

ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ ТА ПОЛІТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ  
НАПН УКРАЇНИ

*На правах рукопису*

**НИКОНЕНКО ІРИНА ОЛЕКСАНДРІВНА**

УДК 159.923.3

**ОСОБИСТІСНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ  
ЛІКАРІВ-ХІРУРГІВ**

19.00.01 – загальна психологія, історія психології

Дисертація

на здобуття наукового ступеня  
кандидата психологічних наук

Науковий керівник:  
кандидат психологічних наук,  
старший науковий співробітник  
**Чорна Лідія Георгіївна**

Київ–2017

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>4</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ТА ЇХ ФОРМУВАННЯ У ЛІКАРІВ-ХІРУРГІВ.....</b>	<b>10</b>
1.1.Теоретичні передумови та сучасний стан дослідження копінг-стратегій.....	10
1.2.Механізми психологічного захисту та копінг-стратегії: предиктори адаптації та готовності особистості до розв’язання стресогенних ситуацій.....	28
1.3.Вимоги хірургічної діяльності до особистості та поведінки лікаря.....	34
1.4.Особистісні чинники формування копінг-стратегій лікарів-хірургів: теоретична модель дослідження.....	39
Висновки до першого розділу.....	45
<b>РОЗДІЛ 2. ОСОБИСТІСНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ЛІКАРІВ-ХІРУРГІВ: РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....</b>	<b>47</b>
2.1.Методичні засади та програма емпіричного дослідження особистісних чинників формування копінг-стратегій лікарів-хірургів.....	47
2.2.Динаміка формування копінг-стратегій у хірургів із різним рівнем особистісної та професійної зрілості.....	60
2.3.Механізми психологічного захисту як чинники формування копінг-стратегій хірургів із різним рівнем особистісної та професійної зрілості.....	75
2.4.Риси особистості хірургів із різним рівнем особистісної та професійної зрілості: порівняльний аналіз.....	85
2.5.Особливості міжособових взаємин хірургів із різним рівнем особистісної та професійної зрілості.....	94
2.6.Життєві ролі хірургів із різним рівнем особистісної та професійної зрілості.....	100
2.7.Сприйняття умов організації професійної діяльності хірургів із різним рівнем особистісної та професійної зрілості.....	104
2.8.Особистісні властивості та характеристики як чинники формування копінг-стратегій лікарів-хірургів.....	108

Висновки до другого розділу.....	130
<b>РОЗДІЛ 3. ОСОБИСТІСНІ РЕСУРСИ ФОРМУВАННЯ ПРОДУКТИВНИХ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ХІРУРГІВ.....</b>	<b>134</b>
3.1.Теоретико-методичне обґрунтування соціально-психологічного тренінгу з формування продуктивних копінг-стратегій хірургів.....	134
3.2.Формування продуктивних копінг-стратегій та визначення особистісних ресурсів хірургів як результати впровадження навчально-формуваального тренінгу.....	151
Висновки до третього розділу.....	171
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>173</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>176</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>201</b>

## ВСТУП

Діяльність лікарів-хірургів характеризується стресогенними умовами праці, що може призводити до виникнення стану психічного напруження, до професійних та особистісних деформацій фахівців. Професійна діяльність лікарів-хірургів висуває особливі вимоги не лише до їхніх професійно важливих якостей, а й до стресостійкості, здатності долати наслідки стресових ситуацій як показової характеристики у вивченні особистісних засобів додання стресу, особливо сьогодні – коли лікарі-хірурги виконують свою важливу місію, рятуючи життя людей у надзвичайних умовах воєнних дій на сході України.

Протягом останніх років проблема стресу активно досліджується українськими вченими, зокрема вивчається професійний стрес працівників освіти, медицини та комерційних установ (Т. Зайчикова, Л. Карамушка, Д. Куриця, Г. Ложкін, С. Максименко, К. Малишева, О. Марковець); повсякденний стрес і способи подолання кризових життєвих ситуацій та порушень адаптації до стресів (О. Кляпець, Б. Лазоренко, Л. Лепіхова, В. Савінов, Т. Титаренко та ін.).

Для додання стресових ситуацій особистість використовує у своїй поведінці певні копінг-стратегії. Існує поважний перелік авторів, які започаткували та розвивали у психології напрям з вивчення копінгів: В. Абрамов, О. Бондаренко, Х. Вебер, Л. Мюрфі, Н. Родіна, С. Фолкман, Г. Хайнес та ін. Інтерес становлять роботи, присвячені зв'язку або тотожності/незалежності копінг-стратегій і механізмів психологічного захисту в структурі особистості (І. Ветрова, Р. Грановська, Є. Карпенко, Д. Лібін, О. Лібіна, Л. Михайлова, М. Нікольська, Д. Родіонова), вивченню копінг-стратегій як особистісних ресурсів (Т. Корнілова, М. Лечман, Д. Носенко, К. Олдвін, К. Саттон, О. Сергієнко), закономірностям формування копінг-стратегій в умовах терапії адикцій людини (В. Делеві).

У психологічній літературі представлено широкий континуум проблематики, пов'язаної з діяльністю лікаря: від питань самовдосконалення, впливу лікарської діяльності на властивості особистості до професійних і особистісних деформацій лікаря (О. Горай, О. Гуменюк, В. Копетчук, І. Кузнецова, Л. Ларенцова, Т. Лебединець, А. Леонова, М. Лукашук, Ю. Остроус, О. Руда, К. Соцький, Л. Супрун, М. Філоненко, Я. Цехмістер, P. Dinsdale, S. Rathod). Доведено, що спеціалізація медичних працівників впливає на особливості вибору ними копінгів (І. Асеєва, С. Новікова, Ю. Попко).

Проте й досі бракує ґрунтовного розкриття саме особистісних чинників формування копінг-стратегій лікарів-хірургів для визначення можливостей цілеспрямованого впливу на процес додання стресу та активізації особистісних ресурсів формування продуктивних копінг-стратегій у лікарів-хірургів. Соціальна значущість і недостатня розробленість цієї проблеми зумовили вибір теми дослідження.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дослідження виконано в межах комплексної науково-дослідницької роботи лабораторії психології малих груп та міжгрупових відносин Інституту соціальної та політичної психології НАПН України «Свідоме та несвідоме як чинники регуляції групової взаємодії» (державний реєстраційний номер 0114U001513). Тему дисертації узгоджено бюро Міжвідомчої ради з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол №3 від 25.03.2014 року).

**Об'єкт дослідження:** копінг-стратегії лікарів-хірургів.

**Предмет дослідження:** особистісні чинники формування копінг-стратегій лікарів-хірургів.

**Мета дослідження** полягає у визначенні особистісних чинників формування копінг-стратегій лікарів-хірургів для з'ясування їхніх ресурсів у продуктивному доданні стресу.

### **Завдання дослідження:**

- 1) на основі теоретико-методологічного аналізу психологічної природи копінг-стратегій та передумов їх формування в діяльності лікарів-хірургів побудувати теоретичну модель впливу особистісних чинників на формування копінг-стратегій;
- 2) обґрунтувати методичні засади, процедуру дослідження та емпірично дослідити динаміку процесу формування копінг-стратегій лікарів-хірургів;
- 3) визначити перелік особистісних чинників формування копінг-стратегій лікарів-хірургів та розкрити їх психологічний зміст;
- 4) за допомогою формувального експерименту визначити можливості цілеспрямованого впливу особистості на процес долаття стресу та виокремити особистісні ресурси формування продуктивних копінг-стратегій у лікарів-хірургів.

**Методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети і розв'язання завдань використано:

- 1) *теоретичні методи*: аналіз, порівняння, узагальнення матеріалів досліджень з різних аспектів досліджуваної проблеми – з метою з'ясування стану вивчення предмета дослідження;
- 2) *емпіричні методи*: на попередньому етапі – анкетування та опитування щодо особливостей поведінки лікарів у стресових ситуаціях з метою добору психодіагностичного інструментарію; на констатувальному етапі – тестування для визначення властивостей особистості (особистісний опитувальник Р. Кеттела, тест «Індекс життєвого стилю» Р. Келлермана та Р. Плутчика), копінг-стратегій (тести долаючої поведінки особистості Р. Лазаруса, С. Фолкмана; К. Карвера, М. Шейєра та Дж. Вейнтрауб), психологічних характеристик процесу формування копінгів у діяльності (методики діагностики міжособових стосунків Т. Лірі, професійних стресованості та завантаженості – Р. Spector, S. Jex, адаптовано О. Кокуном та ін., «Репертуар життєвих ролей особистості» П. Горностая),

а також методи поперечних і повздовжніх зрізів показників методик; на формувальному етапі – експеримент з використанням соціально-психологічного тренінгу;

- 3) *математико-статистичні методи* обробки емпіричних результатів дослідження для: виокремлення значущих відмінностей між показниками в групах досліджуваних – критерій Уїлкоксона для груп лікарів-хірургів на різних етапах формування копінг-стратегій та критерій Манна–Уїтні для груп лікарів-хірургів на різних етапах їхнього професійного становлення; перевірки однорідності вибірки за хірургічними спеціалізаціями – критерій Крускала–Уолліса; опису особистісних стратегій долаання стресових ситуацій (факторний аналіз); визначення впливу залежної змінної (особистісних чинників) на незалежну (копінг-стратегії) – регресійний аналіз та методи дескриптивної статистики (Windows Excel, 2010); програма SPSS Statistics 19.0.

**Наукова новизна роботи:**

– *уперше виокремлено* та систематизовано особистісні чинники формування копінг-стратегій лікарів-хірургів у специфічних умовах їхньої діяльності, а саме: риси особистості (емоційна стійкість, сміливість, самостійність, самодисципліна, інтелектуальність, комунікативна компетентність, авторитарність) та механізми психологічного захисту (раціоналізація і заміщення), що відображають узагальнені характеристики ситуацій, які регулярно виникають та повторюються в провідній діяльності хірургів, вимагають від них прийняття рішень в умовах обмеженого обсягу інформації і часу, підвищеної професійної, моральної, юридичної відповідальності та повсякчасно є потенційно стресогенними;

– *визначено* структурні рівні діяльності, на яких функціонують особистісні чинники в процесі формування копінг-стратегій: особистісний (риса особистості та механізми психологічного захисту); організаційно-діяльнісний (професійна завантаженість та стресованість, ролі особистості та

особливості побудови нею міжособових стосунків); поведінково-регулятивний (способи реагування людини в стресовій ситуації, тобто копінги);

– *доведено*, що особистісні ресурси формування конструктивних копінг-стратегій лікарів-хірургів полягають:

- в активізації властивостей особистості, які поєднують когнітивні та емоційні її складові (інтелектуальність, чутливість до нового та ін.) та мінімізації дії психологічних захистів (регресії та заперечення) на власне особистісному рівні;
- у взятті на себе ролі «дорослого» та вияві сміливості в процесі взаємодії та прийняття реальних обставин стресогенної ситуації на організаційно-діяльнісному рівні;
- у ширшому використанні копінгів планування розв’язання проблем, емоційної взаємодії з референтним колом спілкування на регулятивно-поведінковому рівні.

– *дістало подальший розвиток* поняття «особистісні стратегії додання стресу» як цілісні патерни саморегуляції людини, які передбачають особистісні засоби додання стресу.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає в можливості їх використання при розробці програм, зокрема й національних, спрямованих на збереження психічного та професійного здоров’я медичних працівників, їхньої здатності долати наслідки стресових ситуацій, використовувати прийоми самопомоги для підвищення стресостійкості, формування навичок самоопанування, ефективної регуляції складних емоційних станів та зниження емоційного напруження в професійній діяльності. Використаний у роботі психодіагностичний інструментарій може стати методичною основою для подальших досліджень особистісних ресурсів формування продуктивних копінг-стратегій медичних працівників та інших фахівців, чия діяльність пов’язана з високим рівнем емоційного напруження. Отримані теоретичні та емпіричні результати дослідження можуть бути використані в процесі розробки та викладання навчальних курсів «Загальна психологія», «Медична психологія», спецкурсу «Психологічні засади додання стресу лікарями-хірургами» як у



процесі набуття особою вищої освіти, так і в системі підвищення кваліфікації медичних працівників.

**Апробація і впровадження результатів дослідження.** Основні положення та результати дослідження узагальнено й висвітлено у доповідях на VI Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Соціально-психологічні особливості професійної діяльності працівників соціальної сфери: соціальні виміри сучасності» (м. Мелітополь, 2014 р.); міжнародних науково-практичних конференціях: «Педагогіка і психологія сьогодення: теорія та практика» (м. Одеса, 2015 р.), «Психологія та педагогіка: необхідність впливу науки на розвиток практики в Україні» (м. Львів, 2015 р.); XXII щорічній науковій конференції ІСПП НАПН України «Соціальна і політична психологія сьогодні: здобутки, проблеми, нові рубежі» (м. Київ, 2016 р.).

