної адаптації, особливо під час взаємодії з пацієнтами та колегами.

Другий тип «невдалих» копінг-стратегій, що застосовуються медичними працівниками під час вирішення усвідомленого дисонансу, пов'язаний з підвищеним рівнем тривожності та занепокоєння, але менш вираженою емоційною стабільністю. Цей патерн характеризується соціальною тривогою, досить виразними депресивними тенденціями, фрустрацією та надмірною обережністю. Порівняно з іншими «неуспішними» поведінковими патернами, цей демонструє дуже чітку «концептуальну не диференційованість» у поєднанні з «залежним від поля» когнітивним стилем: «нестійкі амбіверти – недиференційовані, залежні від поля».

Третій патерн характеризується чітко вираженим польово-незалежним когнітивним стилем. Хоча польова незалежність сама по собі не гарантує успішного вирішення когнітивного дисонансу, висока схильність до спілкування в поєднанні зі зниженим рівнем міжособистісної чутливості та самовпевненості створює труднощі у взаємодії з пацієнтами та колегами, що призводить до конфліктів: «неемпатичний, самовпевнений польовий незалежний».

4. Моделі успішного вирішення когнітивного дисонансу, що спостерігаються у студентів-медиків, проявляються у двох різних типах. перший характеризується екстраверсією, емоційною стійкістю, високим рівнем енергії та соціальною впевненістю. важливо відзначити переважання «радикалізму» в цій групі, поряд із сильною інтелектуальною допитливістю та готовністю до сприйняття нових ідей. Крім того, особи цієї категорії зазвичай демонструють яскраву уяву та здатність до абстрактного мислення. У когнітивному плані цей патерн характеризується високою концептуальною диференціацією та проміжним показником за шкалою «залежність-

незалежність від поля»; таким чином, його можна охарактеризувати як «самодостатні, емоційно стабільні екстраверти – диференційовані».

Друга категорія «успішних» поведінкових патернів, що спостерігається у студентів-медиків, пов'язана з інтроверсією, підвищеним рівнем особистісної тривожності та дещо зниженою «силою Его» (хоча й не нижче середнього порогу). Ці люди також демонструють такі риси, як сором'язливість, стриманість, серйозність і розсудливість. Крім того, цей тип відзначається чутливістю, підвищеним почуттям провини і фрустрацією. Однак, для них характерні більша опора на факти, ніж на емоції, узгодження особистого світогляду з соціальними реаліями та діяльністю, швидкі висновки. Вони, як правило, більш консервативні, вірять у необхідність дотримання чітких правил і цінностей. Рівень польової залежності середній: «чутливі, консервативні інтроверти – «недиференційовані».

5. «Неуспішні» патерни, що спостерігаються в процесі вирішення студентами-медиками усвідомленого дисонансу, можна класифікувати за двома типами. До першого типу належать високоекстравертовані індивіди, які характеризуються значною енергійністю та сміливістю. Виявляючи сильну схильність до групової підтримки і конформізму, ці люди схильні до ригідності, у них відсутні акценти в логічних міркуваннях, простежується схильність до однозначних суджень і дотримання послідовного світосприйняття. Концептуальна диференціація низька, залежність від поля помірна, тому їх можна охарактеризувати як «недиференційованих екстравертів: однозначні, конформні, ригідні».

До другого типу належать інтроверти - стримані, серйозні, напружені особистості, які, попри це, демонструють більший ступінь самодостатності, ніж представники першого типу. Для них характерна схильність до однозначних суджень і оцінок у поєднанні з перевагою прямолінійного, чіткого і послідовного світосприйняття. Порівняно з попереднім типом, вони демонструють вищу «концептуальну диференціацію» і схильність до «залежності від поля»: «Стримані, напружені інтроверти диференційовані».

6. Таким чином, на основі емпіричних даних і результатів статистичного та математичного аналізу можна виділити дві стратегії успішного подолання когнітивного дисонансу: 1) екстраверсія в поєднанні з високим ступенем концептуальної диференціації; 2) інтроверсія в поєднанні з низькою концептуальною недиференційованістю.

7. Розмежувальним фактором між «успішними» та «неуспішними» моделями поведінки студентів-медиків у кризових ситуаціях є нестабільність їхнього внутрішнього світу. Важливо підкреслити, що саме рівень соціальної взаємодії, врівноваженість, негнучкість, послідовність, поряд з помітною недостатньою диференційованістю, сприяють формуванню унікальних когнітивних конструктів, які, в свою чергу, врівноважують загальну систему. Вони виступають передумовою стабільності та самозбереження в умовах когнітивного конфлікту і забезпечують найкраще вирішення когнітивного дисонансу.

Однак «неефективність» копінг-стратегій, що застосовуються студентами-медиками при вирішенні когнітивного дисонансу, зумовлена: 1) екстраверсією у поєднанні з груповою залежністю та «недиференційованим» когнітивним стилем; 2) інтроверсією у поєднанні з недостатньою тривожністю та чутливістю, схильністю до категоричних суджень і рішень, а також «диференційованим» когнітивним стилем. Критично важливими характеристиками цих патернів є недостатність уяви, порушення здатності до абстрагування та переважання конкретного мислення.

Як когнітивні, так і характерологічні патерни, що не сприяють успішності подолання стану когнітивного дисонансу, можна охарактеризувати як 1) комунікабельність, відкритість, але нездатність мислити абстрактно і самостійно, використовуючи великі, недиференційовані категорії; 2) міркування в достатньо диференційованих категоріях, але в категоричній формі, що свідчить про низький рівень комунікативних навичок.

8. Здатність медичних працівників ефективно долати усвідомлений дисонанс пов'язана з їхньою мотивацією та емоційною рівновагою. однак, з

огляду на архетип «імпульсивного екстраверта», ці особистості демонструють особливий тип хоробрості та енергії, але їхні рішення мають тенденцію до безсистемного прийняття. Така поведінка суперечить специфічним вимогам професії медичного працівника, яка потребує ясності, чіткості світогляду, тісного зв'язку з професійною реальністю, а також стабільності та передбачуваності. Отже, високий ступінь концептуальної диференціації, що проявляється в хаотичному розумінні, складних і фрагментованих суб'єктивних категоріях, створює проблеми як у пізнанні, так і в комунікації, ускладнюючи ефективну професійну взаємодію.

Висновки до розділу

У розділі визначено методичні основи дослідження та його процедуру, обґрунтовано психодіагностичний інструментарій та його відповідність завданням дослідження; наведено методи кількісної обробки результатів дослідження; проведено констатувальний експеримент та узагальнено його результати.

Проведено диференціацію моделей поведінки медичних працівників, які перебувають на різних етапах професіогенезу, під час подолання ними когнітивного дисонансу, з урахуванням взаємодії особистісних рис та когнітивно-стильових характеристик. Кластерний аналіз дозволив виокремити кластери, що представляють продуктивні та непродуктивні стратегії подолання негативних проявів когнітивного дисонансу.

Показано, що кластер продуктивних поведінкових патернів медичних працівників з різним стажем професійної діяльності складається з типів, які мають спільні характеристики, провідними з яких є відсутність інтроверсії та полезалежності. Перший тип: «активні, прагматичні, конформні екстраверти – «диференційовані», другий: «нерішучі, полenezалежні «недиференційовані».

Виділено окремі категорії медичних працівників із різним стажем професійної діяльності, кожна з яких демонструє специфічні поведінкові патерни, що вважаються непродуктивними при подоланні когнітивного дисонансу. Перший тип характеризується переважно вираженою екстраверсією. Респонденти цього типу описуються як життєрадісні, енергійні; вони демонструють мінімальний рівень тривожності. Ці досліджувані мають тенденцію до зниження саморегуляції, часто роблять імпульсивний вибір. Процес прийняття рішень переважно керується емоціями, а їх взаємодії менш стримані. Водночас, вони демонструють більшу чутливість та емпатію, ніж інші респонденти. Вони значною мірою покладаються на думку колег, з меншою ригідністю мислять і часто відкладають висновки, не поспішаючи з твердими судженнями. Цей тип характеризується високим ступенем

«концептуальної диференціації». Крім того, вони, як правило, більш залежні від поля порівняно з незалежними індивідами: «імпульсивні» екстраверти є «диференційованими». Труднощі з фіксацією усвідомленого дисонансу виникають, насамперед, через проблеми професійної взаємодії.

Другий тип непродуктивних копінг-стратегій, що застосовуються медичними працівниками з різним стажем професійної діяльності під час подолання когнітивного дисонансу, пов'язаний з підвищеним рівнем тривожності та занепокоєнням, але менш вираженою емоційною стабільністю. Цей патерн характеризується соціальною тривогою, досить вираженими депресивними тенденціями, фрустрацією та надмірною обережністю. Порівняно з іншими непродуктивними поведінковими патернами, цей тип демонструє чітку «концептуальну недиференційованість», у поєднанні з «залежним від поля» когнітивним стилем: «нестійкі амбіверти – недиференційовані, залежні від поля».

Третій патерн по цій вибірці респондентів характеризується чітко вираженим полenezалежним когнітивним стилем. Хоча полenezалежність сама по собі не гарантує успішного подолання когнітивного дисонансу, висока схильність до спілкування, в поєднанні зі зниженим рівнем міжособистісної чутливості та самовпевненості, створює труднощі у професійній взаємодії, що призводить до конфліктів: «неемпатійний, самовпевнений полenezалежний».

Визначено моделі продуктивного подолання когнітивного дисонансу, що спостерігаються у майбутніх медичних працівників, та проявляються у двох різних типах. Перший тип характеризується екстраверсією, емоційною стійкістю, високим рівнем енергії та соціальною впевненістю. Важливо відзначити також переважання «радикалізму» в цій групі, поряд із сильною інтелектуальною допитливістю та готовністю до сприйняття нових ідей. Крім того, досліджувані цієї категорії зазвичай демонструють яскраву уяву та здатність до абстрактного мислення. В когнітивному плані цей патерн характеризується високою концептуальною диференціацією та проміжним показником за шкалою «залежність-незалежність від поля», а отже його можна

охарактеризувати як «самодостатні, емоційно стабільні екстраверти – диференційовані».

Друга категорія продуктивних поведінкових патернів, що спостерігається у майбутніх медичних працівників, пов'язана з інтроверсією, підвищеним рівнем особистісної тривожності та дещо зниженою силою Его (не нижче середнього рівня). Ці досліджувані також демонструють такі риси, як сором'язливість, стриманість, серйозність і розсудливість. Крім того, цей тип відзначається чутливістю, підвищеним почуттям провини і фрустрацією. Однак, для них характерні більша опора на факти, ніж на емоції, узгодження особистого світогляду з соціальними реаліями та діяльністю, швидкі висновки. Вони, як правило, більш консервативні, віддають перевагу дотриманню чітких правил і цінностей. Рівень незалежності середній: «чутливі, консервативні інтроверти – «недиференційовані».

Уособлено непродуктивні патерни, що спостерігаються в процесі подолання майбутніми медичними працівниками когнітивного дисонансу. До першого типу належать високоекстравертовані респонденти, які характеризуються значною енергійністю та сміливістю. Виявляючи значну схильність до групової підтримки і конформізму, вони схильні до ригідності, у них простежується тенденція до однозначних суджень і дотримання послідовного світосприйняття. Концептуальна диференціація низька, залежність від поля помірна, тому їх можна охарактеризувати як «недиференційованих екстравертів: однозначні, конформні, ригідні».

До другого типу належать інтроверти – стримані, серйозні, напружені, які, попри це, демонструють більший ступінь самодостатності, ніж представники першого типу. Для них характерна схильність до однозначних суджень і оцінок, у поєднанні з перевагою прямолінійного, чіткого і послідовного світосприйняття. Порівняно з першим типом, вони демонструють вищу «концептуальну диференціацію» і схильність до «залежності від поля»: «стримані, напружені інтроверти, диференційовані».

Загалом на основі емпіричних даних і результатів статистичного аналізу виокремлено дві стратегії продуктивного подолання когнітивного дисонансу: екстраверсія в поєднанні з високим ступенем концептуальної диференціації та інтроверсія в поєднанні з низькою концептуальною недиференційованістю.

Доведено, що розмежувальним фактором між продуктивними та непродуктивними моделями поведінки майбутніх медичних працівників, зокрема в кризових ситуаціях, є нестабільність їхнього внутрішнього світу. Важливо підкреслити також, що саме рівень соціальної взаємодії, врівноваженість, послідовність, поряд з помітною недостатньою диференційованістю, сприяють формуванню унікальних когнітивних конструктів, які, в свою чергу, врівноважують загальну систему. Вони виступають передумовою стабільності та самозбереження в умовах когнітивного конфлікту і забезпечують подолання негативних проявів когнітивного дисонансу.

Узагальнено, що непродуктивність копінг-стратегій, які застосовуються майбутніми медичними працівниками при вирішенні когнітивного дисонансу, зумовлена: екстраверсією у поєднанні з груповою залежністю та «недиференційованим» когнітивним стилем; інтроверсією у поєднанні з недостатньою тривожністю та чутливістю, схильністю до категоричних суджень і рішень, а також «диференційованим» когнітивним стилем. Критично важливими характеристиками цих патернів є недостатність уяви, порушення здатності до абстрагування та переважання конкретного мислення.

Як когнітивні, так і характерологічні патерни, що не сприяють успішності подолання негативних проявів когнітивного дисонансу, можна охарактеризувати так: нездатність мислити абстрактно і самостійно, використовуючи великі, недиференційовані категорії; міркування в достатньо диференційованих категоріях, але в категоричній формі, що свідчить про низький рівень комунікативних навичок.

Зазначено, що здатність медичних працівників ефективно долати когнітивний дисонанс пов'язана з їхньою мотивацією та емоційною

рівновагою. Однак, з огляду на архетип «імпульсивного екстраверта», ці респонденти демонструють особливий тип хоробрості та енергії, проте їх рішення мають тенденцію до безсистемного прийняття. Така поведінка суперечить специфічним вимогам професії медичного працівника, яка потребує ясності, чіткості світогляду, тісного зв'язку з професійною реальністю, а також стабільність та передбачуваність. Отже, високий ступінь концептуальної диференціації, що проявляється в хаотичному розумінні, складних і фрагментованих суб'єктивних категоріях, створює проблеми як у пізнанні, так і в комунікації, ускладнюючи ефективну професійну взаємодію.

Безумовно, властивості когнітивного стилю безпосередньо не зумовлюють продуктивність або непродуктивність стратегій подолання труднощів, які проявляються у процесі вирішення когнітивних колізій. Натомість, вони виступають частиною індивідуальних моделей, що поєднують риси характеру та особистісні особливості респондентів.

Встановлення взаємозалежності між індикаторами професійного стресу, рівнем стресостійкості та способами подолання труднощів відбувалося на вибірках, що об'єднували медичних працівників із різним стажем професійної діяльності, до 5 років, до 7 років й понад 7 років. Виявлено, що зростання суб'єктивного відчуття дискомфорту у вищезазначених групах медичних працівників, яке виникає через професійну діяльність, супроводжується збільшенням кількості соматичних симптомів, як одного зі способів прояву афективних розладів, спровокованих стресовими чинниками професійної діяльності.

Дані, отримані на констатувальному етапі дослідження, були застосовані при розробці комплексної соціально-психологічної програми формування конфліктологічної культури медичних працівників з метою подолання негативних проявів когнітивного дисонансу в їх професійній діяльності.

Основні положення розділу відображено в таких публікаціях авторки: [91; 92; 93; 94; 95].

РОЗДІЛ 3

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПОДОЛАННЯ НЕГАТИВНИХ ПРОЯВІВ КОГНІТИВНОГО ДИСОНАНСУ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

3.1. Принципи побудови та зміст соціально-психологічної програми формування конфліктологічної культури медичних працівників з метою подолання негативних проявів когнітивного дисонансу в їх професійній діяльності

Відповідно до представленої теоретичної моделі «конфліктологічної культури» медичних працівників, було створено відповідну комплексну програму, а її адаптація здійснювалася в межах експериментальної групи, учасниками якої стали медичні працівники.

Завдання третього етапу дослідження було вирішено шляхом впровадження соціально-психологічної програми формування конфліктологічної культури медичних працівників з метою подолання негативних проявів когнітивного дисонансу в їх професійній діяльності, що включає теоретичний навчальний курс для медичних працівників і серію практичних занять, орієнтованих на формування ціннісного ставлення до життя, професійної діяльності, навичок конфліктологічної культури, а також «успішних копінг-стратегій особистості для корекції та профілактики внутрішніх конфліктів, стану когнітивного дисонансу».

Цей курс поділяється на два теоретичні блоки – «Професійна стресологія» та «Основи професійної реабілітації». Крім того, для медичних працівників експериментальної групи було розроблено тренінг корекції емоційних станів із

використанням музикотерапії та тренінг соціальної адаптованості із залученням психокорекційних тілесно-орієнтованих вправ.

Для реалізації поставленої мети ми створили серію лекційно-практичних заходів, що базуються на теоретичній моделі «конфліктологічної культури» медичного працівника. Ці заходи включають цикл лекцій, присвячених теорії когнітивного дисонансу, внутрішньоособистісним конфліктам та їх специфічним проявам у професійній діяльності медичних працівників, а також серію семінарів, спрямованих на формування ціннісного ставлення до життя, професії, і оволодіння техніками профілактики та корекції «непродуктивних» моделей поведінки, схильності до професійного стресу.