Результати дослідження **впроваджено** в практику роботи поліклініки центральної лікарні Києво-Святошинського р-ну Київської обл. (довідка №35 від 17.04.2016 р.); матеріали дисертації використовуються в науково-методичному забезпеченні роботи кафедри гістології та ембріології при підготовці студентів медичного факультету НМУ імені О. О. Богомольця (акт про впровадження від 25.05.2016 р.) та в консультативній роботі відділу управління персоналом ТОВ «АЙ КОТТОН ЮЕЙ» (довідка №43 від 03.11.2016 р.).

**Публікації.** Основні положення та висновки дисертації представлено в 10 публікаціях, з яких 5 статей – у наукових фахових виданнях, включених до переліку МОН України, 1 стаття – у міжнародному науковому виданні, що індексується наукометричними базами.

**Структура дисертації.** Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 227 найменувань (з них 35 – іноземною мовою) та 9 додатків. Загальний обсяг роботи – 253 сторінки, основний зміст роботи викладено на 175 сторінках. Дисертація містить 15 таблиць та 11 рисунків.

## **РОЗДІЛ 1**

### **ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ТА ЇХ ФОРМУВАННЯ У ЛІКАРІВ-ХІРУРГІВ**

У розділі представлено огляд основних наукових підходів до вивчення психологічної природи долаючої поведінки, розглянуто зв'язок свідомих і несвідомих компонентів особистості лікаря-хірурга з процесом формування його долаючої поведінки. Обґрунтовано теоретико-методологічні засади дослідження особистісних чинників формування копінг-стратегій лікарів-хірургів та представлено теоретичну модель дослідження, яка відображає структурні рівні саморегуляції особистості в процесі додання стресу та показує вплив особистості на особливості формування її копінг-стратегій.

#### **1.1. Теоретичні передумови та сучасний стан дослідження копінг-стратегій**

Копінг є поняттям іншомовного походження, яке утворилося внаслідок англійського дієслова «to cope», що в перекладі означає долати або опановувати. У науково-психологічний контекст поняття копінгу як способу долаючої поведінки людини було введено Л. Мерфі в другій половині ХХ століття в контексті дослідження вікових криз розвитку дітей. Вона вивчала активні дії особистості, які спрямовані на розв'язання проблемної або кризової ситуації, яка майже завжди пов'язана зі стресом.

Долання стресових ситуацій відбувається завдяки успішним стратегіям поведінки та рівню розвитку адаптаційних механізмів, що позитивно впливає на збереження емоційного стану особистості (Дж. Фрейденберг) [209]. Одним із адаптаційних механізмів є копінг – відповідь людини на стрес і засіб його додання (Р. Лазарус) [83]. Копінг-стратегії ж визначаються як конкретні послідовні дії особистості, які спрямовані на додання стресогенних ситуацій та завдяки яким реалізується копінг-поведінка або долаюча поведінка. На нашу думку, різниця між копінг-стратегією та копінгом полягає

в тому, що перша є сукупністю свідомих дій особи, що об'єднують когнітивні, емоційні та вольові компоненти її саморегуляції, а копінг – це окремий спосіб, засіб додання стресу. Таке розмежування понять копінг-стратегій та копіngu відповідає розумінню поняття стратегії в психології (В. Моляко, Л. Чорна та ін.) [108; 185]. Отже, дослідження поведінки, яка характеризується активними та цілеспрямованими діями особистості з метою зниження впливу на неї емоційно-негативних навантажень, здійснюється за допомогою понять копінг-поведінки, копінг-стратегій та копіngu.

Долаюча поведінка – це така її форма, що відображає готовність особистості до розв'язання проблемних ситуацій. Поняття долаючої поведінки ширше за копінг-стратегію, а останнє – за копінг. Копінг-стратегія – це внутрішній регулятивний механізм поведінки людини, а сама поведінка не є власне психологічним феноменом, бо містить соціальні та біологічні складові. Долаюча поведінка реалізується завдяки успішним копінг-стратегіям. Отже, копінг-стратегії можуть бути успішними або неуспішними.

Слід наголосити, що головною функцією копіngu є конструктивна адаптація особистості до вимог стресогенної ситуації, забезпечення гомеостазу організму, збереження фізичного та психічного здоров'я людини. Аналіз неконструктивних форм боротьби особистості зі стресом, серед яких куріння, використання психоактивних речовин, демонстрування ворожої поведінки, суттєво поглиблює уявлення про саморегуляцію та долаючу поведінку (В. Вид, Н. Водопьянова, Н. Козина, О. Лозинська) [31]. Численні дослідження (Ю. Александровський, Н. Айзенберг, І. Аршава, Л. Китаєв-Смик, К. Кутовий, Р. Мооса, Є. Чехлатий, Е. Носенко, А. Розрігес, К. Туомі, К. Холахен) свідчать, що неконструктивні копінг-стратегії (уникнення вирішення проблемних ситуацій, дистанціювання від них тощо) призводять до дезадаптації та появи психосоматичних захворювань людини, оскільки їй властиво по-різному та різною мірою, в т. ч. надмірно, переживати емоційне напруження, реагувати та діяти в умовах стресу [5; 12; 62; 121; 123]. Тому

проблема формування конструктивних та продуктивних копінг-стратегій як компонентів долаючої поведінки особистості є важливою складовою нашого дослідження.

На теренах сучасної психологічної науки вивчення долаючої поведінки та зокрема копінг-стратегій лікарів-хірургів характеризується складнощами, обумовленими, по-перше, різноманітністю поведінкових виявів копінг-стратегій, а, по-друге, різними теоретико-методологічними засадами розуміння механізмів їхнього формування та розвитку в онтогенезі. Різноманітність копінг-стратегій пов'язана з варіацією реакцій особистості, спрямованих на додання стресогенних ситуацій і в основі яких лежать когнітивні, емоційні та поведінкові складові цих операцій. Методологічні складнощі характеризуються відсутністю чітких критеріїв визначення копінг-стратегій, єдиного (унікального) розуміння їх природи, поняттєвих меж визначення конструктивних/неконструктивних копінг-стратегій, а також чинників їх вияву та розвитку. Тому, дослідження процесу формування копінг-стратегій лікарів-хірургів доповнить теоретико-методологічні засади розуміння долаючої поведінки особистості та визначення особистісних засобів її саморегуляції в стресових ситуаціях.

Отже, дослідження копінгу в психології характеризується різноплановістю поглядів на його функціонування в структурі особистості. Тому в контексті започаткованого нами дослідження доцільно розглянути основні теоретичні підходи до розуміння копінг-поведінки, базуючись на яких буде здійснюватися інтерпретація та узагальнення результатів дослідження. Під час виокремлення теоретико-методологічних засад вивчення особистісних чинників формування копінг-стратегій лікарів-хірургів ми будемо спиратися на класифікаційні критерії теорій, які запропоновані авторами, відомими своїми дослідженнями копінг-поведінки та її методологічним аналізом (Н. Родіна, М. Хачатурова та ін.) [141; 176].

**Психодинамічні концепції копіngu.** Одним із центральних понять психодинамічного підходу є тривога – емоційний стан внутрішнього беззмістовного неспокою, пов'язаного з прогнозуванням особистістю власної невдачі або небезпеки для організму; за З. Фрейдом тривога є пусковим механізмом розвитку особистості. У пізніх працях психоаналітика зустрічається ідея щодо існування двох форм тривоги: пов'язаної з реальними подіями у житті особистості та невротичної, безпідставної, яка викликана неспроможністю Его протистояти впливу середовища на нього, що сприймається як загрозна ситуація [179].

У психодинамічному підході важливим також є поняття трансферу або перенесення – психологічного феномену та одночасно психологічного захисту, який полягає у некоректному перенесенні почуттів й ставлень особистості на інших людей або об'єктів оточуючого середовища (А. Адлер, К. Хорні, З. Фрейд) [178; 179; 193].

Враховуючи постулати психодинамічного підходу, Б. Джейкобс розглядає копіng як поведінкову відповідь особистості на відчуття тривоги. Структура копіngu містить поведінковий та емоційний стилі реагування особи на стресогенні, тривожні ситуації та особливості її адаптації до них. За Б. Джейкобсом феномен перенесення впливає на формування долаючої поведінки особистості [214].

Слід зазначити, що в цілому психодинамічний підхід розглядає феномен копіngu як той, що тотожний механізмам психологічного захисту (тут і далі в тексті - МПЗ), тобто несвідомим регуляторам поведінки особистості.

У подальшому, апологет теорії долаючої поведінки та представник когнітивно-мотиваційного підходу Р. Лазарус у поглядах на природу стресу визнає важливість не лише свідомого, але й несвідомого компоненту в формуванні долаючої поведінки [83]. В свою чергу, К. Олдвін підкреслює, що початковий процес долаючої поведінки особи визначається її неусвідомлюваною готовністю діяти певним чином в умовах ситуації стресу.

Долаюча поведінка особистості залежить від її стратегій міжособових стосунків. Важливий внесок у розуміння стратегій взаємин зробила К. Хорні, розглядаючи три види орієнтацій особистості, а саме: до, від та проти людей [178]. Якщо використовувати термінологію К. Хорні та базуватися на постулатах Его-психології, то формування копінг-стратегій особистості відбувається у процесі її індивідуального психічного та соціального розвитку. Саме Его, як структура особистості, відіграє вирішальну роль у формуванні копінг-стратегій з метою її конструктивної адаптації до умов середовища.

Таким чином, психодинамічний погляд на природу копінгу полягає у вивченні несвідомих тенденцій, як першопричин його формування. Але саме Его-психологія наголошувала, що при аналізі долаючої поведінки необхідно спрямувати вектор уваги з Ід на Его особистості. Цей погляд є джерелом розуміння копінг-стратегій як свідомих та цілеспрямованих дій. Отже, попередньо визначимося: до структури особистісних чинників формування копінг-стратегій, безумовно, належать як свідомі, так і несвідомі компоненти.

***Біхевіоральний підхід до розуміння долаючої поведінки.*** У межах цього підходу копінг розглядається як поведінкова реакція, що пов'язана з уникненням особою стресогенних ситуацій у навколишньому середовищі, а його формування відбувається за рахунок процесу навічання та позитивного підкріплення досвіду додання стресогенних ситуацій людиною (Д. Маш) [166].

***Когнітивно-мотиваційна теорія копінг-поведінки.*** До певного часу долаюча поведінка розглядалася здебільшого в контексті теоретичних поглядів Г. Сельє, який трактував стрес як неспецифічну реакцію організму на подразник. Емоційне навантаження стресової ситуації, яка впливає на організм людини, може призводити до психічних та фізіологічних порушень [63]. Праця Р. Лазаруса «Психологічний стрес і копінг-процес» змінила концептуальні засади розуміння стресу, започаткованого Г. Сельє [207].

Згідно Р. Лазаруса копінг – це когнітивні, емоційні та поведінкові операції психічної діяльності особистості, які орієнтовані на додання

внутрішніх або зовнішніх причин стресогенної ситуації [83]. Р. Лазарус зазначав, що копінг, як не дивно, є важливою складовою стресогенної ситуації і спрямований на підтримку психосоціальної адаптації людини. Він наголошував, що способи реагування особистості на стресогенну ситуацію обумовлені її суб'єктивною когнітивною оцінкою середовища, особливостей стресогенної ситуації та можливостей її долання [208]. Когнітивна оцінка поділяється на первинну та вторинну. Первинна спрямована на сприймання людиною особливостей стресогенної ситуації та визначається особистісними чинниками, що дозволяють оцінити інформацію про загрозливі обставини. Вторинна є доповненням первинної та визначає, якими саме засобами людина може впливати на стресогенну ситуацію. Когнітивна оцінка ситуації призводить до активізації копінг-стратегій, тобто процесу вибору особою дій, які спрямовані на усунення та долання її емоційно-негативних станів. Отже, згідно теоретичних поглядів Р. Лазаруса структура процесу долаючої поведінки має такий вигляд: сприйняття особистістю особливостей стресової ситуації → когнітивна оцінка інформації → копінг.

Когнітивно-мотиваційна теорія виокремлює дві форми копінгу: емоційно-орієнтований, пасивний та проблемно-орієнтований, активний. Перший зосереджений на міркуваннях та переживаннях особи, другий характеризується її активними діями, спрямованими на долання стресу.