Зміст програми.

Перший теоретичний блок «Професійна стресологія».

1. Образ особистості в сучасних психологічних концепціях:

- образ особистості в психоаналізі та неофрейдизмі;
- гуманістична психологія про самоактуалізацію особистості;
- проблема особистості у вітчизняній психології.

2. Соціально-психологічний аналіз кризових ситуацій:

- поняття кризи;
- специфіка та типологія особистісної кризи. Темпоральна характеристика кризових станів. Криза як фактор трансформації особистості;
- криза крізь призму надзвичайних ситуацій. Екстрена психологічна допомога.

3. Особистість у стані когнітивного дисонансу:

- загальне уявлення про когнітивний дисонанс. Когнітивний дисонанс та методи його вивчення;
- особливості (стратегії) поведінки особистості у стані когнітивного дисонансу;
- вихід із стану когнітивного дисонансу. Медіаторна роль психолога у вирішенні внутрішнього конфлікту особистістю.

- особистість, що зазнала травми. Стреси, зумовлені складними життєвими обставинами, втратою, насильством;

- професійний стрес. Труднощі самоконтролю та психологічної корекції у робочому процесі;

- психотерапевтична допомога після стресових станів.

5. Психологія здоров'я та хвороб:

- хвороба як фактор кризи та реагування на кризу;

- песимістичний погляд та здоров'я. Депресія як максимальний ступінь песимізму. Методи зміни песимізму на оптимізм;

- спосіб життя як основа фізичного та психологічного благополуччя. Суб'єктивне сприйняття здоров'я. Взаємозалежність та вплив фізичного та ментального здоров'я.

6. Копінг-стратегії поведінки особистості в складних життєвих умовах, під час кризи, конфлікту, стресу:

- принципи, що визначають самоопановуючу поведінку;

- копінг-процеси: свідомі та підсвідомі рівні. Активна та пасивна копінг-поведінка. Копінг-стиль, що використовується в сім'ї;

- дослідження копінг-стратегій з використанням спеціалізованих опитувальників та психологічних методів діагностики;

- технології управління психологічним здоров'ям. Арт-терапія.

7. Професійна стресологія:

- стрес в роботі медичного працівника. Стресостійкість як ключова професійна характеристика особистості медичного працівника;

- діагностика стресу та стресостійкості у професійній діяльності медичного працівника;

- профілактика та подолання стресу в професійній діяльності. Можливості покращення стресостійкості у робочому процесі.

Додатково пропонується обговорення у форматі дискусії: «Стратегії подолання труднощів у ситуації когнітивного дисонансу, професійного стресу».

Також здійснюються консультації з питань:

1. Психологічні теорії та методи надання психологічної підтримки.
2. Труднощі пристосування до нового культурного оточення.
3. Суперечності в різних сферах особистісних взаємин.
4. Професійні конфлікти та рольові фактори дезадаптації.
5. Синдроми «професійного вигорання» та «хронічної втоми».
6. Особливості мотивації в самоопановуючій поведінці.
7. Вплив релігії на подолання кризових станів.
8. Роль мистецтва та ЗМІ в опануванні кризових ситуацій та станів.

Другий теоретичний блок

1. Проблема психологічної реабілітації:

- визначення психологічної реабілітації; історико-культурне обґрунтування психологічної реабілітації; сучасне бачення проблеми реабілітації в суспільстві;
- специфіка психологічної реабілітації; її місце в системі психологічної допомоги; основні напрямки психологічної реабілітації та їх відмінності у практичному підході до пацієнта;

2. Психологічна реабілітація особистості в залежності від особливостей психологічного стану:

- особистість в кризовому стані; посттравматичний стрес; травмуючі життєві події, що виходять за межі «нормального людського досвіду». Трансферні елементи проблеми особистості: образи минулого, стилі спілкування з оточуючими, об'єкти з дитинства;

- діагностичні методи, що застосовуються для встановлення особистісної зрілості пацієнта, котрий потребує реабілітаційних заходів; його роль у соціумі; сутність соціальних взаємозв'язків, характерних рис соціального оточення індивідуума;

- методи ідентифікації проблем особистості, чинників її соціальної дезадаптації: консультування, заповнення анкет, експертні інтерв'ю, метод незалежних характеристик, спостереження, тестування, проведення інтерв'ю, аналіз історії сім'ї та соціальної біографії;

4. Системний підхід у психологічній реабілітації:

- концептуальні рівні надання психологічної допомоги особистості; прагнення до змін, тенденції їх збереження. Два різновиди ключових процедур: підтримка та супровід.

Підтримка: роз'яснення почуттів, думок; надання реалістичного заспокоєння; прийняття взаємовідносин; забезпечення зворотного зв'язку стосовно власної поведінки під час взаємодії з оточуючими; робота з емоціями пацієнта.

Супровід: формування вміння жити в суспільстві, співпрацювати; розвиток терпимості до інших осіб, відмінних позицій, точок зору; виховання відповідальності, впевненості у собі; навчання вирішенню життєвих труднощів; тренування навичок самоконтролю, саморегуляції, уникнення перекладання на інших розв'язання особистих проблем; усвідомлення обмежень.

5. Ключові технології практичної реабілітації корекції і компенсації:

- психологічна реабілітація і корекція осіб (соціальних груп), що потребують допомоги та підтримки (активізація та самоактивізація особистості, утвердження позитивного сприйняття власної «Я-концепції», побудова нових життєвих планів, ситуацій, інтеграція в референтні групи, поетапна особистісна реабілітація, профілактика подальших проявів соціальної дезадаптації);

6. Прийоми психологічної реабілітації:

- комплекс заходів, що має на меті покращення та відновлення психологічного благополуччя громадян, які потребують реабілітації та повернення до активного життя. Психологічна реабілітація, як вплив на психічну сферу особистості, спрямована на подолання у її свідомості уявлень про відсутність сенсу життєвої діяльності. Методи зняття психологічної напруги: аутогенне тренування, релаксація, медитація, точковий масаж;

- психічне здоров'я як шлях до гармонії з собою завдяки реальним обставинам власного життя. Самоопановуюча поведінка, як реалістична та гнучка, яка включає довільний вибір. Активна поведінка як прагнення до самовдосконалення та реалізації власних потенційних можливостей.

7. Психотерапевтичні техніки, що застосовуються психологом під час психологічної реабілітації:

- психодинамічна психотерапія; прийоми підтримуючої психотерапії; досвід опанування трансфером (досвід дії, чуттєвості та сприйняття щодо іншої людини).

Форми роботи: рухове розслаблення та єднання з ритмом музики; музично-рухові ігри та вправи; психічна і тілесна релаксація під музику; вокальні вправи-співи; гра на музичних інструментах і ритмічне декламування; рецептивне сприймання музики; музичне малювання; пантоміма; рухова драматизація під музику; музична оповідь; гра з лялькою.

1. Рухове розслаблення та єднання з ритмом музики.

Головна мета – формування здатності психічно та тілесно підпорядковуватися ритму музики та зливатися з ним.

У цій роботі використовується така вправа: під звучання музики із закритими очима погойдуватись у ритм музики, стоячи в колі та тримаючись за руки.

Орієнтовні музичні твори:

В. Адамець «Зоряне»;

Р. Адисалл «Варшавський концерт»;

Р. Бінгел «Серена́а Альжбеті»;

А. Дворжак «Слов'янський танець № 1, до-мажор», «Слов'янський танець № 2, ля-мінор», «Слов'янський танець № 6, ре-мажор», «Слов'янський танець № 15, до-мажор»;

Е. Гріг «Пісня Сольвейг із сюїти «Пер-Гюнт»;

Ф. Шопен «Етюд мі-мажор»;

М. Равель «Болеро»;

К. Ейднінг «Розквіт весни»;

А. Вівальді «Симфонія сі-мінор» (largo).

2. Музично-рухові ігри та вправи.

Тренінг корекції емоційних станів з використанням музикотерапії

Мета: формування адекватних реакцій на соціальне середовище, відчуття свого місця у соціумі, розуміння гармонії взаємин з іншими; здатність приймати та розуміти інших, вміння самостійно корегувати свою поведінку відповідно до прийнятих у суспільстві норм; здатність до самореалізації та самоствердження в колективі, але без завдання шкоди іншим.

І. Доніцетті Увертюра до опери «Дочка полку»;

А. Хачатурян Танок із шаблями з балету «Гаяне»; Танець з музичної сюїти «Маскарад»;

Ф. Шопен «Вальс сі-бемоль-мажор»; «Револьюційний етюд до-дієз-мінор»;

Ф. Ліст «Угорська рапсодія»;

В. Новак «Розбійницька сонатина»;

Р. Шуман «Лісові сцени» «Одинокі квіти», «Мисливська»; Марш з «Альбому для молоді»;

Й. Штраус «На прекрасному голубому Дунаї»; «Піцикато».

3. Психічне й тілесне розслаблення засобами музики.

Першочергова ціль – спокійне слухання музичних творів, орієнтоване на процес заспокоєння та занурення у вільне породження образів, зумовлене виразністю та силою музики.

Орієнтовні музичні композиції.

Й.-С. Бах. Концерт для клавесину з оркестром ре-мінор, 2 ч. Концерт для двох скрипок ре-мінор, 2 ч.

В.-А. Моцарт. Дивертисмент № 7.2 ч.

А. Дворжак. Симфонія № 3, соль-мажор, 2 ч. (adajio).

А. Кореллі. Концерт grosso № 5 (adajio).

4. Вокальні вправи – спів.

Краще обирати пісні, які піддаються драматургії та візуалізації. Вони повинні викликати емоції, мати легку та приємну мелодію, жвавий темп, адекватну тональність.

5. Гра на музичних інструментах (фортепіано) у поєднанні з ритмічною декламацією.

Ключова мета – розвиток ритмічного чуття та розкриття творчого потенціалу, акустичного, ритмічного, моторного, тактильного та візуального сприйняття, концентрації, уяви, подолання відчуття непевності у собі.

6. Рецептивне слухання музики.

Основне завдання – зняття внутрішніх суперечностей, вирішення проблем, сприяння стабілізації емоційного стану особистості.

Рекомендовані музичні композиції:

Кітаро «Peace»; «Harmony of the forest»;

М. Фолмер «United»;

К. Матсуї «Savanna, No Problem»;

Дж. Ласт «The Lonely Shepherd»;

Ф. Гойя «Classical Dream»;

Caravelli Orchestra «Midnight Blue»;

Ф. Папетті «Summertime»;

1. Зниження роздратування, розчарування, для посилення відчуття швидкоплинності життя природи, частиною якої є особистість:

Й.-С. Бах «Кантата № 2»;

С. Франк Симфонія ре-мінор;

2. Зменшення почуття занепокоєння, непевності щодо позитивного результату подій:

Ф. Шопен «Мазурка і прелюдія»;

Й. Штраус Вальси.

3. Досягнення загального спокою та примирення з багатогранністю буття:

Л.-В. Бетховен Симфонія № 6, частина II;

І. Брамс «Колискова»;

Ф. Шуберт «Ave Maria», «Анданте з квартету»;

Ф. Шопен «Ноктюрн соль-мінор»;

К. Дебюссі «Місячне світло»;

4. Уникнення злобливості та заздрощів до чужих успіхів:

Й.-С. Бах «Італійський концерт»;

Й. Гайдн Симфонія;

Я. Сібеліус «Фінляндія».

5. Пом'якшення емоційних симптомів гіпертонії та напруги у стосунках:

Б. Барток «Соната для фортепіано»; Квартет № 5.

6. Зменшення головного болю, зумовленого емоційним перевантаженням:

Л.-В. Бетховен «Фіделіо»;

В.-А. Моцарт «Дон-Жуан»;

Ф. Ліст «Угорська рапсодія № 2»;

А. Хачатурян Сюїта «Маскарад»;

Гершвін «Американець у Парижі».

7. Підвищення загального життєвого тону, поліпшення самопочуття, стимуляція активності та піднесення настрою:

Й.-С. Бах «Прелюдія та фуга мі-мінор»;

Л.-В.Бетховен Увертюра «Егмонт»;

Ф. Шопен «Прелюдія»;

Ф. Ліст «Угорська рапсодія № 2»;

8. Нейтралізація негативних психічних станів:

Р. Вагнер «Пісня вечірніх зірок» з опери «Тангейзер»;

В. Белліні Увертюра до опери «Норма»;

К. Дебюссі Море «Місячне світло»;

І. Брамс «Колискова»;

Ф. Мендельсон-Бартольд «Блискоче капричіо»;

9. Уникнення станів пригніченості:

Л.В.Бетховен Увертюра «Егмонт»;

Ж.Бізе Сюїта з опери «Кармен»;

К. Дебюссі «Іверія»;

Й. Гайдн «Створення світу».

10. Зменшення фізичного та психологічного виснаження:

І.-С. Бах «Кавова кантата»;

Б. Бріттен «Пітер-Граймо»;

М. да Фолья «Ночі в садах Іспанії»;

Г. Гендель «Музика на воді»;

11. Зняття відчуття тривоги:

Ф.Шопен «Прелюдії»;

Й Штраус «Вальси»;

Ф.Шуберт «Веселі пісні»;

Д. Верді «Мелодійні арії з опер».

12. Профілактика невротичних реакцій:

Л.В Бетховен «П'ята симфонія», ч. I.;

Ф. Шуберт «Восьма симфонія», ч. II.;

Ф. Мендельсон-Бартольдї «Скрипковий концерт мі-мінор», ч. II.;

М. Равель «Болеро».

13. Для досягнення душевної рівноваги, умиротворення, самовпевненості та стабільного фізичного стану:

I.C. Бах «Концерт для двох скрипок з оркестром ре-мінор»; «Оркестрова сюїта до-мажор»; ч. II. «Бранденбурзький концерт» № 5 ч. II.

7. Музичне малювання.

Мета полягає в активному стимулюванні та мимовільному розкритті внутрішніх суперечностей та труднощів, усунення негативних емоцій.

Основні музичні твори:

Й. Гайдн «Концерт ре-мажор» (у виконанні М. Варги);

А. Хачатурян «Танець з шаблями» з балету «Гаяне»;

Ф. Легар «Золото і срібло» (вальс);

Й. Штраус «Марш кадетів»;

Ф. Зуппе Увертюра до опери «Легка кавалерія» (швидка частина);

К. Вебер «Запрошення до танцю».

8. Пантоміма.

Мета спрямована на психологічне розвантаження та творче заохочення, на розвиток уяви та фантазії, на розвиток здатності до самовираження через рухи, а також на сприяння зняттю психологічної напруги.

Застосовуються невеликі оповідання або драматичні сценки, які демонструються під музичний супровід в техніці пантоміми.

9. Рухова драматизація під музику.

Мета – досягнення рухової свободи та єднання з музичним ритмом. Використовуються пісні, зміст яких можливо відтворити за допомогою рухових елементів.

10. Музична оповідь.

Мета – психічна та тілесна активація з використанням рухів драматизації та мовлення.

Використовуються звуки навколишнього середовища (спів птахів, шум вітру, води).

11. Гра з лялькою.

Мета – сприяння вираженню внутрішнього емоційного стану та характеру взаємодії з навколишнім світом.

Тематичний план.

Тривалість: 2 години.

Сьогодні наше зібрання має на меті глибше пізнати себе та оточуючих, покращити взаємодію між нами, використовуючи мову музики.

Як казав один мудрий чоловік: «Немає для людини об'єкта цікавішого, ніж вона сама». Це одвічна загадка, яка торкається найважливіших питань: ролі людини в історії, її світогляду, духовного і психічного розвитку.

Використання музики для корекції та лікування емоційних і поведінкових проблем відоме ще з третього тисячоліття до нашої ери. У Парфянському царстві, наприклад, спеціально підібраними мелодіями лікували різні недуги, нервові розлади та серцевий біль. Стародавній Єгипет використовував музику для зцілення душевнохворих, катаючи їх човнами по Нілу і граючи при цьому на музичних інструментах. В Індії існували так звані медичні пісні, а давні китайці вірили, що музика рятує від усіх хвороб, які не можуть вилікувати лікарі.

Загалом, досліджуючи культуру будь-якого народу, ми знаходимо численні приклади використання музики для нормалізації емоційного стану людей.

В наш час музикотерапія широко застосовується майже у всіх країнах Західної Європи. Її використовують не тільки для лікування психічних та соматичних захворювань, але й для профілактики емоційно-поведінкових розладів, таких як: проблеми самооцінки, неадекватні реакції на емоції, неврози, депресії, нав'язливі стани, вади інтелектуального, емоційного та фізичного розвитку.

Музикотерапія – це один зі способів підвищення соціальної активності, комунікативних навичок особистості та її адаптації в суспільстві.

Звернення до музики надає учасникам можливість здобути певний емоційний досвід, важливий для них. Вони зможуть відповісти на питання: «Що мені дає музика?», «Чому мені подобається саме ця музика?». Мета сприйняття музики полягає не лише в тому, щоб відчувати її красу та гармонію, а й осмислити її як відображення краси та гармонії Всесвіту, природи людини, формувати особисте ставлення до них, знаходячи своє «Я».

Мета: сформувати навички керування фізичним та емоційним станом, гармонізуватись з музичним ритмом, знаходити емоційне полегшення.

Обговорення:

- Які відчуття виникли під час виконання цієї вправи?