Деякі науковці (А. Білінгз, Л. Перлін, К. Скулер) зазначають [195], що використання активного копінгу позитивно впливає на організм людини, оскільки це сприяє розв'язанню проблемної ситуації, в той час як пасивний, орієнтований на внутрішній світ особистості, може призводити до виникнення депресії (Р. Мітчел, Р. Кронкайт) [190]. На нашу думку, це досить однозначне трактування активного та пасивного копінгу.

Р. Маккрей, П. Коста, М. Зомерфільд, які представляють диспозиційний підхід, вважають некоректним класифікувати копінг-стратегії на успішні й неуспішні [152; 217]. Це пов'язано з тим, що стратегії долаючої поведінки

особистості залежать від умов актуальної стресогенної ситуації. Персональні дані (вік, стать, соціальний статус, ресурси та ін.) також впливають на когнітивну оцінку стресу й вибір копінг-стратегії. Ми дотримуємося аналогічної думки щодо фактору актуальності в процесі вибору копінг-стратегій особистістю й вважаємо, що в разі результативного додання стресу вибір нею копінгу слід *вважати успішним у її індивідуальному випадку*. Однак і тут існує певна колізія. Розв'язання проблеми класифікації копінг-стратегії на успішні й неуспішні не має сенсу, оскільки критерій результативності у кожному окремому випадку є надіндивідуальним.

Проте все ж людина, обираючи ту ж іншу копінг-стратегію додання стресу платить своєрідну особистісну ціну і, вірогідно, «тілесну ціну» (реакції тіла, що відбивають на фізіологічному рівні емоційні стани людини) за опанування власним емоційним станом та досягнення результату діяльності в стресовій ситуації. Одна особа докладє небагато зусиль, виконує невелику кількість копінг-дій, опановує стрес і досягає успішного результату діяльності, а інша докладє багато зусиль, виконує велику кількість копінг-дій, витрачає багато особистісних ресурсів і досягає в діяльності середнього результату. Крім того з метою додання стресу людина звертається до дій, що можуть нанести шкоду її здоров'ю та зруйнувати індивідуальні ресурси її саморегуляції.

Залежно від особливостей ситуації, специфіки діяльності та внутрішніх ресурсів особистості в деяких ситуаціях пасивний копінг може відігравати конструктивну роль у доданні стресу, і, навпаки, активний – деструктивну. Без осмислення ситуації, розуміння екзистенційного змісту переживань особистості, використання особистістю когнітивних процесів активний копінг може не приносити їй внутрішнього задоволення в доданні стресу. Крім того індивідуальна ціна, яку людина заплатить за активне додання стресу, може перевершити її особистісні ресурси, а за пасивне - ні. Але все ж таки існують об'єктивні показники діяльності, згідно яких можна розрізнити



конструктивні або неконструктивні копінг-стратегії, хоча суб'єктивно вони можуть бути успішними або неуспішними: відчуття стресу подолано, а проблему розв'язано. На нашу думку, успішність копінгів відображає індивідуально-суб'єктивний контур поведінки, а конструктивність (продуктивність) – діяльнісно-об'єктивний.

У контексті когнітивно-мотиваційної теорії варто внести подальше змістовне розмежування понять копінгу та копінг-стратегій, яке ми розпочали в цьому підрозділі дисертації, виходячи із суто формально-логічних засад. Базуючись на поглядах Р. Лазаруса, визначимо копінг як ментальні та конотативні операції, зміст яких визначається ситуативними чинниками, а копінг-стратегію – як групу копінг-операцій особистості (аналіз, синтез, оцінка, прийняття рішень), певним чином пов'язаних між собою. Копінг є мінливим (змінним) процесом, а стійкі патерни копінгів формують копінг-стратегії особистості або своєрідні особистісні стилі реагування на стресогенну ситуацію.

Отже, Р. Лазарус збагатив розуміння стресу започатковане Г. Сельє та доповнив його поняттям когнітивної оцінки ситуації. Когнітивно-мотиваційна теорія копінгу Р. Лазаруса є першою цілісною концепцією у розумінні природи долаючої поведінки особи, теоретичні положення якої стали поштовхом до ширшого розгляду та здійснення досліджень й формування уявлень щодо ролі особистості в копінг-процесі.

Теоретичні погляди Р. Лазаруса були задіяні в моделі стресу Дж. Грінберга [141; 152]. Згідно цієї моделі когнітивна оцінка відображає сприйняття ситуації особою як загрозової або стресогенної. Цей процес супроводжується переживаннями негативних емоцій (гнів, страх, роздратування), фізіологічним збудженням (підвищення серцебиття тощо) та призводить до виникнення захворювань людини (рис.1.1). Лікарям-хірургам притаманні певні захворювання, здебільшого – кардіологічні.



**Рис.1.1. Модель стресу Дж. Грінберга.**

*Диспозиційний напрям дослідження копінг-поведінки.* На противагу Р. Лазарусу та С. Фолкману представники цього напрямку П. Коста та Р. Маккрей акцентують увагу на характеристиках особистості, необхідних для додання стресу: життестійкості, внутрішньому локусі контролю тощо. [200; 217]. Однак, додання *певних* стресових ситуацій вимагає *певних* особистісних властивостей, тобто людина або розвиває свої властивості під такі ситуації та вимоги діяльності, перетворює свої індивідуальні риси в ресурси або ж ухиляється від їх розв'язання. Можливо саму стресогенну ситуацію особа розглядає як ресурс розвитку власної особистості.

У процесі додання навички додання стресу автоматизуються та відбивають узагальнені характеристики ситуацій, які регулярно виникають та повторюються в провідній діяльності особи. Отже, феномен долаючої поведінки особи слід вивчати цілісно: враховувати взаємодію особистісних властивостей та умови її діяльності (соціальні, організаційні та ін.), оскільки відбувається їх суб'єктивна оцінка, що становить важливий чинник формування копінг-стратегій.

*Ресурсна теорія копінг-поведінки.* Різко резонує з теорією Р. Лазаруса погляди автора теорії збереження ресурсів С. Гобфолла [213]. Когнітивне оцінювання ситуації є ключовим у когнітивно-мотиваційній теорії Р. Лазаруса, а С. Гобфол загалом заперечує важливість оцінки в копінг-

процесі та вважає, що саме втрата ресурсів людиною є визначальним моментом у розвитку стресу. Незважаючи на те, що когнітивне оцінювання виконує функцію надання інформації особі щодо втрати її ресурсів, психолог запевняє, що більшість ресурсів є об'єктивними. Це дає можливість особі спостерігати за обставинами ситуації. Основною розбіжністю теорій Р. Лазаруса та С. Гобфола є ступінь суб'єктивізму в тлумаченні долаючої поведінки особистості: Р. Лазарус вважав важливою її когнітивну оцінку ситуації та не особливо враховував об'єктивні обставини стресогенної ситуації, а С. Гобфол, навпаки, наголошував на важливості самих обставин виникнення стресу та нівелював когнітивну оцінку ситуації. Ще більш чітко в суто «ситуаційному підході» висловлюються Л. Еспінволл і Ш. Тейлор. Вони вважають, що саме ситуаційні фактори та соціальні ресурси є ключовими компонентами долаючої поведінки. Проте, на нашу думку, не менш важливою, а подекуди вирішальною складовою у продуктивній копінг-поведінці людини є її особистісні чинники, які слід розглядати як індивідуальні, унікальні ресурси особистості. Ми вважаємо, що необхідно дотримуватися суб'єктивно-об'єктивної позиції щодо природи долаючої поведінки. Це пов'язано з тим, що особливості стресогенної ситуації можуть мати різний ступінь інтенсивності впливу на особу, а також існують відмінності в характері сприйняття нею умов стресогенної ситуації.

С. Гобфол виокремлює такі основні принципи своєї теорії:

- втрати ресурсів, що зумовлює погіршення самопочуття та емоційного стану особи, в неї виникає зневіра в успішність додання стресогенних ситуацій, що спричиняє нові стресові реакції та дезадаптацію;
- «накопичення» або «придбання» ресурсів, що запобігає втраті особою ресурсів і характеризується поступовим їх відновленням, а також збереженням існуючих ресурсів з метою додання стресу [213].

Опоненти ресурсної теорії Е. Фройнд і М. Ридигер запевняють, що використання поняття «втрата ресурсів» є недоречним при аналізі тих

ресурсів, які є невичерпними. Серед таких невичерпних та потенційно накопичуваних ресурсів особистості автори виділяють: упевненість людини у власному Я, працездатність, підтримку рідних, позитивний погляд на розв'язання стресогенної ситуації та інші індивідуальні та соціальні характеристики людини. Цікаво: до ресурсів особистості науковці також відносять характеристики ситуації, які є нематеріальними [225].

В. Ялтонський розробив класифікацію копінг-ресурсів відповідно до сфер психічної організації особистості, і до їх видів відніс ресурси [191]:

- 1) когнітивної сфери (людина самостійно оцінює або обґрунтовує інформацію відносно стресогенної ситуації, що виникла);
- 2) самосвідомості (позитивні уявлення особистості про власне Я впливають на її здатність тримати контроль застресованою ситуацією);
- 3) інтегральної орієнтації особистості або локус-контроль (уміння контролювати власне життя, бути відповідальною за власні дії позитивно впливає на формування конструктивних копінг-стратегій);
- 4) емпатії (здатність особи приймати точку зору інших на стресогенну ситуацію дозволяє сформувати альтернативні шляхи розв'язання об'єктивних проблем);
- 5) афіліації: задоволення потреби у створенні доброзичливих, емоційно-значимих стосунків з тими, хто оточує людину, та підтримці міжособових контактів створює вільну, ненапружену атмосферу спілкування, що в свою чергу фасилітує легке та швидке долання стресу, пом'якшує негативні наслідки його переживання.

Долаючи поведінку варто розглядати як один із операціоналізованих виявів саморегуляції індивіда – системно-організованого процесу його внутрішньо-психічної активності (О. Конопкін) [73]. У контексті аналізу ресурсних теорій долаючої поведінки актуальною є теорія А. Бандури [194], згідно якої існують дві групи факторів саморегуляції: зовнішні та внутрішні. До зовнішніх належать певні шаблони, за допомогою яких особа оцінює

власну поведінку; вони формуються за участі найближчого соціального середовища людини, наприклад настанов батьків або вчителів. До внутрішніх факторів відносяться такі складові саморегуляції: самоспостереження, висунення суджень та активну спрямованість на себе.

Самоспостереження («self-observation») – це психічна діяльність людини, яка є обов'язковою умовою контролю над власними діями. З метою досягнення певних цілей особистість повинна звертати увагу на індивідуальні властивості, власну витривалість, лабільність або інертність поведінки, тобто володіти інформацією стосовно своїх психічних та поведінкових можливостей. Процес висунення суджень («judgmental process») передбачає регуляцію поведінки за допомогою рефлексивного осмислення ситуації. Розуміння власної поведінки надає людині змогу оцінювати причини та значущість своїх дій. Цей процес можна ототожнити з *відповідальністю особи за свої дії*, та відповідно – відсутністю звинувачень нею інших у власних негараздах або перекладанні відповідальності на обставини ситуації.

Активна спрямованість на себе («activeself-reaction») характеризується встановленням особою індивідуальних критеріїв розв'язання стресогенної ситуації, таких як відчуття спокою, гордість, самозадоволення. Залежно від цього особистості властиво відчувати негативні або позитивні емоції.

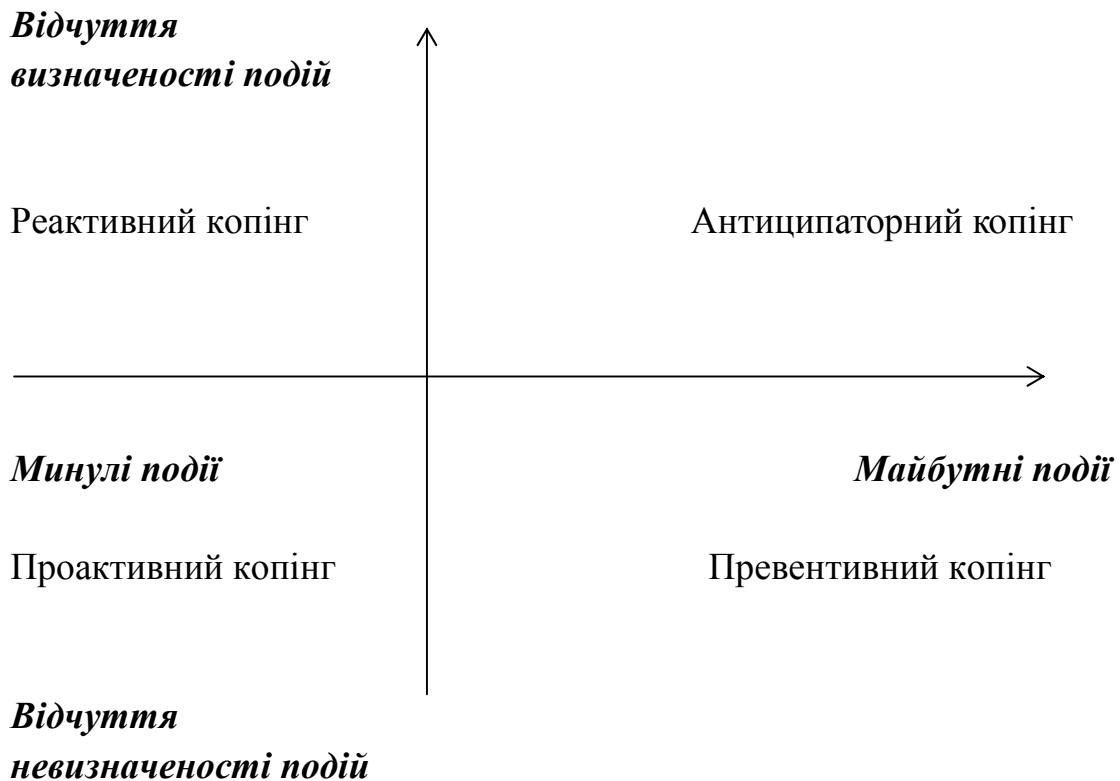
Отже, теорія саморегуляції поведінки А. Бандури наголошує, що особистість здатна впливати на власні думки, дії та почуття.