- Як фізично та емоційно впливає на вас музика?

3. Знайомство «Ім'я + Якби я був музичним твором, то я був би ...».

Мета: Розвивати вміння самопрезентації, асоціюючи себе з музичним твором.

Всі учасники розміщуються в колі. Звучить тиха музика. Кожен по черзі називає своє ім'я, додаючи назву музичного твору, який асоціюється з його характером, поведінкою, темпераментом, та передає м'яч наступному учаснику.

4. Вправа «Вернісаж» (Я – музичний інструмент).

Мета: визначити особливості самовираження через музику та малювання.

Усім учасникам пропонується зобразити себе у вигляді музичного інструменту, що найбільше відповідає їх стилю спілкування та взаємодії з іншими людьми. Після завершення малюнки презентуються та вивішуються.

Обговорення:

- Чому ви обрали саме цей музичний інструмент для самовираження?
- Чи завжди ви поводитесь як цей музичний інструмент? Чому?
- З яким іншим музичним інструментом ви хотіли б зіграти разом? Чому?

5. Музична релаксація. (Почуття – це музика, музика – це почуття)

Мета: зняття внутрішньої напруги, сприяння емоційній стабільності, релаксація.

Учасники займають зручне положення в колі. Лунає тиха музика. Тренер пропонує всім заплющити очі, уявити себе на узбережжі моря та зіставити власні почуття з тими, які виражаються в музиці. Після прослуховування кожен учасник малює свої відчуття, викликані мелодією.

Які були ваші емоції, коли ви чули музику?

- Який настрій панував у вас? Чому так склалось?
- Поділіться з нами своїми труднощами, тим, що для вас важливе.
- Чого ви найбільше боїтеся, стикаючись з реальністю?
- Про що ви думаєте, коли музика звучить навколо вас?
- Що приносить вам найбільшу радість?
- Що змушує вас сумувати?

6. Вправа «Метафора» (Я - це, ця мелодія - про мене, це - мій внутрішній всесвіт)

Мета: Збагнути себе та виразити власні почуття, використовуючи метафоричний образ.

Тренер читає казку «Чарівне дерево»:

«В одному казковому краю росло дерево дивовижне. На ньому жили думки: Радість, Сум, Гнів, Цікавість, Образа, Провина, Страх. Щоранку вони прокидались та летіли до людей. До кого залітала Радість, того наповнював радісний настрій, а до кого Сум – ставав сумним. Так само й до нас щодня

прилітають різноманітні думки, залежно від того, як ми сприймаємо ту чи іншу подію, ситуацію або людину. Все це впливає на наш настрій, на зміни емоцій».

Тренер запрошує учасників відобразити свої почуття та їх зміни протягом дня, використовуючи метафори.

Уявіть собі, що музика – це «джерело». Розкрийте власні риси:

- Яка музика для вас є ранком?

З якою мелодією у вас перегукується відповідальне завдання?

- Під час виходу на сцену, яку музику ви відчуваєте?

Обговорення:

- Яке вираження обличчя супроводжує ці музичні асоціації?

- Який емоційний фон вони створюють?

- Чи відчуваєте ви радість? Чому так?

7. Вправа «Країна почуттів» (Внутрішній світ особистості)

Мета: діагностика психоемоційного стану, глибше розуміння власних емоцій, формування здатності відчувати свої емоції через музичні образи, мелодію і звучання.

Тренер роздає кожному учаснику бланк. Лунає спокійна мелодія.

Завдання:

«Уявіть себе майстрами, які будують будинки. У Країні почуттів мешкають: Радість, Гнів, Провина, Образа, Сум, Роздратування, Цікавість. Кожній з них потрібен свій дім. Кожне почуття прагне мати неповторний дім, що відрізняється від інших своїм кольором. Дорогі майстри, розфарбуйте будинки для кожного почуття та розташуйте їх на мапі Країни почуттів».

Мапу Країни почуттів учасники створюють самостійно. Складають лист паперу та вирізають силует людини за допомогою ножиць.

Обговорення:

З погляду мудрої людини, подивіться на себе.

- Що ви відчували під час виконання вправи?

- Яким ви бачите себе зараз і яким є насправді?

- Що у вас позитивного, а що потребує змін?

- Опишіть свою Країну почуттів.

8. Музичний твір-роздум «Мої емоції»

Мета: розвивати здатність до сприйняття мистецтва крізь призму власних переживань та міркувань, що виникають через візуалізацію власних емоцій та духовних пріоритетів.

Обговорення:

- Які відчуття ви відчули під час звучання музики?
- За яких обставин у вашому внутрішньому світі відбуваються позитивні зміни?
- Яким є ваш уявний ідеальний образ? Як ви його формуєте?
- Що заважає вам виглядати щасливою особистістю?
- Чи співзвучний ваш образ з музикою, яку ви щойно прослухали? Якщо так, намагайтесь надалі внутрішньо відповідати образу тієї особистості, яку ви зараз створили.

Підсумок заняття:

Вправа «Заверши речення»

Мета: Узагальнити результати роботи в групі, створити позитивну атмосферу.

«Мені було... тому що...»

Додатково учасникам експериментальної групи було запропоновано тренінг тілесно-орієнтованої терапії.

Форми роботи:

- контроль уваги, сенсорне усвідомлення;
- м'язова релаксація;
- саморегулювання дихання;
- свідомість схеми тіла;
- тілесно-орієнтовані афірмації та репетиція поведінки;
- опрацювання особистих копінг-стратегій.

I. Керування увагою та сенсорне усвідомлення.

Відчуття, виступає своєрідною вправою у проживанні теперішнього моменту, можливості відволіктися від розмірковувань про майбутнє або спогадів про минуле та зосередитися на переживаннях «тут і зараз».

1. «Розподіл уваги».

Мета: розподіл уваги, розвиток здатності контролювати власну увагу.

Завершальна частина практики: з розплющеними очима зосереджуватися одночасно на зовнішньому об'єкті та внутрішніх переживаннях.

2. «Знайомство з собою»

Вправа розроблена для розвитку здатності спостерігати за власними відчуттями. Це один з основних навичок самоспостереження за фізіологічними процесами організму. Об'єкт спостереження – кисть руки.

Перший етап – підготовчий. Для розігріву потрібно виконати декілька простих дій:

1. З'єднайте кінчики пальців обох кистей, притисніть їх одна до одної з зусиллям, спираючись одна на іншу. Виконайте приблизно 15-20 зустрічних рухів долонями з натиском, наче стискаєте гумову грушу між ними.

2. Енергійно потріть долоні одна об одну, поки не відчуєте тепло.

3. Швидко та сильно зіжміть і розіжміть кулак мінімум 10 разів, відчуваючи втому у м'язах кисті.

4. Потрусіть кистю, що вільно звисає.

В наступній частині вправи необхідно підтримувати цілеспрямовану, зосереджену увагу на конкретній частині тіла.

Тож, покладіть долоні симетрично на коліна. Скеруйте всю увагу на внутрішні відчуття – зовнішні подразники на цей момент для вас ніби не існують. Сфокусуйте увагу на правій долоні. Прислухайтеся до своїх відчуттів. Зверніть увагу на такі аспекти:

- сухість або вологість;
- пульсація;
- поколювання;
- відчуття, ніби проходить електричний струм;

- відчуття «мурашок»;
- заніміння (найчастіше в кінчиках пальців);
- вібрація;
- м'язове тремтіння.

Уважно стежте за відчуттями постійно, наче повністю занурюючись в цей процес, подумки від'єднуючись від усього навколишнього. Спробуйте вловлювати будь-які зміни у відчуттях, адже вони ніколи не бувають постійними та незмінними. Головне – зосереджуватися на них, щоб вчасно помітити ці зміни. Спостерігайте, як відчуття змінюються: посилюються або слабшають, як змінюють своє місце розташування, плавно переміщаючись з одного місця в інше, як одні відчуття замінюють інші. Тривалість вправи не менше 8-10 хвилин.

3. «Говорити правду легко і приємно»

В дійсності всі ці заходи – це спроби утекти від реальності заради заповнення порожнечі буття, приглушення внутрішньої тривоги, що виникає через ймовірність зіткнення з реаліями, труднощами, властивими живому, а не вигаданому світові.

1) Конкретно-чуттєва вправа (1-й етап) – є описом (у вигляді вербалізованого потоку думок) сенсорного досвіду, який усвідомлюється у «тут і зараз». Мовлення організоване таким чином: кожен вислів починається з обов'язкової частини, що описує відчуття: «Я бачу...», «Я чую...» або «Я відчуваю...» – з детальним описом зорової, слухової чи кінестетичної інформації, яка у цей момент привертає увагу.

Отже, говоріть, не зупиняючись, без пауз, про все, що в цю мить бачите навколо себе, чуєте або відчуваєте на рівні тіла. Коли цей процес триває без перерв протягом певного часу, виникає особливе відчуття простоти та природності, де можна відчути себе легко й приємно, стан, коли «що на серці, те й на язиці», стан подолання внутрішньої роздвоєності, коли немає потреби вдавати, внутрішньо напружуватися та обманювати, коли можна побути собою.

Відчуйте пов'язані з цим відчуття, запам'ятайте їх, щоб повертатися до цього стану надалі.

Відтак, ви продовжуєте озвучувати все, що відчуваєте у теперішній момент, прагнучи вимовляти всі свої роздуми, не залишаючи їх на потім. На початку думки наче групуються, стаючи в чергу, щоб їх було озвучено якомога швидше, але поступово «швидкість течії» потоку свідомості (внутрішньої мови) узгоджується зі швидкістю вашого мовлення зовнішнього, таким чином, що ви дійсно встигаєте вимовляти кожную думку рівно тоді, коли вона з'являється у вашій свідомості. Тож ви озвучуєте все, що приходить вам на розум. Залишайтеся в такому стані деякий час, одночасно озвучуючи потік вашої свідомості. Це може привести до несподіваних і корисних результатів.

Отже, метою варіанту цієї вправи є звільнення потоку свідомості від внутрішньої цензури. Завдяки цьому, думки, які раніше були віддалені з вашої свідомості, стають доступними для усвідомлення. Часто це призводить до нового усвідомлення старої проблеми – інсайту. Такий свіжий погляд на конкретну проблему, яка раніше вважалася невирішуваною, може призвести до її подолання, до пробудження прихованих емоцій. Систематична практика «усвідомлення власної свідомості» сприяє її розкріпаченню, відновленню безпосередності сприйняття, усуненню його обмежень та викривлень.

У майбутньому, ця техніка використовується як підготовчий етап для різноманітних методик саморегуляції.

4. «Ревізор думок».

Мета: оптимізувати потік свідомості, зробити його більш цілеспрямованим, позбавитися негативних думок.

Для цього необхідно сповільнити потік свідомості, швидкість внутрішньої мови. Кожну думку потрібно озвучувати – вголос чи подумки. При цьому кожна нова думка має супроводжуватися вашим коментарем, її оцінкою.

Таким чином, запобігання негативним думкам здійснюється за допомогою підвищення ефективності «внутрішньої цензури», яка з підсвідомого

переходить у свідомість. Аналогічним чином саморегуляція психічного стану відбувається через функціонування «Его як спостерігача» (А. Фрейд).

Тож, розпочнемо «оголошувати» потік власної свідомості. Водночас кожную думку уважно та критично аналізуємо, використовуючи таку схему:

- 1) Навіщо мені потрібна ця думка?
- 2) Які зорові чи слухові образи з нею пов'язані?
- 3) Які відчуття в тілі?
- 4) Які емоції вона викликає?
- 5) Чи потрібна вона саме зараз?

Розглянувши «зайву» думку, зрозумівши її недоречність, необхідно в той же час позбутися від неї:

1) На рівні сприйняття – переключити увагу на конкретний чуттєвий досвід (бачу... чую... відчуваю...) з його вербалізацією;

2) Позитивно переформулювати думку (афірмації);

3) Логічно її спростувати;

1. «Втомлена рука»

Мета: розвинути «м'язове відчуття» для запам'ятовування відчуття розслаблення м'язів.

Необхідно практикувати спостереження за власними внутрішніми відчуттями, які пов'язані з розслабленням м'язів.

Оберіть для себе зручну позу тіла. Заплющить очі, аби зосередити увагу на внутрішніх відчуттях, відкинувши все зайве, стороннє. Підійміть праву руку на рівень плечей. Почніть швидко та сильно стискати кулак та здавлювати його (до моменту відчуття втоми в руці, коли вже немає сил продовжувати). Покладіть руки на коліна, симетрично. Зосередьте увагу на відчуттях у них. Спробуйте помітити різницю у відчуттях правої та лівої кисті. При цьому важливо зосередитися на наступних відчуттях, що властиві розслабленню м'язів:

- відчуття ваги (відчуйте, наскільки права кисть важча за ліву);
- відчуття температури (відчуйте, наскільки права кисть тепліша).

Спробуйте запам'ятати відчуття ваги й тепла – вони знадобляться в подальшому. Спостерігайте за ними наче з різних сторін, порівнюючи їх з відомими відчуттями (рука втомилася, наче після важкої роботи; тепло, наче в гарячій ванні...). Попрацюйте з відчуттями таким чином протягом 5-6 хвилин. Далі, зберігаючи уже звичне відчуття в кисті, переходьте до виконання інших вправ.

Праву руку розташуйте на колінах, долонею вгору. Для самоконтролю покладіть ліву долоню зверху на праву. Закрийте очі. Усвідомлено зосередьтесь на правій руці, спостерігайте за відчуттями. Уявляйте, як пальці правої руки згинаються в кулак, злегка згинаючи їх насправді, напружуючи м'язи кисті. Ліва долоня відчуває легкий тиск від пальців правої руки. Розслабте праву кисть, сильніше притискаючи ліву долоню до правої. Повторюйте уявний і реальний рух пальців, тепер з меншою амплітудою, контролюючи рух лівою долонею. Зменшуйте амплітуду руху, продовжуйте, поки ліва долоня не перестане відчувати навіть мінімальний рух пальців правої руки. Проте у вашій уяві та відчуттях пальців правої кисті рух та напруга повинні залишатися.

III. Самоаналіз.

1. «Тілесно-орієнтовані афірмації».

Мета: виявити наявну проблему з підсвідомого рівня та перенести її на рівень свідомості, здійснити її об'єктивну оцінку та перетворити негативний контекст проблеми у позитивний.

Афірмації, крім іншого, застосовуються задля розпізнавання внутрішніх протиріч і їхнього спрямування у конструктивне русло, використовуючи вербальне переконання підсвідомості. Формулювання афірмацій напряду залежить від характеру психологічних проблем, з якими доводиться мати справу: самобичування, нав'язливі ідеї, передчуття невдачі та інші. Застосування афірмацій надає людині можливість самотійно збалансувати взаємини свідомості та підсвідомого, таким чином здобуваючи безпосередній доступ до особистих прихованих, підсвідомих ресурсів для розв'язання виниклих труднощів.

Відтак, зосередьте увагу на власних фізичних відчуттях. Спочатку сфокусуйтеся на проблемі, спробуйте віднайти в тілі відчуття, що гіпотетично корелюються з проблемою, котра турбує, та з негативними емоціями, нею викликаними (неприємні відчуття, що проявляються та стають інтенсивнішими, коли ви роздумуєте про неї – наприклад, головний біль, важкість у грудях чи відчуття порожнечі тощо). Саме ці відчуття є базовим матеріалом для подальших дій. Вони мають використовуватися як чутливий індикатор, що відображає психологічно-корекційні зміни, які повинні статися на підсвідомому рівні.

Візьміть чистий аркуш паперу, розділіть його навпіл вертикальною лінією. На лівій, «темній» частині напишіть негативну думку – можливо, самокритичну, – яка першою спадає на думку, коли ви розмірковуєте про досліджувану проблему. Промовляйте її вголос або про себе. Спостерігайте за змінами неприємних тілесних відчуттів – найчастіше, вони посилюються. Повторіть попередній крок – попрацюйте з різними варіантами формулювання проблеми, з різними негативними думками, що нею породжуються. Спробуйте обрати з-поміж кількох варіантів той, що найбільше наближений до джерела проблеми – той, що викликає найбільш виражені неприємні відчуття.

2. «Прийняти те, що неможливо вирішити».

Мета: Поглиблене розуміння відчуттів тіла, пов'язаних із розмірковуванням про проблеми смерті, появи на світ, самотності, волі, взяття відповідальності за власне життя, сенсу життя.

Вправа спрямована на вирішення внутрішніх суперечностей, екзистенційних криз через підхід до тіла. Чим рідше ми свідомо розмірковуємо над цими проблемами, тим глибше вони нас непокоять на підсвідомому рівні. Й, навпаки, їх усвідомлення сприяє зменшенню постійної внутрішньої напруги, зниженню тривоги та депресії.

Перша екзистенційна проблема: базовий життєвий сенс.

Друга екзистенційна проблема: самотність.

Третя екзистенційна проблема: відповідальність/свобода.

Четверта екзистенційна проблема: смерть.

Які слова у вас асоціюються зі смертю? Що ви думаєте про смерть стосовно себе (на свідомому рівні)? Що ви відчуваєте, які свідомі емоції переживаєте, коли ви про це думаєте? Які тілесні відчуття виникають у вас коли з'являються такі думки?