Підсумовуючи результати наукової дискусії про ресурси особистості як чинники долаючої поведінки, зробимо такий висновок: 1) слід говорити як про втрату або накопичення нею ресурсів, так і про рівень ефективності їхнього використання; 2) до копінг-ресурсів відносять як властивості особистості, так і сприйняття та оцінка нею соціальних характеристик ситуації долаання стресу. Копінг-ресурси дозволяють особистості конструктивно оцінювати стресогенну ситуації, визначати можливості діяти певним чином в її умовах та продукувати різні й альтернативні шляхи їх

розв'язання, про що тим чи іншим чином говорять представники і когнітивно-мотиваційної, і ресурсної теорій (Р. Лазарус, Н. Сирота, С. Фолкман, В. Ялтонський, S. Kobasa, S. Maddi) [83; 190; 207; 208].

**Проактивні теорії копіngu.** Автори цього підходу стверджують, що долаюча поведінка особистості залежить більшою мірою від волі особи, ніж від зовнішніх обставин.

Так, наприклад, модель копінг-поведінки Р. Шварцера базується на поняттях «визначеність-невизначеність подій та їх локалізація в часі» [221]. Відчуття особистістю «визначеності-невизначеності» – це дихотомія негативно або позитивно забарвлених емоцій, які супроводжують процес очікування нею певних подій (рис.1.2).



**Рис.1.2 Модель копінг-поведінки особистості  
(проактивний підхід Р. Шварцера)**

Копінг містить стратегії, які різняться між собою за рівнем визначеності подій та часовим проміжком, у якому вони відбуваються:

- 1) реактивний копінг – це дії особи, спрямовані на додання стресової ситуації, яка нею усвідомлюється: певна подія вже відбулася, і це добре відоме людині;
- 2) антиципаторний копінг – це дії особи, спрямовані на усунення передумов або ймовірностей виникнення певної, досить визначеної стресогенної ситуації у майбутньому;
- 3) превентивний копінг – це дії особи, спрямовані на взаємодію зі стресогенною ситуацією, яка може відбутися або не відбутися у найближчому майбутньому;
- 4) проактивний копінг – це дії особистості, спрямовані на конструктивне додання стресогенної ситуації, поліпшення рівня її психічного життя та духовного розвитку; копінг базується на подіях, які вже відбулися, але дії не стосуються певної визначеної ситуації, а радше, на нашу думку, є копінг-стратегією, яка сформувалася як особистісне узагальнення ситуативних реакцій на стрес.

Отже, дії реактивної стратегії долаючої поведінки особистості спрямовані на події, які відбулися у минулому або тривають й нині, а дії антиципаторного, превентивного копінгів пов'язані з ситуаціями, які можливо відбудуться у майбутньому. Проте, саме проактивний копінг як головний конструкт моделі Р. Шварцера слід розглядати як дієвий та функціональний механізм долаючої поведінки.

Р. Wong розробив іншу модель долаючої поведінки особистості, центральним поняття якої є проактивність, яка пов'язана з використанням особистісних ресурсів, вияв яких залежить від її емоційно-вольових процесів. [200]. Ефективність же копінг-стратегій особистості залежить від творчого й раціонального використання нею цих ресурсів. Згідно Р. Wong критеріями ефективності долаючої поведінки є відновлення гармонійності між фізіологічним та психічним станами людини, досягнення позитивного результату в доланні стресогенної ситуації та особистісний розвиток [227].

Альтернативою проактивності є реактивність, тобто властивість організму людини рефлекторно відповідати на зміни або подразники довкілля. Реактивне додання стресогенної ситуації актуалізується лише за умови визнання особою ситуації дійсно загрозливою для її психічного й фізичного стану. У контексті нашого дослідження копінг-стратегій лікарів-хірургів висунемо припущення, що реактивність їх копінг-поведінки залежить від особливостей їх проактивних дій.

Проактивний копінг тісно пов'язаний з проактивними настановленнями особистості (Дж. Шмітц, Р. Шварцер), які слугують пусковим механізмом розв'язання стресогенної ситуації [221]. Слід зазначити, що поняття проактивності походить з гуманістичної психології, згідно якої особистість бере на себе відповідальність за проблеми, причиною яких є вона сама. Тому проактивне настановлення особи, яке спрямоване на розвиток власних ресурсів особистості та формування індивідуального позитивного психологічного стану додання стресової ситуації слід визначити як таке, що позитивно впливає на психічне та фізіологічне здоров'я людини та є особистісним чинником формування долаючої поведінки.

А. Білінг і Ш. Тейлор виокремлюють стадії проактивного копінгу [195]:

- 1) мобілізація резервів особистості, коли акумулюються її внутрішні та зовнішні резерви; до внутрішніх належать психічні та психофізіологічні можливості людини діяти певним чином, а до зовнішніх – формування міжособових стосунків з метою отримання нею соціальної підтримки;
- 2) визначення особистістю потенційно стресогенної ситуації, коли індивід демонструє здатність спостерігати за подіями та їх контролювати;
- 3) оцінювання стресогенної події; на цій стадії особистість надає емоційно-забарвлених та вербальних характеристик стресогенній ситуації;
- 4) початку формування копінг-поведінки, що супроводжується когнітивною та поведінковою активністю особистості, спрямованої на пошук необхідної їй інформації та шляхів розв'язання стресогенної ситуації;



5) підбиття результатів та артикуляції висновків; дії особистості на цій стадії спрямовані на оцінку власного емоційного стану в ситуації стресу [195].

Підсумовуючи результати аналізу проактивних теорій копінгу, зауважимо, що погляди науковців на природу функціонування копінгу мають ознаки як ситуаційного, так і особистісного підходу до його розуміння. На нашу думку, як не парадоксально, проактивні теорії не достатньо враховують вплив особистісних чинників на формування копінг-стратегій, які можуть грати вирішальну роль в адаптації людини та її успішному доланню стресових ситуацій. Проте психічна організація особистості та особливості її ставлення до потенційно стресогенної ситуації, переживання нею стресу (Ф. Василюк) впливають на особливості формування копінг-стратегій [26], бо особистість є суб'єктом діяльності, саме від її активності, волі, креативності, життєстійкості залежить додання стресу, знаходження ресурсів додання, які містить ситуація. Важливого значення в розумінні ролі ресурсів особистості у формуванні копінг-стратегій набувають гуманістичні погляди.

Серед праць вітчизняних і російських досліджень, присвячених зв'язку властивостей особистості з копінг-стратегіями, слід звернути увагу на праці І. Аршави, О. Бондаренко, Є. Карпенко, І. Корнієнко, Д. Носенко, Н. Родіної, В. Ялтонського [12; 22; 59; 75; 121; 141; 191]. Здебільшого ці праці виконані з опорою на когнітивно-мотиваційний і проактивний підходи, але насамперед авторські концепції та теорії визначають розуміння копінгів у цих дослідженнях. Так, Н. Родіна розробила та емпірично верифікувала модель долаючої повідки, у структурі якої оточуюче середовища та особистість розглядається як єдина система, тобто стверджується системний підхід до розуміння процесу додання стресу [141]. О. Бондаренко розглядає копінг-стратегії у контексті психологічної допомоги людині [22]. В. Абрамов вивчає часову орієнтацію як властивість особистості, яка детермінує вияв її копінг-поведінки [3]. Д. Носенко визначила особистісні чинники, що зумовлюють схильність особи до застосування самоінвалідазації як стратегії проактивної

копінг-поведінки та описана ієрархія цих чинників [121]. В. Ялтонський, досліджуючи вплив психосоматичного стану на вибір стратегій долаючої поведінки, довів, що психічно здорова особа обирає активні копінг-стратегії, а психічно хвора – пасивні, серед яких уникнення та заперечення [191]. І. Аршавою на прикладі спортивною діяльності було зафіксовано зв'язок між конструктивними копінг-стратегіями особистості та її емоційною стійкістю, описано особливості захисно-адаптивних механізмів, що впливають на особистісний вибір активних стратегій додання [12].

Вплив неусвідомлюваних особистісних чинників (МПЗ) на формування копінг стратегій людини в дитячому віці досліджували І. Нікольська та Р. Грановська [39]. Формування повноцінної долаючо-захисної системи відбувається за рахунок індивідуального розвитку особистості, конкретних обставин середовища в якому вона перебуває, від патернів реагування батьків на стресогенні ситуації та в цілому від батьківсько-дитячих відносин. Копінг-стратегії свідомо обираються людиною і можуть бути нею змінені залежно від конкретної ситуації, а механізми захисту не усвідомлюються. У процесі додання стресової для дитини ситуації може бути задіяно декілька МПЗ, що забезпечує ефективну адаптацію дитини до умов середовища.

Резюмуючи погляди науковців на природу долаючої поведінки зазначимо, що особистісні властивості людини та характеристики ситуації, в якій відбувається діяльність, є чинниками формування тих чи інших копінгів. Наявні в психології теорії долаючої поведінки (психодинамічна, когнітивно-мотиваційна, диспозиційна, ресурсна, проактивна та ін.) керуються переважно або ситуаційним, або суб'єктивним критерієм ідентифікації цього психологічного феномену. Згідно низки теорій, які представляють здебільшого ресурсний підхід (С. Гобфол, Л. Еспінвола, Ш. Тейлор, Г. Томе, У. Лер та ін.), розвиток копінг-стратегій особистості не залежить від стійких диспозицій та інших характеристик особистості, а навпаки – ефективність долаючої поведінки оцінюється у контексті особливостей та вимог ситуації [131;213]. Науковці

випускають з уваги те, що долання стресогенної ситуації слід розглядати крізь призму понять, що відображають життєдіяльність особистості: самосвідомість, самовизначення та рефлексія. Тобто у вивченні копінг-поведінки дослідники орієнтуються або лише на особливості довкілля особистості, або лише на її ставлення до стресогенної ситуації та когнітивну оцінку. Однак, як ми вже зазначали, долання *певних* стресових ситуацій вимагає *певних* особистісних властивостей особи, тому цілісний підхід найбільшою мірою відповідає завданням вивчення копінг-стратегій. Однак додамо ремарку: особистість на відміну від ситуації є більш гнучким, творчим, мобільним компонентом системи «ситуація стресу – її долання». Особистість завжди потенційно є активною, саме особистість вирішує, які характеристики та об'єктивні умови ситуації зробити власними ресурсами. Оскільки особистість розвивається майже протягом усього життя, а активне її становлення відбувається, починаючи з дитячого до зрілого віку, тобто особистість не є застиглим психічним феноменом, то, звісно, різні особистісні чинники формуватимуть копінг-стратегії на різних вікових етапах. Але, починаючи з юнацького віку, коли сформовані теоретичне мислення, ціннісно-смилова сфера, ідентичність особистості, ймовірно, що структури долаючої поведінки набувають більш сталого характеру та підпадають під вплив певних, уже сформованих особистісних властивостей людини.

Отже, необхідно застосувати цілісний підхід до розуміння психологічної природи долаючої поведінки, враховуючи передумови її формування: вплив особистості та специфіки ситуації, яку особистість суб'єктивно сприймає і в якій відбувається її емоційно напружена діяльність, та в процесі якої, у свою чергу, відбуваються зміни особистості.