Щоб дійти до розуміння цього, зверніть увагу на ситуацію, коли вам загрожувала небезпека, часто пов'язана з надзвичайною подією, аварією або тяжкою хворобою, коли ви відчували страх смерті поза реальним ризиком. Згадайте емоції, які ви відчували на похороні. Якщо можливо, пригадайте стан, коли ви раптово усвідомлювали скінченність життя, яке вже спонтанно виникало у миті сильного стресу. Якщо вам за 30, зверніть увагу на незначні, але постійні ознаки старіння, які ви помічаєте у дзеркалі - зморшки, сиве волосся, інші прояви поступового згасання тіла. Пригадайте миттєві моменти тихої печалі, які, можливо, виникали у вас під час чергового ювілею.

Чи можете ви уявити своє тіло неживим? Уявіть, що ви відчуваєте стан тіла, яке не підкоряється вашій волі. Поступове припинення дихання, яке не постачає життєво необхідний кисень у ваше тіло, сповільнення і ослаблення інших життєвих процесів. Чи можете ви уявити, що ВАС більше НЕ ІСНУЄ? Як реагує ваше тіло на ці думки?

3. «Тілесний інтуїтивний самоаналіз»

Мета: розуміння проблеми, корекція ставлення до неї, вироблення «успішних» стратегій подолання.

Вправа передбачає кілька кроків:

1. Візуалізація проблеми на рівні мислення.

Поєднання звичних думок (словесне оформлення, що включає самокритику та неприємні висловлювання на ваш рахунок) або наочно-зорове уявлення (із зображенням значущих для вас людей).

2. Тілесне відчуття проблеми.

Які фізичні відчуття викликає уява, що спрацювала на попередньому етапі? Перш за все, необхідно зафіксувати неприємні відчуття, які негативно вплинули на ваш психологічний та емоційний стан.

3. В яких життєвих ситуаціях виникав подібний тілесний образ раніше?

Можливо, спочатку свідомо згадується випадок з недавнього минулого. А далі саме відчуття ніби наштовхує на іншу ситуацію, з віддаленого минулого. Ймовірно, ви пригадаєте перший подібний випадок, що трапився в дитинстві.

4. Зміна ставлення до проблеми.

Оцініть ситуацію збоку, очима зрілої людини, для зміни власного ставлення, поясніть підсвідомості недоречність збереження старих звичок і помилкових стереотипів.

Стосовно минулого.

5. Зведення мостів між минулим та прийдешнім.

Проаналізуйте, як тілесні відчуття, пов'язані із самозвинуваченням та самообмеженням, впливали на ваше сьогодення:

- чи впливали вони на вашу активність, перешкоджаючи прийняттю рішень або гальмуючи ініціативу;
- чи були причиною конфліктів з навколишніми;
- чи викликали тривогу та невпевненість у власних можливостях;
- чи провокували необґрунтовані перепади настрою та почуття пригніченості, депресії;
- чи спонукали до нерациональних, необачних або відверто помилкових вчинків, про які ви пізніше шкодували.

Спробуйте максимально детально запам'ятати ті відчуття, які ви виявили під час самоаналізу, аби мати змогу відстежувати їх у подальшому. У такий спосіб, опрацьовані відчуття отримають сигнальне значення для вашої свідомості. Вони стануть індикатором внутрішньої боротьби, їх поява може використовуватися надалі для свідомих дій у моменти «втрати контролю», аби ваше минуле «залишилося у минулому» і подібні тригери не мали влади над майбутнім.

Далі необхідно розмежувати позитивні та негативні аспекти ситуації – як на рівні свідомого розуміння, так і на підсвідомому, тілесному рівнях. Міркуючи про переваги успішного завершення завдання, спробуйте відчувати комфорт у тілі, що виникає після уявного досягнення мети. Коли ви роздумуєте про ймовірні негативи успіху, зосередьте увагу на тілесних відчуттях (зазвичай неприємних), які з цим пов'язані. Саме через них «несвідомі» частини особистості, що не згодні з нашими свідомими рішеннями, й висловлюють свої заперечення.

Щоб подолати внутрішній психологічний бар'єр та прибрати перепони на шляху до реального досягнення цілі, важливо через тілесний діалог окремо «поговорити» з кожною частиною особистості, що конфліктує – як з тими, хто підтримує вирішення проблеми, так і з тими, хто проти. Або ж зважити відповідні тілесні відчуття на уявних «терезах» (як у наступній вправі).

5. «Терези, або тихий голос інтуїції»

Мета: розвиток навички прийняття рішень, опираючись на інтуїцію.

Вправа побудована на алгоритмі бінарного вибору або полярності. Для прийняття оптимального, інтуїтивного рішення потрібно звести вибір до двох альтернатив (або розділити процес на етапи, де на кожному здійснюється вибір одного з варіантів).

Миттєві інтуїтивно-кінестетичні відчуття проявляються як передчуття (турбулентні чи радісні), передають емоційний стан пацієнта, співбесідника та нашу власну позицію до них (тілесний відгук). Щоб свідомо користуватися механізмами інтуїції, необхідно створити на фізичному рівні оперантний умовний рефлекс, а на поведінковому – специфічний ритуал. Цей ритуал покликаний «приручити» або сфокусувати відповідні інтуїтивно-тілесні відчуття на рівні рук.

Перевага такого способу прийняття рішень полягає у зростанні точності прогнозу (хоча підсвідомість теж може помилятися), оскільки для вирішення проблеми застосовуються два різних способи мислення, кардинально протилежні шляхи пізнання, що охоплюють реальність з різних ракурсів та

взаємодоповнюють один одного. Це лівопівкульове мислення, мовно-логічне, та правопівкульове, образно-інтуїтивне. Крім того, зважування на підсвідому «думку» стає особливо важливим, коли необхідно вирішувати питання, які вимагають від особистості активної діяльності, мобілізації всіх доступних ресурсів.

У таких ситуаціях підсвідомий вибір виступає своєрідним компасом, що вказує, в якому напрямку варто докласти зусиль, і це буде виправдано. Отже, «правопівкульове» рішення, котре може здатися нелогічним і викликати свідомий протест, насправді є надзвичайно значущим. Воно скеровує свідому увагу до цілі, досягнення якої особистість найбільше прагне, причому на глибинному, підсвідомому рівні. Таким чином, це рішення відчиняє доступ до підсвідомих резервів психіки, дозволяючи досягти максимальних (і навіть поза межами можливого) результатів у професійній сфері та житті загалом.

1. Перший етап – розслаблення, занурення у сферу сенсорного відчуття. Потім – налаштування уявних, інтуїтивних «терезах». Зосередивши увагу на долонях, подумки зверніться до власного тіла з питанням: яке відчуття в руці буде тлумачитись як позитивна відповідь інтуїції? Інакше кажучи, яка тілесна асиметрія, різниця інтенсивності цього відчуття виникає у правій та лівій долонях? Дозвольте підсвідомості обрати відповідь та дочекайтесь прояву відповідного відчуття в одній з рук. Інтуїтивна відповідь – це те відчуття, що зазнає змін протягом декількох хвилин після поставленого питання; відчуття, динаміка якого мимоволі привертає нашу увагу.

Найбільш розповсюдженою ознакою позитивної відповіді є зміна відчуття ваги. Або виникає важкість в долоні чи всій кисті. Рука здається відчутно важчою. Це є символом значущості, вагомості й в переносному сенсі, а також асоціюється із надійністю та стабільністю. Іноколи, навпаки, відповідь виражається у відчутті легкості однієї з рук. Символічне значення такого прояву полягає у полегшенні, звільненні від турбот або в асоціації з простотою реалізації запропонованого рішення.

У поодиноких випадках можлива поява інших відчуттів – тепла, вібрації, поколювання, свербіння шкіри – або малопомітні мимовільні рухи – незначне згинання пальців чи легкі м'язові посмикування.

2. Наступний етап – тілесно-інтуїтивне оцінювання першої пропозиції, її «зважування». Тут варіант, що розглядається, необхідно буквально «взяти у руки». Тобто, формулюючи його у словах, подумки промовляєте усі аргументи, пов'язані з цим рішенням, уявляючи всі його аспекти, всі «за» (і всі «проти» іншого варіанта), водночас спостерігаючи за відгуком підсвідомості – за відчуттями у долоні руки, яка уявно пов'язана саме з цим варіантом. Якщо ви здатні утворити зоровий образ, що асоціюється з таким варіантом рішення, подумки помістіть його у ту саму долоню. Зафіксуйте додаткові фізичні відчуття, що виникли.

3. Аналогічно необхідно зробити і з другим варіантом рішення, ретельно запам'ятовуючи відчуття у протилежній долоні.

4. Далі порівнюємо відчуття у обох руках, подумки намагаючись знайти відповідь на питання: який з варіантів рішення для підсвідомості (для інтуїції організму) є більш привабливим. Кілька разів переносимо увагу між лівою та правою руками, згадуючи про перший або другий варіанти. Виявлені відмінності тлумачимо у відповідності до п.1.

5. Якщо відчуття в обох руках ідентичні, потрібно повернутися до попередніх етапів (пп. 2 і 3). Водночас важливо ще раз детально уявити різницю між варіантами рішення, які порівнюються спочатку на логічному рівні, потім на тілесному, намагаючись відстежити незначну різницю у відчуттях, котра є завжди. Або повторюємо процедуру через деякий час, коли з'являться інші обставини й стане зрозумілішим внутрішнє, підсвідоме ставлення до ситуації загалом.

Слід зауважити, що з набуттям навичок виконання тілесно-орієнтованого діалогу у реальному житті, цей процес виявиться простішим і звичнішим, ніж це може здаватися на перший погляд, і, як правило, потребує від кількох хвилин до кількох секунд.

6. «Прогулянка в дитинство»

Мета: звільнення від неефективних его-станів, досягнення власної життєвої позиції.

Вправа дає змогу за допомогою біографічних спогадів та зумовлених ними тілесних відчуттів простежити «індивідуальну історію» таких складових особистості, як «Батьки» та «Дитина».

а) Згадати «золоте дитинство».

Тілесно-орієнтована репетиція поведінки

Техніка уявної репетиції поведінки, спрямована на подолання дефіциту певних форм поведінки людини в конкретних життєвих обставинах, широко застосовується у поведінкових методах психотерапії. Зазначена техніка використовується для саморегуляції, особистісного розвитку, створення «основ» успішної та самоутверджуючої поведінки в різних умовах, подолання внутрішніх психологічних бар'єрів і комплексів.

Перший, підготовчий, етап репетиції – перехід у стан сенсорного усвідомлення, максимальної концентрації уваги на тілесних відчуттях.

Перш за все, треба ретельно дослідити їх початковий стан, спокійну та безтурботну атмосферу, де, наче в дзеркалі, віддзеркалюються фізичні прояви емоцій під час "постановки" драматичних сцен на рівні мислення.

Другий крок – зберігаючи фокус на емоційних індикаторах – тілесних відчуттях, слід візуалізувати майбутню ситуацію з різних точок зору, починаючи та завершуючи саме виграшними аспектами. Здійснюючи «інвентаризацію» позитивних рис та переваг, які забезпечує успішна поведінка в уявній ситуації, постарайтеся максимально яскраво та повно відчувати, а головне – запам'ятати тілесні емоційні переживання, пов'язані з цим (тілесно-орієнтована самомотивація).

Третій етап – релаксація, що варіюється від легкої (розслаблення конкретних, найбільш напружених м'язів, з використанням черевного дихання) до глибокої («від голови до п'ят»). Релаксація, як м'язова, так і дихальна, важлива, насамперед, для усунення внутрішнього напруження та

дискомфортних відчуттів, які досі перешкоджали прояву необхідної поведінки в реальних обставинах. Також вона потрібна, щоб позбутися зайвих подразників. Таким чином підвищується надійність виявлення специфічних позитивних тілесних відчуттів (ресурсів), що згодом мають бути «ключами» для самоконтролю.

Отже, згадану комплексну програму з формування «конфліктологічної культури» було реалізовано крок за кроком під час занять з медичними працівниками, які увійшли до експериментальної групи. Необхідно зауважити, що потреба застосування психокорекційних та психопрофілактичних методів для медичного персоналу впливає безпосередньо з практики, що підтверджується численними науковими роботами, присвяченими професійній деформації серед медиків.

Психологічне оцінювання, анкетування та інтерв'ювання студентів медичного університету, а також результати індивідуальних та групових психотерапевтичних і психокорекційних заходів з фахівцями дають змогу визначити ряд найбільш стресогенних факторів, які супроводжують роботу лікаря. В першу чергу, це робота в середовищі, насиченому переважно негативними емоціями.

Суть цього фактору полягає в тому, що значну частину робочого часу лікар стикається з об'єктом (хвороба), який фактично генерує виключно негативні емоції. Це стосується як скарг та прохань пацієнтів, так і обговорення з колегами діагнозів інших людей та історій хвороб, зміст яких здебільшого сконцентровано на стражданнях та загрозі життю, що часом є неминучим. Накопичення подібного емоційного досвіду, з одного боку, веде до виснаження ресурсів, а з іншого – до формування захисних психологічних механізмів, що проявляються у вигляді «непродуктивних» копінг-стратегій, особистісної відстороненості як форми психологічного захисту, звуження сфери економії емоцій та інших ознак емоційного вигорання. В повсякденному спілкуванні це виражається як так званий «специфічний гумор» або навіть цинізм медичних працівників. Присутність у більшості обстежених фахівців-медиків виражених

рис емоційності – здатності співчувати, співпереживати, є своєрідним свідченням наявності в них «базової навички» протистояти цьому стресогенному фактору й адаптуватися до нього. Разом з тим, для підтримання емоційної рівноваги потрібне розвинення навичок «накопичення позитивних емоцій» та відволікання від робочих процесів на інші види діяльності. Спостереження та психотерапевтичний досвід показують, що, не дивлячись на очевидність та простоту адаптації до цього стресогенного фактору, саме він є найбільш складним для багатьох фахівців. Інертність, «ургентна» залежність (несвідоме бажання навантажувати себе нереальною кількістю зобов'язань та, як наслідок – постійний поспіх й емоційна перенапруга), занурення в роботу разом з розвиненим звуженням вибору способів самовідновлення та отримання задоволення у звичайному житті (поза роботою) є значними перешкодами.

Далі варто окремо виділити цілу низку стресових факторів: ризик виникнення ускладнень під час надання допомоги, негативні наслідки лікування та летальні випадки, а також необхідність лікарів приймати миттєві та надзвичайно важливі рішення в екстремальних умовах. Навіть попереднє ознайомлення з потенційним впливом цих факторів ще зі студентських часів, вкупі з гіпертимними рисами, притаманними багатьом лікарям (згідно з кластерним аналізом) – тобто, з їхньою здатністю бути енергійними та оптимістичними – не гарантує повної адаптації.

У багатьох психотерапевтичних групах повторюють тезу, що «звикнути до чужої смерті на своїх руках неможливо, кожна така ситуація залишає глибокий шрам у душі, нагадуючи про себе навіть через роки». Проте нейтралізувати – наскільки це можливо – вплив цієї групи факторів є вкрай важливим. Цього можна досягти на заняттях з соціальної адаптації, формуючи навички емоційного переживання, частково сприяє цьому й робота балінтовських груп. Але досить часто фахівцям з значним травматичним досвідом необхідна більш масштабна психокорекційна підтримка.

Перешкодами для повноцінного проведення адаптаційних і профілактичних заходів у цьому контексті виступали як хибна сором'язливість

(«не личить медику бути пацієнтом»), так і безвідповідальна безтурботність («саме минеться – забудеться»). Нерідко лікарі віддають перевагу тривалим та непростим стосункам з фахівцем перед використанням алкоголю як «універсального адаптогену та засобу для зняття напруги».

Всі без виключення учасники занять та опитані фахівці наголошували на особливому стресовому факторі в роботі медичного працівника – підвищеній відповідальності. Вміння звітувати про виконану роботу, своєчасно та правильно оформлювати протоколи операцій і процедур, вести історію хвороби тощо – необхідна, але доволі складна навичка. Неможливість бездоганно та ідеально відзвітувати, вразливість медичної професії, конфлікти з колегами й керівництвом часто стають для лікаря приводом для участі в психотерапевтичних та профілактичних заходах. Паралельно з роботою в тренінгових групах пророблення мотивації до професії та підвищення кваліфікації виявляються незамінними профілактичними заходами.

Відмінність ще одного стресового фактору – труднощів беззастережного прийняття в спілкуванні – полягає у тому, що досі, здобуваючи освіту в медичному виші, студенти мають недостатню підготовку до його зустрічі. Нездатність спілкуватися з пацієнтами у стані сутінок свідомості, сп'яніння, психозу, зіткнення з грубістю, психологічним тиском з боку хворих та їхніх близьких, мовні та етичні перепони не лише ускладнюють лікарську діяльність, але й слугують ґрунтом для розчарувань та фрустрацій – механізмів, що запускають емоційне вигорання. Збагачення знань з клінічної психології, вдосконалення комунікативних навичок, тренінги та емоційне вивільнення допомагають адаптуватися до цього фактору. Проте, найвища адаптація досягається лише за умови активного особистісного та духовного зростання фахівця, ціннісного ставлення до життя, власної професії, що триває протягом тривалого періоду часу. Навчитись бачити у своєму пацієнті не абстрактного носія симптомів, не порушника громадського порядку та спокою (як це буває з наркологічними хворими або у стані психозу), а насамперед – особистість, людину, яка потребує участі й підтримки – неможливо протягом тематичного

удосконалення чи за час навчання у виші. Варто також зазначити, що беззастережне прийняття у спілкуванні стосується не лише взаємодії з пацієнтами та їхніми родичами, але й з колегами. Інтриги всередині колективу, недотримання етичних та деонтологічних норм, особливо з боку керівництва, а також заздрощі колег і навіть цілком законні й справедливі зауваження від начальства примушують фахівця витрачати надто багато сил на приборкання негативних емоцій. Допомогти спеціалісту у цій ситуації можна тільки шляхом комплексного застосування дидактичних (навчальних семінарів і тренінгів) та психокорекційних, психотерапевтичних методів.