## 1.2. Механізми психологічного захисту та копінг-стратегії: предиктори адаптації та готовності особистості до розв'язання стресогенних ситуацій

Процес адаптації особи до умов стресогенної ситуації відбувається завдяки двом психологічним явищам: механізмам психологічного захисту та копінгам. Сучасне визначення механізму психологічного захисту (МПЗ) наголошує на тому, що несвідомий психічний процес спрямований на усунення внутрішньої напруги, негативних переживань та сприяє збереженню психологічного гомеостазу особистості (Ф. Березін, В. Мухіна) [17]. Як науковий факт феномен психологічного захисту, будучи вперше зафіксований у парадигмі психоаналітичних теорій, пізніше активно вивчався у глибинній психології (А. Адлер, Е. Еріксон, Г. Салліван, А. Фрейд, З. Фрейд, Е. Фром, К. Хорні, К. Юнг) [174; 178; 189; 193; 203].

З. Фрейд розглядав природу механізмів психологічного захисту крізь призму внутрішньоособистісного конфлікту, а А. Фрейд вважала, що в основі їх формування знаходиться травматичний досвід міжособових взаємин. Вона вперше описала особливості захисної поведінки особистості, які враховують її онтогенетичну складову, а саме: розглядала природу психологічних захистів у контексті здоров'я або патології розвитку особистості. Дослідниця описала різні *стратегії захисної поведінки*, її формування в онтогенезі людини та їх *рольову цінність* для особистості в умовах розв'язання складних ситуацій.

З розвитком Его-психології (Е. Еріксон, К. Хорні, Е. Фромм) погляди на МПЗ трансформувалися з їх розуміння лише в контексті несвідомого до цілісного погляду на їх природу в структурі власного «Я» особистості. МПЗ вже розуміються як невід'ємна і всепроникна властивість особистості, оскільки формування захисної реакції застерігає її від форм такої поведінки, що призводить до виникнення тривоги.

Отже, функціональним призначенням МПЗ є збереження психічної рівноваги особистості, її захист від травмуючих переживань, пов'язаних з внутрішніми або зовнішніми обставинами стресогенної ситуації. Слід зазначити, що формування захисної реакції може мати й небезпечні соціальні наслідки для людини в силу її ірраціональності. Також зауважимо, що МПЗ суто індивідуальні, різноманітні (В. Боснюк) та не піддаються рефлексії [23].

Лише у другій половині ХХ століття, коли поняття копінгу зазнало масштабного розвитку в психології та було визнано, що його дія охоплює різноманітні сфери життєдіяльності людини, почали з'являтися праці, присвячені дослідженням відмінностей між МПЗ та долаючої поведінки. Так, Н. Наан наголошувала, що головною відмінністю механізмів захисту від копінгів є статична характеристика перших, і лабільність – других [210]. Науковець намагалася зрозуміти психологічне підґрунтя свідомої чи несвідомої адаптації особи й дійшла висновку, що МПЗ є патологією. Така думка знайшла своє відображення та подальший розвиток у дослідженнях з медичної психології (І. Ветрова, Б. Карвасарський, В. Роттенберг), представники якої стверджують, що МПЗ – це неконструктивний спосіб додання особистістю стресу, який спрямований лише на зменшення психічного напруження, її адаптації до стресогенних ситуацій [30].

На відміну Н. Наан Дж. Вайллант стверджував, що дія МПЗ спрямована на збереження цілісності людини як особистості в умовах стресової ситуації та є передумовою адаптації особистості до стресогенної ситуації [187; 226]. На його думку існує позитивна пряма прогресія: чим вищий розвиток функціонування МПЗ особистості, тим ефективнішою є її адаптація.

Погляди Дж. Вайлланта у подальшому розвивав Н. Нельсон, який виділив такі функції долаючої поведінки особистості: отримання нею інформації стосовно стресогенної ситуації, забезпечення ментальної та емоційної переробки інформації та збереження власного гармонійного

психічного стану [226]. Науковець звертає увагу на інформацію, яку людина отримує із зовнішнього середовища. Перебуваючи у негативному, емоційно-напруженому стані, вона не здатна адекватно сприймати та переосмислювати інформацію, проте саме дія МПЗ сприяє збереженню цілісності особистості та подальшому плануванню її дій у стресогенній ситуації.

Ф. Крамер також опонує поглядам Н. Наан і стверджує, що відмінності між здоров'ям й патологією не можуть слугувати єдиним критерієм розбіжностей між МПЗ і копінгами та додає до нього критерій свідомості і довільності психічної активності індивіда [203]. МПЗ є несвідомими процесами та характеризуються відсутністю раціональності, у той час як копінг – є свідомим, активним та цілеспрямованим процесом. Оприлюднення цієї точки зору призвело до значної критики психоаналітиками поглядів Ф. Крамера. Заперечення критерію свідомості (М. Елдейрі, Л. Ньюмен) пов'язано з тим, що засновник психоаналізу З. Фрейд не вдавався до розмежувань понять МПЗ та несвідомого. На думку М. Елдейрі погляди Ф. Крамер не відображають поняттєву структуру психодинамічного напрямку, а навпаки – в основі її поглядів лежать уявлення А. Фрейда.

Наступним кроком у розв'язанні проблеми диференціації понять МПЗ та копінгів стало запровадження К. Кастельфранкі та М. Мічелі нового критерію їх визначення, який отримав назву «маніпуляція-верифікація» [218]. Маніпуляція є психологічним механізмом, який активується на несвідомому рівні та призводить до суттєвого зниження або загалом уникнення негативного емоційного стану особистості; у той час як верифікація – свідомий процес, спрямований на перегляд конструктивності дій людини. Психологічним захистам властива маніпуляція, а копінгам – верифікація

Б. Карвасарський розглядає МПЗ як систему адаптивних реакцій особистості, що усувають психологічний дискомфорт та ослабляють психотравмуючий вплив стресової ситуації на її Я-концепцію, у той час як

копінг-поведінка дієво змінює вплив стресогенної ситуації на особистість та задовольняє значущі її потреби [57].

На думку І. Абітова, Є. Кершбаума вагомим аргументом існування відмінностей між МПЗ та копінгами є те, що вибір особою копінг-стратегії вважається усвідомленим процесом, а вияв механізмів психологічного захисту – неусвідомленим [2]. Похідними критеріями відмінностей МПЗ від копінг-стратегій вважається модальність психічної регуляції людини під час вияву цих феноменів, їх функціонально-часова, часова та інструментальна значущість для особистості (М. Богданова, Є. Доценко), а також критерій корекції, оскільки «копінг-стратегії *піддаються навчанню за рахунок оволодіння певною послідовністю дій*, а механізми психологічного захисту не змінюються, можливо лише знизити ступінь їх активації» (І. Абітов) [1; 2]. Оскільки в нашому дослідженні йдеться про формування копінг-стратегій, то думка про можливість цілеспрямованого впливу на цей процес, опанування певними, наперед визначеними стратегіями в процесі навчання для нас є слушною та важливою.

В. Сапоровська, С. Хазова, до критеріїв відмінностей МПЗ і копінг-стратегій відносять особливості суб'єктивного стану особистості [88]. За умови дії копінг-стратегій особа може усунути відчуття дискомфорту та загалом змінити сприйняття ситуації, навіть саму ситуацію, що існує в реальності, проте в умовах дії МПЗ змінюється лише суб'єктивна інтенсивність дискомфорту особистості на певний проміжок часу, проте ситуація не вирішується, а залишається стабільно-напруженою.

Українські вчені (І. Корнієнко, Н. Родіна та ін.) розглядають копінг-поведінку як усвідомлені та цілеспрямовані дії особистості стосовно вирішення ситуації [74; 140]. Н. Родіна зазначає, що МПЗ є первинними стосовно копінг-стратегій. Це обумовлено тим, що *механізми захисту формуються у ранньому дитинстві, а копінг-стратегії є похідними, свідомими, відносно вторинними механізмами захисту, формуються*

*протягом життя людини* (2013) [141], розвивається на всіх життєвих етапах становлення особистості. В основі поглядів науковця лежить системна модель аналізу копінг-поведінки особистості, яка відображає взаємодію в ній свідомих та несвідомих механізмів захисту. Обидва ці процеси починають функціонувати за умови загрозованої або потенційно стресогенної для особи ситуації. До спільних функцій МПЗ та копінгів належать: зниження рівня психотравмуючої дії стресогенної ситуації на особистість, збереження її гармонійного емоційного стану та сприяння конструктивній адаптації [39; 80; 140; 190; 202]. Слід також враховувати, що в основі МПЗ та копінг-стратегій знаходяться подібні процеси, які відрізняються лише за ступенем інертності, тобто ригідним механізмам захисту протиставляються лабільні копінг-стратегії.

Отже, в численних працях науковців погляди авторів щодо взаємозв'язку механізмів психологічного захисту та копінгів є неоднозначними. Існує думка щодо їх тотожності (І. Ветрова, Р. Грановська, Л. Михайлов, Д. Родіонова), а опоненти (О. Лібіна, О. Лібін та ін.) говорять про незалежне та самостійне існування захисних механізмів та копінгів [30; 39; 89; 90]. Також вважається, що *МПЗ слугують передумовою дії копінгів* (М. Богданова, І. Гефель, І. Ісаєва, Е. Мюрфі, О. Соколова) [152]. На нашу думку, МПЗ та копінги є взаємопов'язаними компонентами психічної діяльності особистості, котрі незалежно одне від одного існувати не можуть. Це обумовлено тим, що вплив стресогенної ситуації на особистість провокує здійснення нею нагальної когнітивної оцінки ситуації. З метою захисту неусвідомлюваних мотивів, настановлень, прагнень, інстинктів та загалом особистості активізується дія МПЗ, і лише наступним етапом адаптації людини до стресогенної ситуації є вияв і дія копінгів, тобто свідомих і цілеспрямованих дій особистості. Інакше, на нашу думку, загальний психофізіологічний стан людини призвів би до летальних наслідків для її організму. Оскільки пряма дія стресогенної ситуації на організм людини на



нейрофізіологічному рівні іннервує її психічну діяльність, то *МПЗ слугують предикторами адаптивного стану* у особистості до впливу на неї стресогенних ситуацій. Відповідно *копінг-стратегії можна визначити предикторами готовності особистості до їх розв'язання*.

Підтвердженням нашої думки є результати дослідження, в якому зафіксовано значущі позитивні та негативні кореляційні зв'язки між психологічними захистами та копінг-стратегіями у контексті аналізу професійної підготовки людини (З. Карпенко та Є. Карпенко) [58; 59]. Було виокремлено *копінгово-захисні патерни поведінки особистості* й зроблено висновок, що механізми захисту є «потенційним матеріалом для відповідних стратегій і стилів подолання залежно від типу провідної діяльності, референтного соціального середовища» (2015)[58, с.149]. Таким чином, МПЗ як глибинні компоненти структури особистості та копінг-стратегії утворюють певні цілісні структури, які, в свою чергу, обумовлені типом діяльності та особливостями соціальної взаємодії особистості.

Отже, більшість науковців, аналізуючи методологічні підходи та узагальнюючи результати досліджень МПЗ та копінгів (І. Абітов, В. Боснюк, О. Ісаєва, Р. Лазарус, Д. Родіонова, О. Сергієнко, С. Фолкман, N. Наан), вказують на існування єдиного конструкту – захисно-долаючої поведінки [2; 24; 83; 210]. До структури конструкту належать два компоненти: використання механізмів психологічного захисту та застосування свідомих дій копінг-стратегій. Н. Родіна зазначає, що механізми психологічного захисту є первинними відносно копінг-стратегій [141]. Ми солідарні з науковцем й вважаємо, що об'єднання механізмів психологічного захисту та копінг-стратегій, як різних рівнів структури особистості в єдиний конструкт є умовним і припустимим у контексті аналізу цілісних механізмів адаптації особистості до стресогенних ситуацій та формування готовності до певних видів діяльності. Між цими компонентами саморегуляції поведінки особистості існують такі основні відмінності: МПЗ є неусвідомленими, а копінги – свідомими феноменами

діяльності людини; механізми захисту спрямовані на зняття напруги, а копінги – на вирішення стресогенної ситуації; МПЗ активізуються миттєво, спотворюють реальність з метою захисту психіки людини, а копінги активізуються поступово. Отже, копінги є свідомими, контрольованими та активними діями особистості, вони адекватно відображають стресогенну ситуацію, спрямовані на пошук її розв'язання, на додання стресу (Ф. Василюк, В. Ташликов та ін.) [26; 27].

Аналіз взаємозв'язку функціонування компонентів саморегуляції в стресогенних умовах діяльності (глибинних, сформованих, неусвідомлюваних структур особистості, якими є МПЗ, та копінг-стратегій, які розвиваються майже протягом усього її життя, свідомо нею використовуються, можуть цілеспрямовано коригуватися, перейматися людиною в ході соціальної взаємодії з іншими та навчання) дають нам підстави виокремити МПЗ в якості одних із чинників формування особливостей долаючої поведінки особистості.

### **1.3. Вимоги хірургічної діяльності до особистості та поведінки лікаря**

Професійна діяльність лікаря-хірурга відбувається в умовах підвищеної стресогенності, характеризується регулярним висуванням високих вимог до його психічної діяльності, професійного розвитку та загалом до особистості. Необхідність прийняття рішення при обмеженому обсязі інформації та часу, важливість безперервної освіти та підтримки професійної компетентності, вияв емоційної стійкості, терпимості та тактовності стосовно пацієнтів, швидкість виконання дій, точність дрібної моторики – ось неповний перелік вимог до лікаря-хірурга. Серед цих типових ситуаційних чинників виникнення стресу, які відбивають специфіку діяльності хірургів, особливого значення набуває соціальний стресор, який обумовлений його професійною, юридичною, моральною тощо відповідальністю перед пацієнтом.

Вітчизняні та зарубіжні вчені велику увагу приділяють питанню професійного здоров'я лікарів (А. Леонова, Г. Нікіфоров, Balanowski) [86]. Висока зосередженість науковців на даному питанні обумовлена емоційно напруженими та стресогенними умовами праці спеціалістів, що пов'язано з вірогідністю скоєння лікарської помилки, виникнення професійних та особистісних конфліктів. Згідно з ВООЗ саме працівники медичної сфери серед інших професійних груп найбільш схильні до прояву симптомів емоційного вигорання, яке супроводжується виникненням симптомів втоми, агресивності, дратівливості та втратою мотивації і зацікавленості у виконанні професійних завдань та обов'язків [32]. До прояву цього синдрому схильні працівники альтруїстичних професій та ті, які працюють з наполегливістю та повною емоційною віддачею у виконанні професійних завдань. Проте в Україні на рівні держави відсутнє практичне впровадження профілактики та боротьби зі стресом в умовах професійної діяльності лікарів-хірургів.

Хірургічна діяльність є однією з найважливіших і найвідповідальніших професійних галузей медицини. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я станом на 2007 рік тривалість життя хірурга становила 51 рік, а в 2013 році зменшилася до 45 років! Ці статистичні дані стали приводом для зменшення часового навантаження спеціаліста та збільшення днів його відпустки в деяких країнах СНД та Європейського союзу [32]. Ми вважаємо, що статистичний показник тривалості життя спеціалістів насамперед відбиває емоційно-напружені умови праці хірургів, а власне організаційні умови є вторинним чинником такої статистики. Тому актуальність теми нашого дослідження зумовлена необхідністю пошуку та конкретизації психологічних чинників, які б запобігали емоційному вигоранню хірургів, становили їх внутрішні невичерпні особистісні ресурси долання стресу.

В умовах постійного емоційного напруження характерними для лікарів є особистісні зміни, які відбуваються у професійному самовизначенні та можуть спричинювати їх професійно-особистісні деформації (М. Борисова,

Д. Волков, Д. Трунов, М. Філоненко) [170; 172], що виникають за умови вичерпання їхніх фізіологічних, особистісних та соціальних ресурсів (Ф. Березін, М. Боухал, Л. Дика, І. Рогач та ін.) [17; 44; 45; 139].

Базуючись на результатах досліджень провідних вчених у галузі психології стресу, виділених ними ознаках діяльності, що відбувається в умовах стресу (Л. Анциферова, В. Василюк, Р. Лазарус, Л. Китаєв-Смик, та ін.) [8; 26; 83; 62], зробимо висновок, що професійна діяльність лікарів-хірургів сповнена низкою стресогенних чинників, серед яких: ментальне сприйняття ними вірогідності непродуктивного лікування пацієнта або летального випадку, відчуття занепокоєння стосовно стану пацієнта та емпатії до нього, знаходження в напружених умовах праці, високий рівень відповідальності за життя та здоров'я пацієнта та найголовніше – необхідність вияву ними лабільності поведінки та миттєвості реакції під час оперативного втручання, тобто хірург має опановувати стрес без будь-якої видимої попередньої адаптації до ситуації, без не те що тривалого, а іноді просто елементарно достатнього часу для обмірковування плану оперативних дій із хірургічного втручання в тіло іншої людини, їх послідовності, задуму тощо; тобто діяльність лікаря-хірурга є виявом поведінки «тут і зараз» [7; 24; 54; 186].

Згідно моделі стресу Р. Герінга й Ф. Зімбардо стресор, який впливає на людину характеризується певними параметрами впливу та має психологічне, соціальне, матеріальне й фізичне походження [34]. На основі цієї моделі стресу та спираючись на власне бачення проблематики, нами було побудовано теоретичну модель впливу стресогенної ситуації на особистість лікаря-хірурга в контексті його професійної діяльності (рис. 1.3). В основу моделі покладено твердження про те, що на особистість хірурга в емоційно-несприятливих умовах праці впливає стресор, який характеризується джерелом виникнення, що й визначає його тип, і має певні параметри, серед яких: інтенсивність, тривалість, значимість та ін.



З метою адаптації до обставин стресогенної ситуації фахівець звертається до фізичних, соціальних або особистісних ресурсів. Відповідно до типу стресору, наявності ресурсів і їх особливостей використання лікарем-хірургом для нього мають місце можливі реакції, серед яких: фізіологічні, поведінкові, емоційні та когнітивні.

На нашу думку, важливою складовою процесу адаптації лікарів-хірургів до емоційно-несприятливих умовах його праці є його саморегуляція діяльності на тілесному рівні. Дана теза обумовлена тим, що організм особи, згідно з теорією функціональних систем П. Анохіна, є відкритою системою і вплив на неї будь-яких стресорів призводить до вегетативної активації в організмі з метою збереження його гомеостазу [6].

Психологічне та тілесне тісно між собою взаємопов'язані, оскільки прояв психологічних компонентів психіки не може існувати без соматичних, і навпаки (Дж. Еверлі та Р. Розенфельд) [179]. Таким чином, для лікарів-хірургів, які перебувають в емоційно-несприятливих умовах та не мають можливості відкритого вираження негативних емоцій, єдиним шляхом вияву емоційного дискомфорту є тілесність. Серед тілесних проявів слід виділити такі: зміна частоти серцебиття, прискорення ритму дихання, підвищення або зниження активності залоз внутрішньої секреції тощо. Виходячи з вищесказаного, зробимо припущення: копінг-стратегії хірургів можуть виявлятися не лише на психологічному рівні, а й на психофізіологічному.

Міжособове спілкування є невід'ємною частиною життєдіяльності кожної людини, зокрема саме тих фахівців, які перебувають у постійних комунікативних зв'язках з колегами та пацієнтами. В умовах стресового напруження має місце прояв різноманіття форм міжособового спілкування (В. Бодров, В. Китаєв-Смик, М. Новікова) [21; 62]. Вагомим компонентом спілкування, в умовах стресогенних ситуацій є емоційність особистості, яка посилює або пригнічує активність взаємин, їх потенційну стресогенність: стресогенна ситуація може спонукати як гуманне ставлення один до одного,

так і цинізм [68; 144]. Отже, стресогенна ситуація є чинником зростання емоційності людини, але й особливості індивідуальної емоційності впливають на умови, що підсилюють або знижують їх потенційну стресогенність. Тому лікар-хірург, розуміючи, що ефективність його діяльності залежить не лише від нього самого, а й від взаємодії з колегами, які також реагують на стрес, як головна дієва особа під час хірургічної операції має не лише досконало володіти скальпелем, а й задавати емоційний тон цієї взаємодії: виважений, діловий, безпристрасний.

Якщо й трапляються емоційні сплески в його поведінці, то він має бути упевненим, що вони будуть зрозумілі іншим. Також людські взаємини становлять один із факторів стресогенної ситуації лікаря-хірурга ще й тому, що його професійна діяльність вимагає спілкування як з людьми, які можуть викликати як позитивні, так і негативні емоції.

Таким чином, діяльність лікарів-хірургів супроводжується напруженими, нерідко емоційно-несприятливими умовами праці, з вираженою емоційною динамікою, наявними в ній піковими станами напруження та різкими переходами до розслаблення, тривалими періодами емоційного контролю та великими витратами інтелектуальних, вольових, фізичних і психофізіологічних можливостей особистості та організму, що впливає на загальний стан хірургів та вимагає від них постійної актуалізації наявних у ситуації ресурсів, у т. ч. й особистісних, з метою адаптації до стресогенних ситуацій.

#### **1.4. Особистісні чинники формування копінг-стратегій лікарів-хірургів: теоретична модель дослідження**

Як показано в дослідженнях, лікарям-хірургам притаманні певні особистісні властивості. Автори виділяють як близькі за семантичними характеристиками властивості, що описують упевнену в своїх діях,

відповідальну, автономну особистість, так і протилежні, досить суперечливі, які насамперед стосуються емоційно-регулятивної сфери лікаря: тривожність, чутливість і емоційну стійкість, відповідальність і екстернальність (Л. Брильовий, І. Камінська, О. Кокун, В. Косарєв, М. Лукьяненко та ін.) [55; 70]. У цьому контексті згадаємо відому психоаналітичну міфологему про сублімацію хірургами деяких своїх патологічних нахилів, які аж ніяк не свідчать на користь їхньої високої чутливості [174].

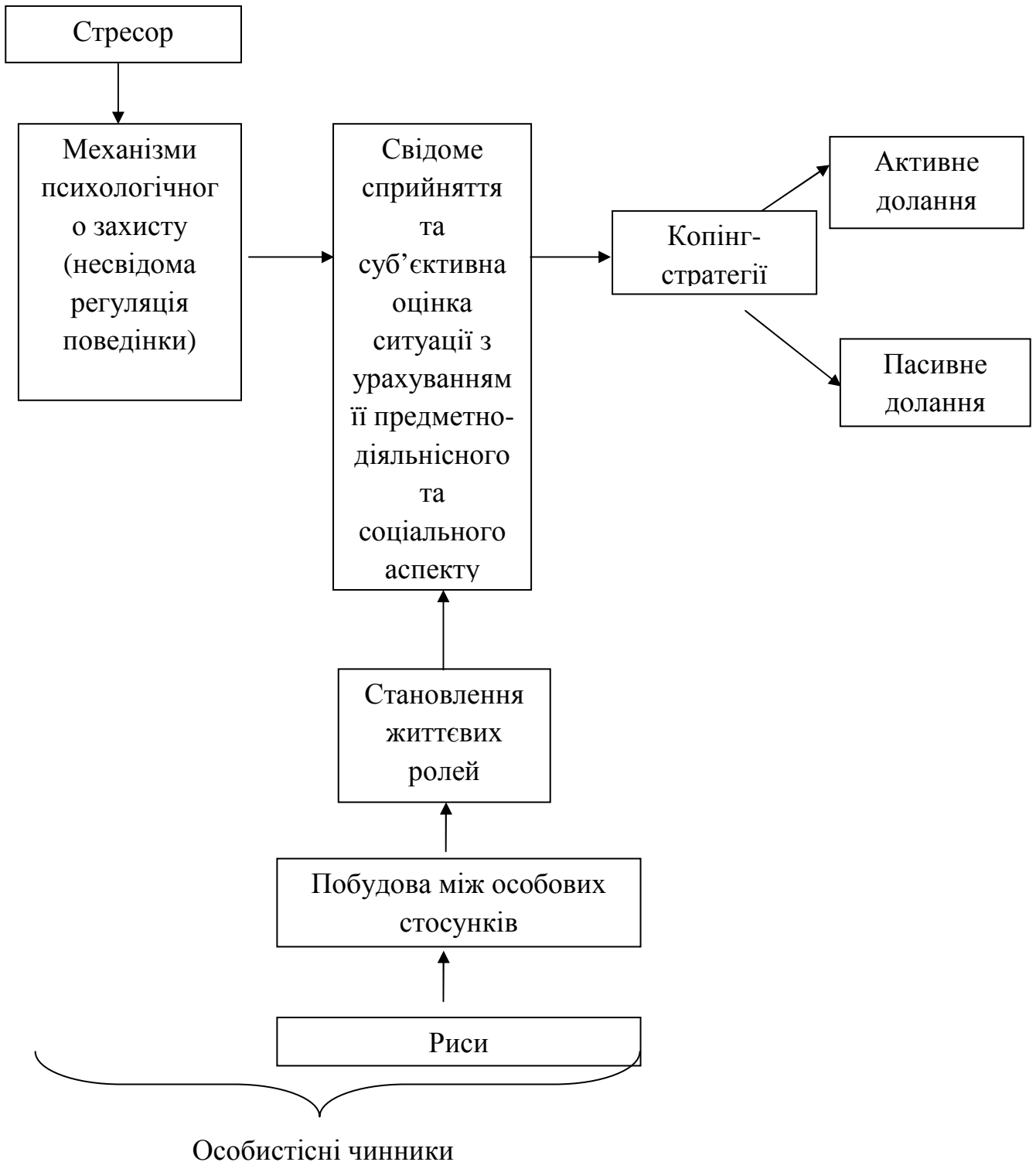
Виходячи з характеристик діяльності, потенційно стресогенних умов праці лікарів-хірургів та базуючись на виокремлених дослідниками рисах їх особистості, стверджуватимемо, що провідними серед них є: емоційна стійкість, упевненість у собі, висока самооцінка, відповідальність, активність, комунікативна компетентність (М. Барсукова, Г. Нікіфоров, Т. Константинова, Б. Ясько) [43; 77; 105; 192]. Ці властивості не блокують наміри хірургів чітко діяти в емоційно напруженій ситуації, допомагають йому долати стрес, вони є ресурсними в досягненні успіхів на професійній ниві, обумовлюють ефективність його діяльності. На їх основі виникає свідомо суб'єктивна оцінка ситуації, тобто власне бачення лікарем-хірургом певних проблем, які виникають у професійній діяльності, та шляхи їх розв'язання (Л. Китаєв-Смик, Т. Кокс, Р. Лазарус) [62; 83].