Основними перешкодами до самопрофілактики для медичних працівників виступають хибне відчуття надмірної зайнятості та брак дієвих стимулів до змін. Інформація про професійні стреси викликає у медиків неабиякий інтерес. Прохання пройти психологічне тестування чи обстеження на предмет емоційного вигорання, наприклад, не зустрічає опору. Однак на пропозиції взяти участь у практичних заходах із профілактики та корекції таких станів реагують переважно ті, хто вже відчуває психосоматичні чи інші симптоми, що є наслідком професійних стресів.

Сподівання на підвищення заробітної плати, очікування дій «згори» («від керівництва»), а також виправдання звичних, але неефективних способів самовідновлення та зняття напруги (алкоголь, тютюн, кава тощо) також стають на заваді реальній та ефективній турботі про найважливіший інструмент лікарської професії: власну особистість. Одних лише нагадувань про необхідність працювати над собою, як показує практика, замало. Потрібно розробляти та впроваджувати організаційні й адміністративні вимоги, включаючи їх у перелік професійних навичок, одночасно розширюючи можливості лікарів щодо самопрофілактики (зокрема, й забезпечення їх більшої соціальної захищеності). Крім того, необхідно збільшити кількість занять з тематики самопрофілактики, а також загалом з медичної та клінічної психології на всіх медичних факультетах.

Аналіз наукових джерел демонструє, що дезадаптація, зокрема емоційне вигорання, дедалі частіше привертає увагу клінічних психологів, психотерапевтів, психіатрів. Проте наразі відсутнє єдине визначення поняття «емоційного вигорання», потребують уточнення критерії діагностики; потребує подальших досліджень й проблема профілактики та корекції.

Потреба в глибшому та більш серйозному підході до вивчення цього явища виникає, з одного боку, через наявність при емоційному вигоранні широкого спектра невротичних і психосоматичних симптомів, що потребують диференційованих методів корекції. З іншого боку, емоційне вигорання, за відсутності відповідної профілактики та терапії, неминуче призводить до зниження продуктивності праці професіоналів багатьох спеціальностей (а іноді – і цілих колективів) – аж до повної їх професійної непридатності.

Синдром вигорання, як стан, що характеризується емоційним, когнітивним та фізичним виснаженням, спричиненим тривалим перевантаженням, «синдром емоційного вигорання», наголошують на його тісному зв'язку з «синдромом хронічної втоми». Обидва синдроми є змістовними характеристиками професійної деформації, і при видимій схожості симптомів мають суттєві відмінності. Головна з них полягає в тому, що «синдром емоційного вигорання» зазвичай вражає професіоналів з великим творчим потенціалом, фанатично відданих своїй справі, тоді як «синдром хронічної втоми» пов'язаний з прийняттям готових форм знань про світ, себе та інших людей.

«Синдром емоційного вигорання» є особливим різновидом професійного захворювання людей, зайнятих працею з іншими (вчителі, психологи, психіатри та інші).

У переважній більшості дефініцій емоційного вигорання присутні визначення, що вказують на «емоційно напружене середовище», «тривале емоційне навантаження», «хронічне емоційне перевантаження», «психотравмуючий вплив» тощо. З цих вказівок можна дійти висновку, що ключовою причиною даного «стану» є стрес, що асоціюється з роботою, у тому числі професійною.

Серед факторів, що значно впливають на емоційне вигорання медичних працівників:

1) соціальний аспект (ігнорування об'єктивних заслуг медичного працівника, обмеження його права на самостійний вибір, розбіжність морально-етичних норм професії з реаліями робочого місця, зниження соціального статусу професії, зокрема й у фінансовому плані, проблеми в сім'ї та побуті);

2) особистісний вимір (від слабкої стресостійкості та нездатності до об'єктивної оцінки негативних факторів – до моральних категорій: реалізації модусу не «соціальних досягнень» чи «володіння», а «служіння», де основою життя є любов до людей, що дає змогу виходити за рамки особистих можливостей);

3) чинник робочого середовища – вплив стилю керівництва, взаємовідносин у колективі, психологічного клімату, успішності спільної діяльності тощо.

Серед ключових чинників, що провокують «синдром професійного вигорання», виділяються:

- одноманітність трудової діяльності, особливо якщо її сенс викликає сумніви;
- інвестування значних особистісних зусиль у роботу без належного визнання та позитивної відзнаки;
- жорстке нормування робочого часу, особливо за умов недосяжних термінів виконання поставлених завдань;
- співпраця з «незацікавленими» пацієнтами.

Зважаючи на це, слід підкреслити, що для кваліфікованих фахівців, так само як і для студентів медиків, конче необхідні спеціально розроблені навчальні заходи з питань профілактики – від інформативних лекцій та семінарів до тренінгів і психокорекційних сесій. Практичні заняття, що торкаються проблем клінічної психології, сприяють зміцненню самооцінки студентів, а також – розвитку комунікативних навичок. Загалом, попередження «професійного вигорання», формування навичок соціальної адаптації,

засвоєння основ «конфліктологічної культури» – є наріжним завданням сучасної системи освіти та професійної практики.

3.2. Аналіз результатів формувального етапу дослідження та їх узагальнення

Відповідно до теоретичного підґрунтя нашого експериментального дослідження, а також згідно з вимогами, що стосуються формування «конфліктологічної культури» серед медичних працівників у розробленій нами теоретичній моделі, нами було проведено формувальний експеримент. Метою було розвинути ціннісне ставлення лікарів до буття, безпосередньо професійної діяльності, а також допомогти усвідомити сутність власних копінг-стратегій у періоди розв'язання кризових ситуацій. Паралельно, було проведено контрольний експеримент із використанням контрольних зрізів, що мало показати ефективність впроваджених формувальних заходів.

Отже, було сформовано дві групи учасників: контрольну та експериментальну. В експериментальній групі, що складалася з 15 осіб, медичні працівники пройшли розроблений курс. У контрольній групі, аналогічного розміру, жодні подібні заходи не проводилися.

Отже, спостережені зміни у виборі стратегій подолання стресу демонструють майже ідентичні тенденції як в експериментальній, так і в контрольній групах. Водночас, чітко простежується позитивна тенденція загалом – зростання кількості адаптивних та зменшення неадаптивних видів стратегій копінгу: поведінкових, когнітивних і емоційних.

Таблиця 3.1

Особливості частоти вибору загальних видів копінг-стратегій медичними працівниками експериментальної та контрольної груп

Копінг-стратегії	Адаптивність	Експериментальна група	Контрольна група
Поведінкові	Адаптивні	45,0	41,0

	Переважаю адаптивні	37,1	33,2
	Неадаптивні	17,9	25,8
Когнітивні	Адаптивні	36,2	36,6
	Переважаю адаптивні	34,5	28,8
	Неадаптивні	29,3	34,6
Афективні	Адаптивні	59,9	56,6
	Переважаю адаптивні	12,1	10,7
	Неадаптивні	28,0	32,7

Отже, цілеспрямоване виховання культури розв'язання конфліктів у медиків сприяє формуванню здатності особистості протидіяти напруженням, когнітивному дисонансу та внутрішнім конфліктам на всіх рівнях: як у діях, так і у мисленні та почуттях.

Згідно з нашими спостереженнями та підсумками дослідження, вдосконалення механізмів самоконтролю тісно пов'язане з розвитком, в першу чергу, когнітивної сфери особистості (переконання, цінності). Загалом, аналіз структури когнітивних стратегій подолання труднощів у медичних працівників дає можливість виявити зміни у кількості та якості обробки й оцінки інформації. Значне збільшення частоти використання медичних працівників експериментальної групи копінг-стратегій «надання сенсу» ($\varphi^*=2,06$, при $p \leq 0,05$), «аналіз проблеми» ($\varphi^*=2,5$, при $p \leq 0,01$), «відносність» ($\varphi^*=1,77$; при $p \leq 0,05$) – все це підтверджує виражену динаміку формування та застосування адаптивних копінг-стратегій. У контрольній групі динаміка використання «успішних» когнітивних копінг-стратегій відзначається тенденцією до збільшення частоти вибору усіх видів адаптивних стратегій, крім стратегії «аналіз проблеми».

Саморегуляційна поведінка медичного фахівця у процесі професійної діяльності, що відбувається в умовах перманентного стресу, здебільшого реалізується через копінг-стратегію «співпраця», частота вибору котрої істотно зростає ($\phi^*=1,81$, при $p \leq 0,05$) і посідає чільне місце. Водночас фіксується зменшення частоти використання неадаптивної копінг-стратегії «активне уникнення» ($\phi^*=2,1$; при $p \leq 0,05$).

Разом з тим, варто відмітити, що зміни у виборі поведінкових копінг-стратегій спостерігаються також і в контрольній групі учасників дослідження. Адаптивні копінг-стратегії реалізуються навіть за умов стресу, що виявляється у виборі стратегії «співпраця» (зростання частоти виборів $\phi^*=3,31$; при $p \leq 0,01$). До того ж, в контрольній групі відмічається зниження ($\phi^*=2,1$; при $p \leq 0,05$) кількості виборів стратегії «звернення за допомогою», тоді як в експериментальній групі спостерігається тенденція до збільшення частоти виборів зазначеної стратегії.

Отже, серед ефективних стратегій, що ґрунтуються на міжособистісній взаємодії, медичні працівники частіше віддають перевагу стратегіям внутрішнього рефлексивного звернення до іншого. Загалом «співпраця» та «звернення за допомогою» належать до соціально активних копінг-стратегій поведінки, однак виявляють певні відмінності. Так, «співпраця» передбачає більш партнерську взаємодію зі значущими особами, а «звернення за допомогою» за власною формою є менш зрілим патерном поведінки. Ключовою метою такого звернення є пошук нових смислів, які дають можливість прийняти рішення в стресових ситуаціях або в стані когнітивного дисонансу.

В умовах, коли сформовано «конфліктологічну культуру», особистість має ширший арсенал стратегій, що базуються на взаємодії з іншими людьми, з орієнтацією на власну незалежність та самостійність.

Показовим є виявлення динаміки переваг у використанні порівняно адаптивної стратегії «компенсація». Так, медичні працівники з контрольної групи більш активно ($\phi^*=4,01$; при $p \leq 0,01$) вдаються до зовнішніх ресурсів,

тому часто вдаються до стратегії «компенсація». Натомість медичні працівники експериментальної групи роблять акцент на використанні внутрішніх ресурсів для подолання складних ситуацій, а отже, рідше вдаються до стратегії «компенсація».

Загалом, кількість адаптивних емоційних копінг-стратегій зростає в експериментальній групі, зокрема завдяки стратегії «оптимізм» ($\phi^*=2,90$; при $p \leq 0,01$). Кількість як порівняно адаптивних, так і неадаптивних стратегій знижується через менше використання стратегій «пасивна кооперація» ($\phi^*=3,10$; при $p \leq 0,01$), «покірність» ($\phi^*=2,42$; при $p \leq 0,05$) та «самозвинувачення» ($\phi^*=2,51$; при $p \leq 0,01$).

Медичні працівники експериментальної групи частіше вдаються до поведінкової, відносно адаптивної копінг-стратегії «відволікання» ($\phi^*=1,58$, за умови $p \leq 0,05$), рідше – до поведінкової неадаптивної стратегії «активне уникнення» ($\phi^*=1,36$, за умови $p \leq 0,05$). Крім того, медичні працівники експериментальної групи менше схиляються до адаптивної копінг-стратегії «протест» ($\phi^*=2,32$, за умови $p \leq 0,05$), частіше – до адаптивної копінг-стратегії «оптимізм» ($\phi^*=1,84$, за умови $p \leq 0,05$), та рідше – до неадаптивної КС «самозвинувачення».

Отже, можна зробити висновок, що цілеспрямоване формування «конфліктологічної культури» серед фахівців та ціннісного ставлення до життя справляє позитивний вплив на адаптаційні механізми медичних працівників, чия професійна діяльність супроводжується постійним стресом.

Для з'ясування специфіки ставлення медичних працівників до власного здоров'я, визначення їх оцінки функціонування на фізичному, руховому, когнітивному та соціальному рівнях, а також для оцінювання переважаючого настрою – позитивного або негативного – використовувалася методика оцінювання якості життя («SF-36 HEALTH STATUS SURVEY»).

1) Загальне самопочуття (ЗС) – комплексна характеристика здоров'я особи, особисте сприйняття поточного стану.

2) Фізична працездатність (ФП) – здатність організму виконувати фізичні дії. Оцінюється обмеження, які здоров'я накладає на такі активності, як особистий догляд, пересування пішки, підйом по сходах, перенесення важких речей.

3) Рольова функція (фізична) (РФф) – вплив фізичного стану на здатність виконувати професійні обов'язки, ведення домашнього господарства та інші види діяльності, пов'язані з роллю в суспільстві.

4) Роль-Емоційне самопочуття (РЕ) – як емоційний стан впливає на те, як людина справляється зі своєю роллю. Оцінюється, наскільки емоції стають на заваді роботі чи іншим буденним справам. Це може проявлятися у збільшенні часу на завдання, зменшенні обсягу виконаного, погіршенні якості роботи тощо; оцінка впливу емоційного стану на професійну та іншу повсякденну діяльність. Включає в себе аналіз того, наскільки емоційний стан ускладнює роботу, збільшує витрати часу, знижує продуктивність та якість виконання.

5) Соціальне функціонування (СФ) – це те, наскільки фізичний чи емоційний стан особистості впливає на її участь у суспільному житті та спілкуванні. Визначає, наскільки обмежена соціальна активність;

6) Фізичний біль (ФБ) – ступінь вираженості болю та його вплив на щоденну активність – як вдома, так і за його межами;

7) Психічне здоров'я (ПЗ) – самостійна оцінка стану психіки, що описує емоційний фон (наявність пригніченості, тривожності, загальний рівень позитивних відчуттів).

Таким чином, інтегрований індикатор цієї методики дає змогу встановити якість життя, а також персональну оцінку відчуття повноти власного існування важливими сенсами.

Порівняння розподілу балів функціональності між експериментальною та контрольною групами дає можливість встановити відмінності в кожній сфері (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

**Відмінності у показниках якості життя серед медичних працівників
(контрольна та експериментальна групи)**

SF-36 (шкали)	Рівень (прояву)	Експериментальна група	Контрольна група	Ф*
Загальне самопочуття (ЗС)	Високий	14,6	20,0	-
	Середній	71,9	51,0	2,99**
	Низький	13,5	28,5	2,58**
Фізична працездатність (ФП)	Високий	-	63,0	4,08**
	Середній	87,5	31,5	3,24**
	Низький	12,5	5,5	-
Рольова функція (фізична) (РФф)	Високий	100	86,5	5,2 **
	Середній	-	12,0	-
	Низький	-	1,5	-
Роль-Емоційне самопочуття (РЕ)	Високий	70,8	44,5	3,7 **
	Середній	29,2	48,5	2,7 **
	Низький	-	7,0	-
Соціальне функціонування (СФ)	Високий	69,8	6,5	5,8 **
	Середній	30,2	64,5	4,8 **
	Низький	-	29,0	-
Фізичний біль (ФБ)	Високий	66,7	19,0	1,69 *
	Середній	10,4	53,0	1,9 *
	Низький	22,9	28,0	-
Психічне здоров'я (ПЗ)	Високий	44,8	37,0	-
	Середній	38,5	50,0	-
	Низький	16,7	13,0	-

Примітка: * – $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$.

Отже, підсумовуючи вищесказане, варто зауважити, що ми встановили статистично значущі відмінності між експериментальною та контрольною вибірками щодо показника «Physical Functioning» (PF) – фізичного функціонування: медичні працівники з контрольної групи відчували значно гіршу оцінку свого стану ($\varphi=2,58$, за умови $p\leq 0,01$). На противагу цьому, учасники експериментальної групи показують кращі результати за критерієм фізичного функціонування «Physical Functioning» (PF) ($\varphi=2,58$, за умови $p\leq 0,01$), ролевого функціонування «Role-Physical» (RP) та впливу на нього фізичного самопочуття ($\varphi^*=5,2$, за умови $p\leq 0,01$), емоційного стану, що впливає на ролеве функціонування «Role-Emotional» (RE) ($\varphi=3,7$, за умови $p\leq 0,01$), соціальної активності «Social Functioning» (SF) ($\varphi^*=5,8$, за умови $p\leq 0,01$), і самооцінки психічного благополуччя «Mental Health» (MH) ($\varphi^*=3,7$, за умови $p\leq 0,01$).

Окрім вищезгаданого, було зафіксовано прямий кореляційний зв'язок між рівнем стратегії «розв'язання проблем» та соціальним функціонуванням у лікарів-хірургів, що належали до контрольної групи ($r=0,26$, за умови $p\leq 0,01$), а також в експериментальній групі ($r=0,33$, за умови $p\leq 0,01$).