Внаслідок стресу особа може «відіграватися» (Е. Берн) на інших, зганяти злість і перекладати відповідальність із себе на них [19]. Тому для хірургів важливе вміння будувати та налагоджувати міжособові стосунки з оточуючими, що забезпечує діловий клімат у колективі лікарів та комунікативний зв'язок з хворими та їх рідними. У процесі взаємодії лікарі мимоволі переймають певні способи комунікації з пацієнтами, стилі реагування на стрес, копінг-стратегії своїх колег.

Рефлексія хірургом власної життєвої ролі, яка є реалізацією життєвого сценарію, забезпечує процеси ідентифікації людини в соціальному просторі



та метафорично відображає її життєве призначення, може виконувати смислотворчу функцію в регуляції поведінки хірурга в стресових ситуаціях.



**Рис.1.4. Структура психічної регуляції поведінки людини в процесі додання стресу**

Відповідно до диспозиційної моделі особистості («велика п'ятірка») можна сказати, що особистість хірурга характеризують насамперед інтрасуб'єктні риси: емоційна стабільність, самоконтроль, інтелектуальна свобода, а вже потім – інтер: приязність, екстраверсія. Отже, саме ці інтрасуб'єктні властивості можуть стати основними чинниками формування копінгів хірургів.

Виникнення стресу в лікарів-хірургів обумовлене об'єктивними та суб'єктивними чинниками. Відповідно формування копінг-стратегій в умовах стресогенних ситуацій залежить від об'єктивних параметрів стресора та суб'єктивної оцінки цього стресора особистістю лікаря-хірурга (див. підрозділ 1.3). Базуючись на розумінні психологічної природи та процесу формування копінгу Р.Лазарусом, ми виокремили структуру психічної регуляції поведінки особистості лікаря-хірурга, спрямованої на долання стресу та розв'язання завдань діяльності в умовах стресової ситуації, яка лягла в основу теоретичної моделі нашого дослідження (рис. 1.4, табл. 1.1).

Вплив особистості на особливості формування копінг-стратегій відображається як прямо, так і опосередковано, як безпосередній вплив особистісних властивостей, так і опосередковано, через умови та ситуації діяльності, сприймаючи їх певним чином і організовуючи їх під власні потреби, настановлення та цілі.

Структурні рівні дослідження особистісних чинників формування копінг-стратегій лікарів-хірургів відображають певні блоки професійно важливих якостей хірурга та частково спираються на типові їх класифікації: когнітивні, комунікативні, регулятивні якості (табл. 1.1). Ці рівні одночасно можна визначити як власне рівні формування копінг-стратегій або ж як структурні рівні діяльності, які репрезентують особистісні чинники в процесі формування копінг-стратегій людини.

Перший рівень – власне особистісний, який на рівні окремої особи описує індивідуальні процеси регуляції долання стресу. Цей рівень визначає

інтрасуб'єктивні передумови та причини формування копінгів; психологічна структура цього рівня є сукупністю, певним поєднанням у структурі особистості свідомих і несвідомих компонентів, а саме: її рис і механізмів психологічного захисту.

Таблиця 1.1

**Структурні рівні дослідження особистісних чинників формування копінг-стратегій лікарів-хірургів**

<b>ПРЕДМЕТ ДОСЛІДЖЕННЯ (незалежна змінна)</b>		
<b>Рівень дослідження</b>	<b>Особистісні чинники</b>	<b>Параметри особистісних чинників</b>
<b>Власне особистісний рівень</b>	Суб'єктивні особистісні чинники	Інтрасуб'єктивні процеси та властивості особистості лікаря-хірурга (її риси та механізми психологічного захисту)
<b>Організаційно-діяльнісний рівень</b>	Об'єктивні чинники професійної діяльності, вплив на формування копінгів яких опосередковується суб'єктивною оцінкою особистості	Інтерсуб'єктивні процеси та властивості особистості (особливості міжособових стосунків; життєві ролі, стресованість і завантаженість тощо)
<b>ОБ'ЄКТ ДОСЛІДЖЕННЯ (залежна змінна)</b>		
<b>Рівень дослідження</b>	<b>Активні (поведінкові) дії людини</b>	<b>Параметри поведінкових дій людини</b>
<b>поведінково-регулятивний рівень</b>	Окремі копінги або копінг-стратегії лікарів-хірургів	Рівень усвідомлення та активності дій особистості; додання стресу на рівні окремих дій чи цілісних стратегій поведінки

Поряд із цими суб'єктивно обумовленими чинниками існують й інші, об'єктивні, які впливають на поведінку людини в стресовій ситуації та визначають її копінги: умови праці, специфіка діяльності, її соціальні

фактори, організаційне та матеріальне забезпечення тощо. Однак, вплив цих останніх чинників опосередковується суб'єктивним їх сприйняттям людиною, тому різниця між об'єктивною та суб'єктивною детермінацією поведінки людини в стресовій ситуації є відносною, і саме тому назвати особистісні чинники лише суб'єктивними чинниками було б не зовсім вірно.

Щоб пояснити вплив ситуації на обрання хірургом копінгу ми використали поняття завантаженості та стресованості діяльності людини, її ролей і особливостей побудови міжособових стосунків. Отже, другий рівень – організаційно-діяльнісний, який описує психологічні та соціально-психологічні характеристики процесу формування копінгів у процесі діяльності особистості. Особистісний та організаційно-діяльнісний рівні дослідження описують передумови формування копінг-стратегій особистості: внутрішні та зовнішні.

Третій рівень – поведінково-регулятивний, який описує способи реагування особистості, її психічну активність та дії в стресовій ситуації. Стратегії копінг-поведінки особи забезпечують адаптацію хірурга до умов стресогенної ситуації, підтримку гомеостазу організму та сприяють збереженню фізичного та психічного здоров'я людини. Реагування особи на такі ситуації можуть описуватись за допомогою окремих ментальних операцій (копінгів) або ж цілісних патернів поведінки – копінг-стратегій. По суті, особистісні властивості, на основі яких відбувається сприйняття та оцінка ситуації, МПЗ теж є елементами стратегій копінг-поведінки, утворюючи своєрідні «ланцюги» психічної регуляції поведінки в стресових ситуаціях: на свідомому та несвідомому індивідуальному рівні, організаційно-діяльнісному та власне поведінковому. Кожен із представлених рівнів не функціонує окремо від інших, а утворює індивідуальні цілісні патерни психічної саморегуляції особистості. Поведінка конкретної особи в стресових ситуаціях може бути пасивним пристосуванням до ситуації, а може

бути – активним доданням. Цілком зрозуміло, що пасивне пристосування неприпустиме для хірурга.

Таким чином, методологічні засади майбутнього емпіричного дослідження базуються на принципах суб'єктності особистості, детермінізму, цілісності та структурності психіки людини.

### **Висновки до першого розділу**

Дослідження копінг-поведінки особистості в умовах стресогенної ситуації визначається такими теоретико-методологічними засадами:

1. Процес формування копінг-стратегій слід вивчати цілісно: як взаємодію особистісних властивостей та умов діяльності, сприйняття яких особою є суб'єктивно детермінованим;

2. До структури особистісних чинників необхідно віднести індивідуальні властивості та характеристики особистості (риси та механізми психологічного захисту), на основі яких виникає сприйняття об'єктивних передумов формування копінг-стратегій, що відображаються в свідомості людини як стресованість і завантаженість діяльністю та з урахуванням яких розвиваються її міжособові стосунки та життєві ролі;

3. Формування копінг-стратегій слід розглядати на основі комплексного використання окремих положень когнітивно-мотиваційного, диспозиційного, ресурсного, проактивного, психодинамічного підходів, оскільки кожен із них містить варті уваги ідеї в тлумаченні природи долаючої поведінки людини:

- процес додання стресу супроводжується фізіологічними, поведінковими, емоційними та когнітивними реакціями особистості, тому різні копінг-стратегії відображають ці особливості реакцій;
- особистісні властивості є відносно стійкими психічними утвореннями, які впливають на сприйняття та додання стресогенної ситуації, сприяють розвитку копінг-стратегій;

- долаючи стрес та розв'язуючи проблемні завдання діяльності, особистість бере на себе відповідальність, свідомо використовує певні стратегії поведінки, однак чинники вибору цих стратегій лежать у площині й неусвідомлюваних нею процесів;
- у процесі долаття емоційно-несприятливих обставин діяльності суб'єкт спирається на широкий спектр ресурсів: матеріальних, соціальних, власне особистісних; тобто поняття ресурсів у теорії копінг-поведінки особистості трактується досить широко.

Отже, аналіз процесу формування копінг-стратегій під впливом особистості варто здійснювати на трьох рівнях, які узагальнено представлено в теоретичній моделі нашого дослідження: власне особистісному, організаційно-діяльнісному, який відображає суб'єктивне сприйняття об'єктивних умов діяльності, та поведінково-регулятивному (окремих копінгах або цілісних патернах саморегуляції особистості).

Долаюча поведінка лікаря-хірурга відображає характеристики стресогенних ситуацій, які виникають у його професійній діяльності та вимагають від нього постійного контролю емоцій та миттєвості реакції під час оперативного хірургічного втручання, прийняття рішення при обмеженому обсязі інформації, усвідомлення своєї моральної, юридичної відповідальності та високої ціни скоєння професійної помилки тощо. Лікарю-хірургу властиві емоційна стійкість, упевненість у собі, відповідальність, активність, комунікативна компетентність, самоконтроль, інтелектуальність, які й насамперед визначатимуть, на нашу думку, ефективність його долаючої поведінки. Становлення особистості лікаря-хірурга характеризується неминучим виникненням особистісних змін, оскільки його професійна діяльність сповнена низкою стресогенних обставин.

Основні наукові результати розділу представлено у двох працях, які опубліковано у фахових виданнях [119; 120;].

## **РОЗДІЛ 2.**

### **ОСОБИСТІСНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ЛІКАРІВ-ХІРУРГІВ: РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ**

У розділі обґрунтовано програму, методи, окреслено етапи емпіричного дослідження, подано кількісний та якісний аналіз результатів. Представлено результати дослідження копінг-стратегій лікарів-хірургів та інтернів, їх відмінності та динаміку формування. Визначено риси особистості та механізми психологічного захисту лікарів-хірургів, розкрито їх безпосередній вплив як особистісних чинників на формування стратегій додання хірургами стресогенних ситуацій.

#### **2.1. Методичні засади та програма емпіричного дослідження особистісних чинників формування копінг-стратегій лікарів-хірургів**

Хірургічна діяльність характеризується неочікуваним виникненням та швидкою зміною стресогенних ситуацій, а це означає, що долаюча поведінка особистості лікаря-хірурга є динамічним процесом. Тому емпіричне дослідження копінг-стратегій лікарів-хірургів було сплановано як процес вимірювання показників цього процесу методом «діагностичних зрізів» протягом певного життєвого періоду. Такого підходу вимагає не лише феноменологія долаючої поведінки та специфіка хірургічної діяльності, а й власне той факт, що вплив на цей процес обумовлює особистість лікаря, яка розвивається та зазнає змін у процесі самої діяльності. Ця діяльність сповнена ситуаціями, які потенційно є стресогенними та вимагають від лікаря вияву копінг-стратегій, які відображають специфіку цих ситуацій. Аналіз динаміки долаючої поведінки протягом певного життєвого періоду лікарів-хірургів, порівняння рівнів її вияву покаже вектори формування копінгів: розвиток чи регрес.