Іншими словами, величина базової копінг-стратегії «вирішення проблем» мала кореляцію з показниками якості життя серед медичних працівників, що входили до експериментальної групи, а саме: психічним здоров'ям «Mental Health» (MH) ($r=0,30$, за умови $p\leq 0,01$) та емоційним функціонуванням «Role-Emotional» (RE) ($r=0,37$, за умови $p\leq 0,01$). У медичних працівників з контрольної групи, стратегія подолання стресу «розв'язання проблем» демонструвала зв'язок з показником життєздатності «Vitality» (VT) ($r=0,23$, за умови $p\leq 0,05$).

Отже, слід підкреслити, що когнітивний дисонанс, як явище, з одного боку, виступає каталізатором особистісного росту, сприяє виробленню ефективних механізмів подолання труднощів, дозволяючи людині досягати нових вершин самореалізації.

З іншого боку, цей стан пред'являє серйозні вимоги до індивідуального потенціалу, усвідомлених життєвих цінностей, наслідком чого можуть стати «професійне вигорання», «професійна деформація» – розчарування у професії, власних життєвих переконаннях, а також в ціннісному ставленні до власного життя та життя інших.

Активне використання внутрішніх резервів може призвести до виснаження, зумовлюючи потребу в їх поповненні. Сприяюча соціальна підтримка в колективі, що функціонує в умовах стресу, здатна трансформувати негативний дистрес у позитивний евстрес, в той час, як руйнація соціальних зв'язків може спричинити дезінтеграцію внутрішньої структури особистості, викликаючи когнітивний дисонанс, що дезорганізує професійну діяльність фахівця. Загалом, соціальна підтримка та укріплення соціальних зв'язків репрезентують зовнішні ресурси, а вміння звертатися до зовнішньої допомоги та приймати її – є внутрішнім ресурсом особистості, який залежить від її соціально-психологічної активності.

Висновки до розділу

У розділі наведено змістовно-процесуальні основи комплексної соціально-психологічної програми формування конфліктологічної культури медичних працівників з метою подолання негативних проявів когнітивного дисонансу в їх професійній діяльності та проведено аналіз її ефективності.

Як зазначалося вище, цілеспрямоване формування культури вирішення конфліктів у медичних працівників сприяє розвитку їх здатності протидіяти напруженню, сприяє подоланню негативних проявів когнітивного дисонансу та внутрішнім конфліктам на всіх рівнях (як у діях, так і в мисленні та почуттях). Саме тому на формувальному етапі дослідження було розроблено соціально-психологічну програму формування конфліктологічної культури медичних працівників з метою подолання негативних проявів когнітивного дисонансу в їх професійній діяльності.

На формувальному етапі дослідження було сформовано дві групи учасників (експериментальну та контрольну, по 15 осіб у кожній з них), які відрізнялися негативними проявами когнітивного дисонансу в професійній діяльності. Учасники експериментальної групи були залучені до формувальних заходів. Контрольна група до таких заходів не долучалася. Відбір респондентів у групи відбувався за принципом добровільності.

За результатами формувального впливу зафіксовано позитивну тенденцію щодо зростання кількості продуктивних та зменшення непродуктивних стратегій копіngu (поведінкових, когнітивних та емоційних) в учасників експериментальної групи. З'ясовано, що вдосконалення механізмів самоконтролю тісно пов'язане з розвитком, в першу чергу, когнітивної сфери учасників (переконання, цінності). Загалом, аналіз структури когнітивних стратегій подолання труднощів в учасників комплексної програми надав можливість виявити зміни у кількості та якості обробки й оцінки інформації. Статистично значуще збільшення частоти використання учасниками експериментальної групи копінг-стратегій «надання сенсу» ($\phi^*=2,06$; $p \leq 0,05$),

«аналіз проблеми» ($\phi^*=2,5$; $p \leq 0,01$), «відносність» ($\phi^*=1,77$; $p \leq 0,05$) підтверджує виражену динаміку формування та застосування продуктивних копінг-стратегій. У контрольній групі динаміка використання продуктивних когнітивних копінг-стратегій відзначена тенденцією до збільшення частоти вибору адаптивних стратегій, крім стратегії «аналіз проблеми».

Встановлено, що саморегуляція учасників програми в процесі професійної діяльності, що відбувається в умовах перманентного стресу, здебільшого реалізується через копінг-стратегію «співпраця», частота вибору якої значно зростає ($\phi^*=1,81$; $p \leq 0,05$). Водночас, фіксується зменшення частоти використання неадаптивної копінг-стратегії «активне уникнення» ($\phi^*=2,1$; $p \leq 0,05$).

Виявлено, що серед продуктивних стратегій, які ґрунтуються на міжособистісній взаємодії, учасники програми частіше віддають перевагу стратегіям внутрішнього рефлексивного звернення до іншого. Загалом «співпраця» та «звернення за допомогою» належать до соціально активних копінг-стратегій поведінки, однак виявляють певні відмінності. Так, «співпраця» передбачає більш партнерську взаємодію, а «звернення за допомогою» за власною формою є менш зрілим патерном поведінки. Ключовою метою такого звернення є пошук нових смислів, які дають можливість прийняти рішення в стресових ситуаціях або в стані когнітивного дисонансу.

Помітні відмінності стосуються вибору емоційних копінг-стратегій. У контрольній групі переважає використання неадаптивної копінг-стратегії «придушення емоцій». Натомість загальна кількість адаптивних емоційних копінг-стратегій в учасників експериментальної групи зростає завдяки стратегії «оптимізм». Кількість відносно адаптивних і неадаптивних стратегій у контрольній групі зменшується, але внаслідок зниження застосування стратегій «пасивна кооперація», «попора», «самозвинувачення».

Констатовано, що позитивне ставлення до життя, яке вбачається як ціннісне і домінує серед учасників експериментальної групи, є успішною

копінг-стратегією, яка сформувалася внаслідок опанування ними конфліктологічної культури. Натомість учасники контрольної групи значно рідше використовують адаптивні когнітивні копінг-стратегії і частіше вдаються до неадаптивних, а також більш інтенсивно застосовують емоційну стратегію «пасивна кооперація», яка вважається відносно адаптивною.

Показовим є виявлення динаміки переваг у використанні відносно адаптивної стратегії «компенсація». Так, учасники контрольної групи більш активно ($\varphi^*=4,01$; $p \leq 0,01$) вдаються до зовнішніх ресурсів, тому часто задіяють стратегію «компенсація». При цьому учасники експериментальної групи роблять акцент на використанні внутрішніх ресурсів для подолання негативних проявів когнітивного дисонансу, а отже, рідше вдаються до стратегії «компенсація».

Виявлено, що кількість адаптивних емоційних копінг-стратегій зростає в експериментальній групі, зокрема завдяки стратегії «оптимізм» ($\varphi^*=2,90$; $p \leq 0,01$). Кількість як відносно адаптивних, так і неадаптивних стратегій знижується через менше використання стратегій «пасивна кооперація» ($\varphi^*=3,10$; $p \leq 0,01$), «покірність» ($\varphi^*=2,42$; $p \leq 0,05$) та «самозвинувачення» ($\varphi^*=2,51$; $p \leq 0,01$).

Учасники експериментальної групи частіше вдаються до відносно адаптивної поведінкової копінг-стратегії «відволікання» ($\varphi^*=1,58$; $p \leq 0,05$), рідше – до поведінкової неадаптивної стратегії «активне уникнення» ($\varphi^*=1,36$; $p \leq 0,05$).

Отже, в умовах, коли сформовано конфліктологічну культуру, учасники мають більш широкий арсенал адаптивних стратегій, що базуються на професійній взаємодії, з орієнтацією на власну незалежність та самостійність, а цілеспрямоване формування конфліктологічної культури та ціннісного ставлення до життя позитивно впливає на їх адаптаційні механізми.

Для з'ясування специфіки ставлення учасників програми до власного здоров'я, визначення ними оцінки функціонування на фізичному, когнітивному та соціальному рівнях, а також для оцінювання переважаючого настрою

використовувалася методика оцінювання якості життя («SF-36 Health status survey»). Інтегрований індикатор цієї методики надав змогу визначити якість життя учасниками, а також персональну оцінку відчуття повноти власного існування та наповненості життя важливими смислами.

Встановлено статистично значущі відмінності між експериментальною та контрольною групами щодо показника «Physical Functioning» (PF) – фізичного функціонування: учасники контрольної групи надавали значно нижчу оцінку свого стану ($\varphi=2,58$; $p\leq 0,01$). На противагу цьому, учасники експериментальної групи показали кращі результати за критерієм фізичного функціонування «Physical Functioning» (PF) ($\varphi=2,58$; $p\leq 0,01$), рольового функціонування «Role-Physical» (RP) та впливу на нього фізичного самопочуття ($\varphi^*=5,2$; $p\leq 0,01$), емоційного стану, що впливає на рольове функціонування «Role-Emotional» (RE) ($\varphi=3,7$; $p\leq 0,01$), соціальної активності «Social Functioning» (SF) ($\varphi^*=5,8$; $p\leq 0,01$), і самооцінки психічного благополуччя «Mental Health» (MH) ($\varphi^*=3,7$; $p\leq 0,01$).

Зафіксовано прямий кореляційний зв'язок між рівнем стратегії «вирішення проблем» та соціальним функціонуванням у лікарів-хірургів, які належали до експериментальної групи ($r=0,3$; $p\leq 0,01$). Величина базової копінг-стратегії «вирішення проблем» мала кореляцію з показниками якості життя серед учасників експериментальної групи, а саме: психічним здоров'ям «Mental Health» (MH) ($r=0,30$; $p\leq 0,01$) та емоційним функціонуванням «Role-Emotional» (RE) ($r=0,37$; $p\leq 0,01$).

Як показав проведений аналіз, когнітивний дисонанс, як явище, може виступати каталізатором особистісного росту, сприяти активізації вироблення ефективних механізмів подолання труднощів, дозволяючи фахівцю досягати нових вершин самореалізації. Проте, з іншого боку, когнітивний дисонанс пред'являє серйозні вимоги до індивідуального потенціалу, усвідомлених життєвих цінностей, наслідком чого можуть стати професійне вигорання, професійно-особистісна деформація – розчарування у професії, власних життєвих переконаннях, а також у ціннісному ставленні до власного життя та

життя інших. Активне використання внутрішніх резервів може призвести до виснаження, зумовлюючи потребу в їх поповненні. Саме тому запропонована комплексна соціально-психологічна програма передбачала технологію соціальної підтримки, яка здатна трансформувати негативний дистрес у позитивний еустрес, в той час, як руйнація соціальних зв'язків може спричинити дезінтеграцію внутрішньої структури особистості, викликаючи когнітивний дисонанс, що дезорганізує професійну діяльність. Загалом, соціальна підтримка та укріплення соціальних зв'язків презентували в програмі зовнішні ресурси, а вміння звертатися до зовнішньої допомоги та приймати її – внутрішні ресурси учасників, що залежать від їх соціально-психологічної активності.

Отже, аналіз результатів формувального етапу дослідження показав, що запропонована комплексна соціально-психологічна програма формування конфліктологічної культури медичних працівників сприяє подоланню негативних проявів когнітивного дисонансу в їх професійній діяльності.

Основні положення розділу відображено у таких публікаціях авторки: [13; 89; 90; 96; 158; 170].

ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні наведено теоретичне узагальнення і нове розв'язання проблеми визначення соціально-психологічних особливостей проявів, впливу та наслідків когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників і зроблено такі висновки.

1. Проведено теоретико-методологічний аналіз проблеми когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників. Узагальнюючи наявні теорії, наведено трактування цього конструкту, як системного явища, що характеризується амбівалентністю: він здатний проявлятися як внутрішнє діагностування системи, що виявляє нові параметри розвитку та готовність до них, і як показник руйнування системи, що втрачає цілісність через вплив факторів, які перешкоджають самореалізації та самовдосконаленню, а отже є специфічним оцінювальним механізмом узгодженості, збалансованості мотиваційно-ціннісної сфери медичних працівників. Емоційні реакції, викликані когнітивним дисонансом, віддзеркалюють ціннісно-сміслову структуру особистого світосприйняття, де приховано протистояння двох протилежних векторів: прагнення до збереження усталеного стану, з одного боку, та потреба у змінах, з іншого, врегулювання якого веде до еволюції системи, що, базуючись на узгодженні життєвих та професійних цінностей, забезпечує її стабільність. Підкреслено, що цілеспрямоване формування культури вирішення конфліктів у медичних працівників сприяє розвитку здатності протидіяти напруженню в їх професійній діяльності, запобігати виникненню негативних проявів когнітивного дисонансу та внутрішніх конфліктів на всіх рівнях (як у діях, так і в мисленні та почуттях). Виходячи цих позицій запропоновано теоретичну модель формування конфліктологічної культури медичних працівників з метою подолання негативних проявів когнітивного дисонансу в їх професійній діяльності.

2. Визначено соціально-психологічні особливості проявів когнітивного дисонансу медичних працівників на різних етапах їх професіогенезу. Встановлено, що характеристики «полезалежності-полenezалежності» мають значний вплив на медичних працівників, тоді як «понятійна диференційованість» є ключовою для майбутніх фахівців-медиків. Для медичних працівників «полenezалежність» виявляється критично важливою при розв'язанні когнітивних конфліктів, при цьому її ефективність залежить від особистісних рис. Виражена «полenezалежність» корелює з екстраверсією, прихильністю до групової взаємодії, підвищеним рівнем тривожності, відносно невисоким показником сили Я, помірною активністю, орієнтацією на раціональне мислення, на протигагу емоційному. В таких умовах «полenezалежність» не стає перешкодою для успішного подолання негативних проявів когнітивного дисонансу.

Виявлено, що індивідуальні варіації за «полenezалежністю» не мають вирішального значення для успішного подолання когнітивних конфліктів майбутніх медичних працівників, натомість рівень «понятійної диференційованості» відіграє значну роль, залежно від взаємодії з низкою особистісних особливостей. Так, «диференційованість» у взаємозв'язку з екстравертованістю виступає позитивним чинником у вирішенні когнітивних конфліктів у майбутніх фахівців-медиків. Водночас, виражена «недиференційованість» демонструє позитивний ефект при подоланні негативних проявів когнітивного дисонансу в комбінації з інтроверсією, самоконтролем, відповідальністю та глибиною емоцій.

Різноманітні комбінації залежності від поля та концептуальної диференціації специфічно корелюють з ефективністю вирішення когнітивних конфліктів, а комбінація вираженої недиференційованості з високою полenezалежністю є фундаментом успіху у подоланні негативних проявів когнітивного дисонансу.

3. Проведено диференціацію вибірки за продуктивністю подолання негативних проявів когнітивного дисонансу, з урахуванням взаємодії

особистісних рис та когнітивно-стильових характеристик респондентів. За результатами кластерного аналізу по вибірці медичних працівників з досвідом професійної діяльності ідентифіковано два типи, що характеризуються як продуктивні, проявляються в процесі подолання негативних проявів когнітивного дисонансу в їх професійній діяльності та демонструють спільні риси, найважливішими з яких є відсутність інтроверсії та полезалежності. Перший тип: «активні, прагматичні, конформні екстраверти – «диференційовані», другий: «нерішучі, полenezалежні «недиференційовані».

По вибірці майбутніх медичних працівників виокремлено два типи, які демонструють продуктивні стратегії у подоланні негативних проявів когнітивного дисонансу. Перша група: «самовпевнені, емоційно врівноважені екстраверти – «диференційовані»; друга: «чутливі, помірковані інтроверти – «недиференційовані».

4. Виявлено специфіку подолання негативних проявів когнітивного дисонансу в залежності від стійкості до стресу медичних працівників та їх ціннісного ставлення до життя. Прояви професійного напруження у медичних працівників корелюють з досвідом подолання негативних проявів когнітивного дисонансу, ступінь переживання якого значно вищий у медичних працівників зі стажем професійної діяльності до 5-ти років, ніж у медичних працівників досвід професійної діяльності яких більше 7-ти років. Це пояснюється відмінностями у структурі захисної та опанувальної копінг-поведінки, а також самоусвідомлення. Механізми психологічного захисту медичних працівників демонструють більш активне застосування захисту «неприйняття». Разом з тим, у медичних працівників зі стажем професійної діяльності більше 5-ти років фіксується вищий рівень самоприйняття. Відповідно, стратегії подолання негативних проявів когнітивного дисонансу мають відчутний вплив на рівень переживання стресу медичними працівниками, незалежно від стажу їх професійної діяльності, при цьому неефективні стратегії сприяють розвитку професійного стресу, а ефективні – підвищують стресостійкість у цих групах фахівців-медиків.

5. Розроблено та апробовано комплексну соціально-психологічну програму формування конфліктологічної культури медичних працівників з метою подолання негативних проявів когнітивного дисонансу в їх професійній діяльності, реалізованої з позицій суб'єктно-діяльнісного, індивідуально-орієнтованого, когнітивного, середовищного підходів, із задіянням соціально-психологічних технологій особистісної та міжособистісної спрямованості, а також активних соціально-психологічних методів навчання та допомоги.

Застосування програмних засобів призвело до переорієнтації медичних працівників з пошуку зовнішньої підтримки на використання внутрішніх ресурсів, що свідчить про розвиток ефективних стратегій подолання негативних проявів когнітивного дисонансу, покращення складових конфліктологічної культури медичних працівників та сприятливо вплинуло на структуру, динаміку, результативність особистісних процесів, стаючи джерелом самовдосконалення й самоствердження.

Доведено, що цілеспрямовані психопрофілактичні дії та коригувальні інтервенції впливають на формування ціннісних орієнтирів у ставленні до життя, професійного шляху, розвитку ефективних стратегій копінг-поведінки у медичних працівників. Це сприяє зростанню стійкості до стресу, підсилює мотивацію до професійного росту, підвищує психологічну готовність до кризових ситуацій у професії та сприяє запобіганню професійного вигорання.

Перспективи подальшого дослідження. Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми визначення соціально-психологічних особливостей проявів когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників. Перспективи майбутніх розвідок можуть бути зосереджені на розкритті сутності когнітивного дисонансу в контексті професійних обов'язків фахівців інших соціономічних галузей, враховуючи специфіку його проявів, впливу та наслідків на їх професійну діяльність в умовах сучасних соціогенних викликів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Білецький П.С. Соціально-психологічна сутність професійної діяльності фахівців медичної галузі / Соціально-психологічні чинники збереження професійного здоров'я фахівців медичної галузі: монографія / За ред. Н.Є. Завацької, П.С. Білецького. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2020. С. 13-22.
2. 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). С. 153-162.
3. Білецький П.С., Завацька Н.Є., Жигаренко І.Є., Тоба М.В. Алгоритм застосування соціально-психологічних технологій збереження професійного здоров'я 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 (63). С. 99-106.
4. Білецький П.С. Системно-інтегративний підхід до розгляду норми і девіації когнітивного стилю в соціономічних професіях та їх вплив на особистісно-професійну адаптацію фахівців / Особистісно-професійна адаптація фахівців соціономічного профілю у проблемогенному соціумі: монографія / За ред. Н.Є. Завацької, І.Є. Жигаренка. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2020. С. 49-55.
5. Бондаренко О.Ф. Метапсихологічний контекст психологічної допомоги. *Педагогіка і психологія*. 2002. № 4. С. 4-12.

6. Бондарчук О.І. Суб'єктивне благополуччя як індикатор успішного життєвого шляху. *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. 3. С. 37-47.
7. Борисюк А.С., Рудий-Трипольський В.О., Завацький В.Ю., Завацька Н.Є., Лук'янюк О.В. Системно-інтегративний підхід до вивчення проблеми професійної компетентності майбутніх 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.
8. Бохонкова Ю.О. Системність та синергетизм як основа реалізації випереджальних стратегій поведінки особистості в умовах трансформаційних змін сучасного соціуму. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. № 2 (37). С. 104-157.
9. Булах І. С. Конструктивна дилема психологічних механізмів захисту на адаптивні та не адаптивні. Булах І. С., Кириченко Т. В. *Психологія: Збірник наук. праць: Вип. 2.* К., 1998. С. 38-43.
10. Бурлакова І.А., Шаповалова В.А., Бровендер О.О., Шелест О.В., Сорока О.М. Психологічна структура здоров'я особистості в кризових умовах. *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. 15-25.
11. Бурлакова І.А., Шаповалова В.А., Бровендер О.О., Шелест О.В., Сорока О.М. Психологічна структура здоров'я особистості в кризових умовах. *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. 15-25.
12. Волченко Є.Є., Завацький Ю.А., Шаповалова В.А., Унгурян Н.В. Конфліктологічна компетентність фахівців медичної галузі у професійній

взаємодії. *Актуальні питання здоров'язбереження у координатах сучасних парадигм: зб. статей за матеріалами VII Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Сєвєродонецьк, 29-30 грудня 2021 р.). Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. С. 22-26.

13. Волченко Є.Є., Завацький Ю.А., Унгурян Н.В. Організаційно-управлінські умови розвитку конфліктологічної компетентності фахівців медичної галузі у професійній взаємодії. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. № 1 (54). С. 130-138.

14. Гейко Є.В., Радул І.Г. Сенс життя в період кризових станів особистості. *Наукові записки. Серія: Психологія: наук. журн. Центральноукраїнського державного університету імені Володимира Винниченка*. 2023. № 1. С. 22-29.

15. Гейко Є.В., Завацька Н.Є., Смирнова О.О., Френкель С., Каламайко Д.Ю. Соціально-психологічні особливості проявів когнітивного стилю у структурі цілісності особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2024. № 2 (64). С. 235-248.

16. Гейко Є.В., Завацький Ю.А., Матвєєв В.Н., Олійник Д.І., Стригуновський С.О., Мороз О.В. Соціально-психологічні особливості прояву когнітивно-стильових характеристик у полісистемній цілісності особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2024. № 3 (65). Т. 1. С. 5-16.

17. Гейко Є.В. Соціально-психологічний аналіз професійної діяльності фахівців соціономічного профілю на різних стадіях їх професіоналізації та з позицій квалітативно-проектної парадигми / 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. 37-45. ISBN 978-617-7699-29-2

18. Грідковець Л. Кризис життєвих втрат. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н. Посттравматичні стресові розлади / Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Вид. 2-е, перероб. та доп. Х. : ХМАПО. 2014. С. 32-39.

19. Данилюк І.В. та ін. Психологічні технології самодетермінації розвитку особистості: монографія. К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2018. 192 с.

20. Дубчак Г.М. Психологія становлення професійної стресостійкості майбутніх фахівців соціономічних професій: дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.07 / Галина Михайлівна Дубчак. К., 2018. 387 с.

21. Дигун І.С., Журба А.М., Гейко Є.В., Журба М.А., Завацька Н.Є., Завацький В.Ю. Ефективність інтегрованої соціально-психологічної програми реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів. *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). Т. 2. С. 26-37.

22. Журба А.М., Завацький В.Ю. Полімодальний підхід до проблеми подолання посттравматичного стресового розладу внаслідок дії надзвичайних ситуацій. *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). Т. 1. С. 170-180.

23. Завацький Ю.А., Ткачук О.Г., Лук'янюк О.В., Волченко Є.Є., Колесніченко Є.С., Коваленко В.О. Операціоналізація структурної моделі конфліктологічної компетентності фахівців соціономічної галузі. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СХУ ім. В. Даля, 2025. № 1 (66). Т. 2. С. 96-106.

24. Завацький В.Ю. Онто- та соціогенез антиципації особистості в умовах життєвих змін. *Психологія особистості*. 2021. Т. 11. Вип. 1. С. 39-45.
25. Завацький Ю.А., Шаповалова В.А., Завацька Н.Є., Волченко Є.Є., Смирнова О.О. Процес розвитку конфліктологічної компетентності фахівців медичної галузі. *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. 3. С. 82-89.
26. Завацька Н.Є. Психологічні основи соціальної реадaptaції особистості зрілого віку: дис. ...д. психол. наук: 19.00.05 / Наталія Євгенівна Завацька. К., 2010. 455 с.
27. 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;
28. Карамушка Л.М. Психологія управління: навчальний посібник Людмила Миколаївна Карамушка. К.: Міленіум. 2003. 344 с.
29. Карамушка Л.М., Раковчена О.О. Комплексна оцінка проявів стресу у лікарів в умовах соціально-економічних змін. *Лікарня в ХХ столітті: організація та управління методичною допомогою: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, 5-6 червня 2008 р.* К., 2008. С. 70-72.
30. Карпенко З.С. Аксіологічна психологія особистості. Івано-Франківськ: Лілея-Н. 2009. 512 с.
31. Ковальчук З.Я. та ін. Психологія безпеки: технології конструктивного самозбереження особистості: монографія. Луцьк: Вежа-Друк, 2015. 588 с.

32. Кокун О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини у психофізіологічному забезпеченні діяльності: дис... д-ра психол. наук: 19.00.02 / Олег Матвійович Кокун. К., 2004. 426 с.
33. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
34. Корольчук М.С., Миронець С.М., Тімченко О.В. Психологія праці в звичайних та екстремальних умовах. К.: КНТЕУ, 2014. 523 с.
35. Костюк Г.С. Навчально-виховний процес і розвиток особистості / Під ред. член-кор. Л.М. Проколієнко. К: Вища школа, 1989. 438 с.
36. Коцан І., Ложкін Г., Мушкевич М. Психологія здоров'я людини. Луцьк: Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2011. 352 с.
37. Крайнюк В.М. Психологія стресостійкості особистості: монографія. К.: Ніка-Центр. 2007. 432 с.
38. Кушнерьова А. М. Особливості комунікації медичних працівників з пацієнтами кардіологічного профілю: автореф. дис. ...канд. психол. наук: 19.00.04 / Аліна Миколаївна Кушнерьова. К., 2021. 24 с.
39. Максименко С.Д. Основи генетичної психологіїє К.: Інститут психології ім. Г.С. Костюка, 1998. 298 с.
40. Максименко С.Д. Загальна психологія. К.: Форум, 2000. С. 124-149.
41. Максименко С.Д., Кокун О.М., Тополов Є.В. Адаптація психодіагностичних методик. Шкала професійної стресованості та Шкала професійної завантаженості. *Практична психологія та соціальна робота*. 2012. № 5. С. 34-37.
42. Марковець О.Л. Психологічні особливості професійного стресу та попередження його виникнення у майбутніх вчителів: автореф. дис...канл. психол. н.: 19.00.07 / Олена Леонідівна Марковець. К., 2005. 20 с.
43. Мартинюк С.Р. Аналіз зумовленості стресостійкості її первинними характеристиками. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту*

психології ім. Г.С. Костюка АПН України. К.: Логос, 2007. Т. 7. Вип. 10. С. 178-183.

44. Марченко А.Д., Царенок Л.Б., Завацька Н.Є., Побокіна Г.М., Коваленко В.О. Процес соціальної адаптації особистості: онтогенетичний аспект. *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. № 1 (57). Т. 2. С. 134-141.

45. Методика та організація наукових досліджень з психології / Уклад.: В.Й. Бочелюк, В.В. Бочелюк, І.Є. Жигаренко, Н.Є. Завацька. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. 403 с.

46. Миронець С.М. Негативні психічні стани та реакції працівників аварійно-рятувальних підрозділів МНС України в умовах надзвичайної ситуації: дис... канд. психол. наук: 19.00.09 / Сергій Миколайович Миронець. Х., 2007. 250 с.

47. Михайлишин У.Б., Шмідзен І.Ю., Юхименко І.В. Взаємозв'язок депресивних станів та мотиваційної сфери. *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. № 1 (57). Т. 2. С. 68-80.

48. Міхеєва Л.В., Олійник М.П. Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Психологічні травелоги*. Хмельницький. 2023. № 4 (7). С. 123-129.

49. Міщенко Н.В. Психологічна готовність фахівців-психологів до здійснення системної соціальної підтримки осіб із кризовими станами. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Херсон: Гельветика, 2017. Вип. 6. Т. 2. С. 164-169. (Серія «Психологічні науки»).

50. Моделювання соціально-психологічних систем: теоретико-прикладний аспект: монографія / В.Й. Бочелюк, Н.Є. Завацька, С.А. Білоусов

та ін.; за ред. В.Й. Бочелюка. [2-е вид., перероб. і доп.]. Сєверодонецьк: СНУ ім. В. Даля, 2013. 363 с.

51. Москалець С.М. Гормонально-психологічні аспекти формування стресу у лікарів анестезіологів: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.30 / Сергій Михайлович Москалець. Дн., 2005. 20 с.

52. Назаров О.О. Психологічні особливості базових копінг-стратегій та особистісних копінг-ресурсів працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України: монографія / Назаров О.О., Оніщенко Н.В., Садковий В.П., Садковий О.В., Склень О.І., Тімченко О.В. Х.: Вид-во УЦЗУ, 2008. 221 с.

53. Новицька Л.В. Сучасні підходи до попередження і корекції стресових розладів особистості. Медико-психологічні основи здоров'язбереження та фізичної реабілітації особистості в умовах сучасних трансформаційних змін: [монографія] / За ред. В.А. Шаповалової. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. С. 27-48.

54. Олефір В.О. Взаємозв'язок життєстійкості, копінг-стратегій та психологічного благополуччя. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна*. Серія: Психологія. 2011. № 981. Вип. 47. С. 168-172.

55. Орбан-Лембрик Л.Е. Соціальна психологія. К.: Академвидав, 2003. 448 с.

56. Осьодло В.І. Особистісні чинники подолання стресових ситуацій в особливих умовах. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2013. Вип. 14. Ч. I. С. 243-253.

57. Панок В.Г. Теоретико-методологічні засади розвитку практичної психології в Україні: дис. ...д-ра психол. наук: 19.00.01 / Віталій Григорійович Панок. К., 2011. 368 с.

58. Панок В.Г. Практична психологія. Теоретико-методологічні засади розвитку: монографія. Чернівці: Технодрук, 2010. 486 с.

59. Петрунько О.В., Рафіков О.Р. Соціальний оптимізм як психологічний механізм ціннісної взаємодії з референтним оточенням. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені*

Г.С. Костюка НАПН України. Т. VI: Психологія обдарованості. К.; Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2016. Вип. 12. С. 169-178.

60. 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.

61. Пилипчук Л.С. Особистісні чинники взаємодії медичних сестер з пацієнтами в умовах стаціонарного лікування: автореф. дис. ...канд. психол. наук: 19.00.04 / Людмила Станіславівна Пилипчук. К., 2019. 24 с.

62. Побокіна Г.М. Розуміння значущості змін життєвого світу для становлення особистості. *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. № 2 (55). С. 147-155.

63. Психологія особистості: Словник-довідник / За ред. П.П. Горностая, Т.М. Титаренко. К.: Рута, 2001. 320 с.

64. Психологічні засади розвитку духовної культури педагогічного персоналу : посібник. за ред. Е.О. Помиткіна, З.Л. Становських. Кіровоград: Імекс-ЛТД, 2013. 174 с.

65. Психологія людей літнього віку / О. Коваленко, Л. Лук'янова, Е. Помиткін, Л. Московець. К.: Вид-во ТОВ «Геопринт». 2021. 288 с.

66. Психологічні основи соціальної мобільності особистості в період криз: монографія / Завацький Ю.А., Бурлакова І.А., Гейко Є.В., Заверуха О.Я., Завацька Н.Є. / За наук. ред. Ю.А. Завацького. К.: ПВТП «LAT&K», 2023. 300 с.

67. Рудий-Трипольський В.О., Унгурян Н.В., Лич О.М. Взаємодія систем і технологій навчання у забезпеченні ефективності формування професійної компетентності здобувачів вищої освіти в умовах медичного закладу. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб.*

наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. К.: Вид-во СХУ ім. В. Даля, 2022. № 1 (57). Т. 2. С. 49-59.

68. Родіна Н.В. Особистісні характеристики як ресурси долаючої поведінки. Огляд деяких сучасних теорій копінгу. *Проблеми сучасної психології*; Кам'янець-Подільський національний університет імені І. Огієнка; Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України. 2010. № 7. С. 608-621.

69. Родіна Н.В. Психологія копінг-поведінки: системне моделювання: дис. ...д-ра психол. наук / Наталія Володимирівна Родіна. К., 2013. 504 с.

70. Романюк В.Л. Стресореактивність і стресостійкість та психічне здоров'я особистості. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія: Психологія*. 2022. Вип. 14. С. 9-15.

71. Савчин М.В. Духовний потенціал людини: монографія. Івано-Франківськ: Вид-во «Плай», 2001. 203 с.

72. Склень О.І. Психологічні особливості поведінкових стратегій подолання стресу в професійній діяльності працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України: дис. ...канд. психол. наук / Олексій Іванович Склень. Харків. 2008. 198 с.

73. Сколота Е.В., Завацький Ю.А., Добровольська Н.А., Завацька Н.Є., Шаповалова В.А., Шелест О.В. Асертивність та самореалізація фахівця у соціономічній сфері діяльності: соціально-психологічний вимір. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СХУ ім. В. Даля, 2024. № 3 (65). Т. 2. С. 124-133.

74. Соціально-психологічні особливості самореалізації особистості в сучасному суспільстві: монографія / В.Й. Бочелюк, Н.Є. Завацька, А.О. Кононенко, А.Ю. Федоров, Л.В. Новицька; за ред. Н.Є. Завацької. [2-е вид. перероб. і доп.]. Сєверодонецьк: СХУ ім. В. Даля, 2016. 435 с.

75. Соціокультурні та психологічні аспекти адаптації особистості в сучасному соціумі: монографія / Н.Є. Завацька, О.М. Задорожна та ін. Сєверодонецьк: Вид-во СХУ ім. В. Даля, 2012. 312 с.

76. Спицька Л.В. та ін. Соціально-психологічні чинники адаптивної копінг-поведінки особистості в умовах стресу. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2017. № 2 (43). С. 183-190.

77. Степаненко І. Педагогічні виміри духовності у контексті мультикультурного суспільства. *Міжкультурні комунікації та толерантність в освіті: збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції (5-6 жовтня 2007 р.)*. К.: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2007. С. 69-77.

78. Татенко В.А. Психологія стресу: суб'єктна парадигма. *Наука і освіта*. 2000. № 1-2. С. 56-57.

79. Тейлор Ч. Етика автентичності. К.: Дух і літера, 2002. 138 с.

80. Тьор Л.В., Гейко Є.В., Завацький В.Ю., Блискун О.О., Сафонов А.Ю., Царенок В.О. Соціально-психологічні чинники взаємодії когнітивного стилю та пізнавальної діяльності. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2025. № 1 (66). Т. 2. С. 142-153.

81. Тептюк Ю.О. Психологічні умови розвитку стресостійкості у соціальних працівників вікових категорій: дис...канд. психол. наук: 19.00.07 / Юлія Олександрівна Тептюк. К., 2021. 272 с.

82. Титаренко Т.М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації: монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

83. Титаренко Т.М., Ларіна Т.О. Життєстійкість особистості: соціальна необхідність та безпека. ФОП-Марич В. М. 2009. 104 с.

84. Ткачук Т.А. Копінг-поведінка: стратегії та засоби реалізації: монографія. Ірпінь: Національний університет державної податкової служби України, 2011. 286 с.

85. Турбан В.В. Становлення етичної свідомості в онтогенезі: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.07 / Вікторія Вікторівна Турбан. К., 2013. 38 с.
86. Уваркіна О.В. Формування комунікативної культури студентів вищих медичних закладів освіти в процесі вивчення психолого-педагогічних дисциплін: автореф. дис...канд. психол. наук: 13.00.04 / Олена Володимирівна Уваркіна. К., 2003. 22 с.
87. Удод М.О. Психологічні особливості професійного відбору фахівців екстреної медичної допомоги та медицини катастроф: автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.04 / Максим Олександрович Удод. К., 2021. 24 с.
88. Унгурян Н.В. Когнітивний дисонанс у професійній діяльності медичних працівників. *Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри: зб. наук. статей за матеріалами V Міжнародної науково-практичної конференції молодих учених, аспірантів і студентів* (м. Київ, м. Сєверодонецьк, 24-25 листопада 2016 р.). Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. С. 232-233.
89. Унгурян Н.В. Комплексна програма конфліктологічної культури як основа подолання негативних наслідків когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників. *Актуальні питання соціальної та практичної психології у координатах сучасних парадигм: зб. наук. статей за матеріалами III Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Сєверодонецьк, 23-24 січня 2015 р.). Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. С. 176-178.
90. Унгурян Н.В. Психологічні аспекти подолання когнітивного дисонансу та розв'язання когнітивних конфліктів медичними працівниками. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2014. № 3 (35). С. 416-423.
91. Унгурян Н.В. Психологічні особливості прояву когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників. *Актуальні питання гіпнозу та сучасної гіпнотерапії у корекції психоемоційних травм, ПТСР та інших психічних розладів: зб. наук. статей за матеріалами Всеукраїнської*

науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю (м. Київ, 11 січня 2025 р.). К., 2025. С. 66-68.

92. Унгурян Н.В. Специфіка дії когнітивного дисонансу на професійну діяльність медичних працівників. *Labyrinths of Reality: Collection of scientific works based on materials of the VIII International scientific and practical conference* (Montreal, April 29-30, 2020) / edited by M.A. Zhurba. Montreal: CPM «ASF», Issue 3 (8). 2020. P. 196-198.

93. Унгурян Н.В. Соціально-психологічні особливості впливу когнітивного дисонансу на професійну діяльність медичних працівників. *Цілісний підхід у психології особистості: особливості теорії та практики: зб. наук. статей за матеріалами II Міжнародної науково-практичної онлайн конференції* (м. Кропивницький, 25 лютого 2022 р.). Кропивницький: ЦДПУ, 2022. С. 213-216.

94. Унгурян Н.В. Соціально-психологічні особливості проявів та впливу когнітивного дисонансу на професійну діяльність медичних працівників. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2017. № 3 (44). Т. 1. С. 282-290.

95. Унгурян Н.В. Соціально-психологічні особливості прояву когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. К.; Ніжин: ПП Лисенко, 2020. Т. IX, Вип. 13. С. 714-723.

96. Унгурян Н.В. Узгодження когнітивних компонентів у професійній діяльності медичних працівників. *Цілісний підхід у психології та соціальній роботі: теорія та практика: зб. наук. статей за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю* (м. Кропивницький, 24 лютого 2023 р.). Кропивницький: ЦДУ, 2023. С. 212-213.

97. Унгурян Н.В. Ціннісний підхід до професійної діяльності як чинник подолання негативних наслідків когнітивного дисонансу у медичних

працівників. *Psychology Travelogs: наук. журн. Хмельницького національного університету*. 2025. № 1. С. 264-274.

98. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психічне здоров'я в період пандемії COVID-19 (особливості психологічної кризи, тривоги, страху та тривожних розладів). *НейроNEWS*. 2020. № 3. С. 26-36.

99. Чернілевський Д.В. Духовна культура особистості / Д.В. Чернілевський, О.В. Вознюк, О.А. Дубасенюк, С.Б. Олійник, Т.І. Петракова, М.Ф. Рибачук, В.М. Синішин, О.В. Столяренко. Вінниця: АМСКП, 2010. 460 с.

100. Чернишук Г.М. Особливості дослідження первинної стресостійкості особистості. *Проблеми емпіричних досліджень у психології*. К.: Гнозис. 2008. С. 92-98.

101. Шаран Ю.В. Психофізіологічні детермінанти стресостійкості особистості. *Актуальні проблеми психології*. Т. V: *Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України*. К.: ДП «Інформаційно аналітичне агенство». 2007. Вип. 7. С. 143-148.

102. Шебанова В.І., Діденко Г.О. Копінг-поведінка у сучасних психологічних дослідженнях. *Проблеми сучасної психології: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені І. Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України*. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2018. Вип. 39. С. 368-379.

103. 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.

104. Шкіренко О. В. Духовна культура і цінності особистості як основа розвитку компетентнісної складової майбутнього професіонала. *Теоретико-методологічні питання розвитку загальної обдарованості особистості:*

матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, присвяченої 20-річчю заснування НАПН України (13 березня 2012 р., м. Київ). К.: ТОВ «Інформаційні системи». 2012. С. 143-150.

105. Шудлик Г. Механізми психологічного захисту. *Рідна школа*. 1999. № 12. С. 68-71.

106. Щербатих Ю.В. Психологія стресу та методи корекції. К.: Наука, 2022. 304 с.

107. Юзвак Ж.М. Духовність: психологічні аспекти. *Матеріали 4-х Костюківських читань / Українська психологія: сучасний потенціал*. К.: Вид-во «Док-К», 1996. С. 373-378.

108. Яценко Т.С. Теорія і практика групової психокорекції: Активне соціально-психологічне навчання / Тамара Семенівна Яценко. К.: Вища шк., 2004. 679 с.

109. Adler A. The Individual Psychology of Alfred Adler: A Systematic Presentation in Selections From His Writings. New York: Basic Books, 1956. 496 p.

110. Adler A. The Feeling of Inferiority and the Striving for Recognition. May 10, 1927. P.1881-1886.

111. Amirkhan J. Coping with stress across the lifespan: Absolute vs. Relative changes in strategy. J. Amirkhan, B. Auyeung *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2007. 28 (4). P. 298-317.

112. Amstadter A., Vernon L. Emotional reactions during and after trauma: A comparison of trauma types *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*. 2008. Vol. 16 (4). P. 391-408.

113. Armenakis A. A., Harris S. G., Field H. S. Making change permanent: A model for institutionalizing change interventions / Woodman R.W., Pasmore W.A., Shani A.B. (Eds.). *Research in organizational change and development*. 2000. Vol. 12. P. 97-128.

114. Ash M. G. Cultural contexts and scientific change in psychology: Lewin, Kurt in Iowa. *American Psychologist*. 1992. Vol. 47. P. 198-207.

115. Dynamic neural activity during stress signals resilient coping. Sinha Rajita, M. Cheryl, R. Lacadie, Constable Todd and Seo Dongju *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2016. Vol. 113. No. 31. P. 8837-8842.
116. Bartunek J.M., Woodman R.W. Beyond Lewin: Toward a temporal approximation of organization development and change / Morgeson F.P., Aguinis H., Ashford S.J. (Eds.). *Annual review of organizational psychology and organizational behavior*. 2015. Vol. 2. P. 157-182.
117. Berne E., Steiner C.M., Dusay J.M. Transactional analysis. In Ratibor-Ray M. Jurjevich (Ed.), *Direct Psychotherapy: 28 American originals* Coral Gables, Florida: University of Miami Press. 1973. P. 370-393.
118. Berne E., Steiner C. M., Dusay J. M. Transactional Analysis / Groves, James E. (Ed.), *Essential papers on short-term dynamic therapy* New York: New York University Press. 1996. P. 149-170.
119. Burnes B., Cooke B. The past, present and future of organization development: Taking the long view. *Human Relations*. 2012. Vol. 65. P. 1395-1429.
120. Cartwright D., Festinger L. A quantitative theory of decision. *Psychological Review*. 1943. Vol. 50. P. 595-621.
121. Deutsch M. Field theory in social psychology / Lindzey G., Aronson E. (Eds.). *The handbook of social psychology*. 1968. Vol. 1, 2nd ed. P. 412-487.
122. Festinger L. The analysis of sociograms using matrix algebra. *Human Relations*. 1949. 2. P. 153-158.
123. Festinger L. *Theory of Cognitive Dissonance*. L. Festinger. Stanford: Stanford University Press, 1957. 291 p.
124. Folkman S. Stress, health, and coping: Synthesis, commentary, and future directions. *The Oxford handbook of stress, health, and coping*. Oxford: Oxford University Press. 2011. P. 453-462.
125. Folkman S., Moskowitz J.T. Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*. 2000. Vol. 55. P. 647-654.

126. Fontanarosa P.B., Flanagan A., Golub R.M. Catastrophic Health Consequences of the War in Ukraine. *JAMA*. 2022. Vol. 327 (16). P. 1549-1550.
127. Fransella F. Review of Trevor Butt: George Kelly – The Psychology of Personal Constructs. *Personal Construct Theory & Practice*, 2008. Vol. 5. P. 19-25.
128. Freud S., Jones E. (Ed.). Beyond the pleasure principle. (C. J. M. Hubback, Trans.). The International Psycho-Analytical Press. 1922.
129. Freud S. On Narcissism. The Standard Edition of the Complete Hogarth Press, London, 1914. 67-102.
130. Freud S. The Ego and the Id. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. XIX: The Ego and the Id and Other Works. P. 1-66.
131. Heider F. The psychology of interpersonal relations. F. Heider. New York: Wiley, 1958. 322 p.
132. Heider F. Attitudes and Cognitive Organizations. F. Heider. *Journal of Psychology*. 1946. Vol. 21. P. 107-112.
133. Herman A. Witkin, Donald R. Goodenough Cognitive Styles, Essence and Origins: Field Dependence and Field Independence. International Universities Press. Psychological issues, monograph 1981. Vol. 51. 141 p.
134. Horney K. Our inner conflicts. New York: W.W.Norton & Co, 1945. 250 p.
135. Horney K. Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization. New York: W.W. Norton & Co, 1950. 400 p.
136. Kagan J. Reflection-impulsivity: the generality and dynamics of conceptual tempo. *J. of Abnormal Psychology*. 1966. Vol. 71, No. 1. P. 17-24.
137. Kagan J., Rosman P., Day D. etc. Information processing in the child: significance of analitic and reflective attitudes. Psychological monographs. 1976. Vol. 78. N 1. whole N 518.
138. Kelly G. A. The psychology of personal constructs (Vols. 2). New York: Norton, 1955. 178 p.

139. Kelly G.A. The psychotherapeutic relationship / B.A. Maher (Ed.), *Clinical psychology and personality: The selected papers of George Kelly*. New York: Wiley, 1969. P. 216-223.
140. Köhler W. Die physischen Gestalten in Ruhe und im stationären Zustand : eine naturphilosophische Untersuchung. Berlin: Braunschweig: Friedr. Vieweg und Sohn. 1920. 263 s.
141. Lazarus R.S. Psychological stress and the coping process. New York: McGraw Hill, 1966. 445 p.
142. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New-York: Springer, 1984. 445 p.
143. Lewin K. Defining the «Field at a Given Time». *Psychological Review*. 1943. Vol. 50 (3). P. 292-310.
144. Lewin G.W. (Ed.). Resolving social conflict. London, England: Harper & Row, 1948. 243 p.
145. Lewin K. A dynamic theory of personality: Selected papers. N.-Y.: McGraw-Hill, 1935. 297 p.
146. Lewin K. Field theory and experiment in social psychology: Concepts and methods. *American Journal of Sociology*. 1939. Vol. 44. P. 868-896.
147. Lewin K. Problems of research in social psychology / Cartwright D. (Ed.), (1952): Field theory in social science: Selected theoretical papers by Kurt Lewin (P. 155-169). London, England: Social Science Paperbacks.
148. Moss R.H., Schaefer J.A. Life transitions and crises. Coping with life crises. An integrative approach. N.-Y.: Plenum Press, 1993. P. 3-28.
149. Mosak H. H., Maniaci M. P. An approach to the understanding of «schizophrenese» Individual Psychology. *Journal of Adlerian Theory, Research & Practice*, Vol. 45(4). 1989.
150. Osgood Ch.E., Tannenbaum P.H. The Principle of Congruity in the Prediction of Attitude Change. *Psychological Review*. 1955. Vol. 62. P. 42-55.
151. Peggy A. Gender Differences in coping with Emotional Distress: The Social of Coping, edited by J. Eckenrode. N-Y.: Plenum Press, 1991. P. 107-139.

152. Pearlin L.I., Lieberman M.A., Menaghan E.G., Mullan J.T. The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*. 1981. Vol. 22. P. 337–356.
153. Perret-Clermont A.-N. Articuler l'individuel et le collectif. *Nouvelle Revue de Psychologie Sociale*. 2004. Vol. 3. P. 94-102.
154. Perret-Clermont A.-N. Review of the book «Dialogue, argumentation and education: History, theory and practice», by Baruch B. Schwarz & Michael J. Baker. *Journal of Argumentation in Context*, 2018. Vol. 7(1). P. 101-107.
155. Perret-Clermont A.-N. Social relationships and thinking spaces for growth. *Cahiers de psychologie et éducation (Université de Neuchâtel)*. 2011. Vol. 47. P. 7-17.
156. Plutchik R. A structural theory of ego defences and emotions / R. Plutchik, H. Kellerman, H.R. Conte / C.E. Izard (Ed.) *Emotions in personality and psychopathology*. N.-Y.: Plenum. 1978. P. 229-257.
157. Popovych I., Radul I., Radul V., Geiko Ye., Hoi N., Sribna O., Tymosh Yu. Construction and comparison of mental resources complexes of male and female. *Journal of Physical Education and Sport*. 2022. Vol. 22 (9). P. 2053-2061.
158. Popovych I., Unhurian N., Varnava U., Bilosevych I., Soroka O., Dobrovolska N., Hoian I. Comparative research on creativity in juniors' motivation structure. *Journal of Physical Education and Sport*. 2025. Vol. 25 (4). P. 826-836.
159. Rogers K.H., Biesanz J.C. The accuracy and bias of interpersonal perceptions in intergroup interactions. *Social Psychological and Personality Science*. 2014. Vol. 5(8). P. 918-926.
160. Rook K., Dooley D., Catalano R. Age differences in workers' efforts to cope with economic distress. The social context of coping. N.-Y.: Plenum Press, 1991. P. 791-805.
161. Su Mon Kyaw-Myint. Occupational stress. *Health of People, Places and Planet*. S.M. Kyaw-Myint, L. Strazdins. ANU Press, 2015. P. 81-94.
162. Taylor S.E., Peplau L.A., Sears D.O. *Social psychology*. Englewood Cliffs, N.-J.: Prentice Hall, 1994. 138 p.

163. Taylor S.E., Shelly E. Health Psychology. McGraw-Hills, Inc. 1995, P. 34.
164. Terry D.J. Coping resources and situational appraisals as predictors of coping behavior. *Pers. Individ. Diff.* 1991. Vol. 12. № 10. P. 1031-1047.
165. Wertheimer M. Experimentelle Studien über das Sehen von Bewegung. M. Wertheimer. *Zeitschrift für Psychologie*. 1912. Band 61. S. 161-265.
166. Witkin H.A., Oltman P.R., Raskin E., Karp S.A. A Manual of Embedded Figures Test. Palo Alto: Consulting Psychology Press. 1971. 32 p.
167. Witkin H.A., Berry J.W. Psychological differentiation in cross-cultural perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 1975. Vol. 6. P. 4-87.
168. Witkin H.A., Moore M.A., Goodenough D.R., Cox P.W. Field-Dependent and Field-Independent Cognitive Styles and Their Educational Implications. Published By: American Educational Research Association. *Review of Educational Research*. 1977. Vol. 47. No. 1. P. 1-64.
169. Zanjonc R.B. The Selected Works. New York: Wiley, 2003. 432 p.
170. Zavatska N.Ye., Shapovalova V.A., Ungurian N.V., Matveev V.N., Shutalov O.O. Protection of personal mental health under conditions of systemic changes in society. *Актуальні питання відновлення ментального здоров'я у психологічному вимірі: зб. наук. статей за матеріалами I Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Київ, 11 жовтня 2024 р.). К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2024. С. 7-11.
171. Zhigarenko I.E., Unhurian N.V. Gender-role features of professionalism in the work of socionic professionals. *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. 3. С. 75-84.