Дослідження проводилося на базі Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Шупика, Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, поліклініки Центральної районної лікарні Києво-Святошинського району Київської області, Інституту травматології та ортопедії НАМН України та Олександрівської клінічної лікарні м. Києва.

Оскільки формування копінг-стратегій відбувається протягом життя людини і під впливом діяльності, в якій розвивається особистість, то було обрано дві групи респондентів із різним рівнем особистісної та професійної зрілості: хірурги-початківці (інтерни-хірурги) та більш досвідчені порівняно з ними лікарі-хірурги. Складний процес професіоналізації лікарів-хірургів пов'язаний із формуванням їх певних особистісних властивостей як спеціалістів. Особа не буде здатна опанувати комплексом професійних якостей до того моменту, поки не буде залучена до практичного процесу професійної діяльності [55].

Ці дві групи респондентів відносяться до відносно різних вікових груп: ранньої дорослості або молодості (за різними підходами цей вік припадає на період від 20 до 45 років) та середньої дорослості або зрілої дорослості (за різними підходами цей вік припадає на період від 25 до 60 років)[179]. Психічними новоутвореннями молодості прийнято вважати соціальну зрілість і суб'єктність.

Е. Еріксон зазначав, що розвиток копінг-стратегій відбувається протягом життя людини, тобто вони формуються, своїм змістом відбивають умови життя та розвитку особистості, проте процес дорослішання за умови відсутності відпрацювання навичок долаття стресу автоматично не призводить до розвитку копінг-поведінки [179]. Існує також думка, що вік зрілості як етап онтогенезу характеризується переходом від активного використання людиною копінг-стратегій до пасивного (Л. Гуттман, В. Бодров) [20; 40].



Особистісне зростання лікарів-хірургів тісно пов'язане з професійною ідентифікацією, основною складовою якої є прийняття професійної ролі, норм та цінностей професійної діяльності, що мотивує людину до виконання праці. І саме відсутність професійної ідентифікації в інтернів, попри високий рівень володіння ними знаннями і практичними хірургічними навичками, не надає змоги молодому фахівцеві відчувати впевненість при виконанні професійних обов'язків. Інтерни хірургічного відділення перебувають на рівні до-професіоналізму (за класифікацією А. Маркової) [101] в оволодінні хірургічною діяльністю, вони спостерігають за референтними фігурами у хірургічній діяльності, оволодівають можливостями та розуміють свої переваги (емоційні/поведінкові) і недоліки перед іншими.

Особистість же лікаря-хірурга перебуває на рівні професіоналізму, вона вже адаптована до соціальної ролі лікаря, самоактуалізувалася та здобула хірургічну майстерність. Саме на цьому рівні закріплюються моделі поведінки лікаря з керівництвом, колегами та пацієнтами, які вони раніше спостерігали й переймали від старших колег.

Також, у літературі описаний непрофесіоналізм, що характеризується професійними викривленням та деформацією особистості хірурга. Тут радше йдеться про «технічний» підхід до лікування пацієнтів на основі інструментальних та лабораторних досліджень, без урахування індивідуальної реакції пацієнта на хід лікування. Існує вірогідність формування професійної деформації хірурга, яка характеризується відсутністю чуйності та турботи про стан здоров'я пацієнта. Це обумовлено особистісними властивостями хірурга та механізмами психологічного захисту, які спрямовані на підвищення його емоційного опору переживанням від сприйняття страждань хворих.

У певних характеристиках особистості можуть виявлятися її професійні деформації. На нашу думку, ці деформації насамперед можна описати за допомогою особливостей побудови міжособових стосунків людиною.

Доказом нашого твердження є те, що до професійних деформацій схильні насамперед представники соціонімічних професій, які в процесі роботи багато взаємодіють і спілкуються: педагоги, працівники сфери обслуговування й правоохоронних органів, а особливо – лікарі (П. Безносів, М. Грановська, Н. Корнєєва, К. Маркова). До типових деформацій лікарів зі спеціалізацією «хірургія» відносять цинізм і байдужість до хворих [39;101; 151].

Зупинимося на специфіці діяльності інтернів хірургічного відділення. Оскільки психологічний розвиток особистості залежить від змістовності виконаних ним професійних завдань, то її діяльність опосередковує розвиток професійно важливих якостей хірурга. Перебуваючи в емоційно-напружених умовах виконання професійної діяльності інтерни зазнають стресу (зокрема, навчального). Такий емоційний стан може пригнічувати розвиток особистісних властивостей молодих людей, оскільки ресурси інтернів спрямовані на збереження гомеостазу організму й адаптацію до умов професійної діяльності.

Останні дослідження з вивчення навчального стресу стверджують, що він негативно впливає на нервову, серцево-судинну та імунну системи особистості. У психології виокремлюють такі фактори навчального стресу людини: інтенсивна розумова діяльність, обмеження рухової активності, порушення режиму сну, емоційне та фізичне перенапруження, відсутність часу на задоволення власних потреб (прогулянки, похід до кінотеатру тощо) (Ю. Щербатих) [187]. На нашу думку, не зважаючи на зазначені вище фактори навчального стресу та його негативні наслідки, він може виконувати й позитивну роль у життєдіяльності особистості. Оскільки при оптимальній мірі психологічного напруження навчальний стрес діє як стимул та допомагає людині мобілізувати свої знання, уміння й особистісні резерви для виконання поставлених завдань. Окрім цього, дослідження показують, що високі

показники навчальної успішності демонструють ті суб'єкти, які одночасно володіють здібностями й мають оптимальний стан напруги [188].

Отже, особистісні властивості та характеристики лікарів-хірургів відображають певний рівень їх зрілості, яка визначається їх віковими та професійними детермінантами, специфікою діяльності.

Емпіричне дослідження складалося із трьох етапів: попереднього, що передбачав апробацію інструментарію дослідження; констатувального, спрямованого на аналіз динаміки формування копінг-стратегій лікарів-хірургів під впливом особистісних чинників; формуючого, на якому експериментально досліджено можливість цілеспрямованого формування копінг-стратегій хірургів-початківців (інтернів) шляхом розвитку їхніх особистісних властивостей в штучно сформованих умовах діяльності. Загальна кількість досліджуваних становила 152 особи (інтерни хірургічного відділення та лікарі-хірурги).

На попередньому етапі було задіяно 52 респондента: лікарів-хірургів – 25 осіб (віком від 32 до 65 років), інтернів-хірургів – 27 осіб (від 24 до 27 років).

На констатувальному етапі у дослідженні взяли участь 100 респондентів за декількома професійними спрямуваннями (ортопедична, загальна та судинна хірургія): 50 осіб інтернів-хірургів віком від 24 до 27 років та 50 осіб лікарів-хірургів віком від 29 до 68 років. Оскільки дослідження стосувалось впливу особистісних властивостей на формування копінг-стратегій та вияву насамперед спільних для обох вибірок чинників, а не специфіки професійної діяльності, то урівноваження вибірок відбувалось лише за хірургічною спеціалізацією хірургів (професійним спрямуванням) та статтю респондентів. Для визначення однорідності вибірок застосовано  $H$ -критерій Крускала-Уолліса. Групувальною змінною стала спеціалізація діяльності респондентів: ортопедична, загальна та судинна хірургія за показником копінг-стратегій. У вибірках лікарів-хірургів та інтернів хірургічного відділення до цих

спеціалізацій віднесено однакову кількість осіб:  $n_1=19$ ,  $n_2=16$ ,  $n_3=15$  відповідно. Відмінності між спеціалізаціями в обох групах відсутні: для хірургів  $H$ -критерій=2,13 ( $p>0,05$ ); для інтернів – 3,21 ( $p>0,05$ ). Ці результати свідчать про гомогенність вибірок і коректність обрання груп респондентів.

Два діагностичні зрізи показників методик припали на березень 2014 р. і березень 2015 р. (I-й і II-й діагностичні зрізи). Долаюча поведінка особистості є динамічним процесом, а це означає, що хірургічна діяльність спеціалістів характеризується неочікуваним виникненням та швидкою зміною стресогенних ситуацій, тому проміжку часу в один рік цілком достатньо щоб відстежити динаміку процесу функціонування копінг-стратегій лікарів-хірургів та інтернів хірургічного відділення. Після фіксації емпіричним шляхом показників динаміки копінг-стратегій лікарів-хірургів та інтернів хірургічного відділення упродовж певного відрізка їх життєвого шляху, визначення особливостей їх особистісних властивостей і доведення впливу особистісних властивостей на вияв копінг-стратегії на певних етапах їх формування в особистості, що можна розцінювати як квазі-експеримент, ми здійснили експериментальне дослідження особистісних властивостей інтернів як чинників формування особливостей їх долаючої поведінки (див. розділ 3). На формувальному етапі в дослідженні взяли участь 24 особи.

З метою апробації психодіагностичного інструментарію для дослідження особистісних чинників формування копінг-стратегій лікарів-хірургів було здійснено пілотажне дослідження, в якому взяли участь лікарі-хірурги та інтерни хірургічного відділення Центральної районної лікарні Києво-Святошинського району Київської області та Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. Було здійснено анкетування та опитування лікарів щодо особливостей їхньої поведінки у стресових ситуаціях. Анкета містила 16 питань, серед яких: 8 запитань з альтернативним відповідями (так/ні), 3 – з запропонованими відповідями, 4 – з відкритими та 1 – з запропонованим диференціалом від 1 до 10. Попередньо

ми припустили, що хірургічна діяльність лікарів супроводжується специфічними формами боротьби зі стресовими ситуаціями, серед яких: вживання алкогольних напоїв, в'язання, заняття фізичними вправами тощо.

Під час якісного аналізу результатів анкетування ми звертали увагу на особливості індивідуального зняття емоційного напруження лікарів-хірургів у професійній діяльності, їх суб'єктивного психічного та психофізіологічного стану та особистісного ставлення до професійної діяльності. Результати анкетування підтвердили наші попередні припущення. Ці результати ми використали під час якісного аналізу кількісних результатів емпіричного дослідження.

Отже, аналіз динаміки формування копінг-стратегій хірургів відбувався у два діагностичні зрізи за допомогою методу поперечних зрізів. Оскільки зрізи робилися на зв'язаних вибірках, тобто на одних і тих же досліджуваних, таким чином використовувався і метод поздовжніх зрізів.

Згідно моделі, запропонованої нами під час теоретико-методологічного аналізу процесу формування копінг-стратегій, нами було розроблено програму емпіричного дослідження, яка відповідно до виокремлених у моделі структурних рівнів містила використання таких методів і методик: на особистісному рівні, для визначення властивостей особистості – тести «Індекс життєвого стилю» Р. Келлермана та Р. Плутчика та особистісний опитувальник 16PF Р. Кеттела; на організаційно-діяльнісному, для визначення суб'єктивного відчуття професійної замученості до діяльності – тест визначення професійних завантаженості та стресованості Р. Spector, S. Jex (адаптацію та стандартизацію шкал здійснено О. Кокуном, С. Максименко, Є. Тополєвим), методика інтерперсональної діагностики міжособових стосунків Т. Лірі, методика репертуару життєвих ролей особистості П. Горностая; на поведінково-регулятивному – методи поздовжніх і поперечних зрізів для визначення динаміки копінг-стратегій серед лікарів-хірургів та інтернів хірургічного відділення за методикою визначення копінг-

стратегій Р. Лазаруса, С. Фолкмана та методикою COPE К. Карвера, М. Шейера та Дж. Вейнтрауба. З метою більш повного аналізу результатів дослідження нами було використано авторське анкетування з відкритими та закритими відповідями, яке стосувалося специфічних форм боротьби лікарів зі стресовими ситуаціями, особливостями індивідуального зняття емоційного напруження у професійній діяльності та особистісного ставлення до неї.

Методика багатофакторного дослідження особистості Р. Кеттела містить шістнадцять факторів, які згруповані у чотири групи симптокомплексів особи, серед яких: комунікативні, інтелектуальні, емоційні та регуляторні (див. додаток Д) .

Методика «Індекс життєвого стилю» Р. Келлермана та Р. Плутчика містить 97 тверджень, які діагностують вісім механізмів психологічного захисту (див. додаток В):

1. А – заперечення, яке характеризується спростуванням особистістю саме тих умов стресогенної ситуації, які нею не усвідомлюються та викликають відчуття тривоги.
2. В – витіснення, яке характеризується не усвідомленням особистістю суперечливих почуттів, спогадів, неприємних бажань або думок та проявляється у вигляді емоційної напруги особистості.
3. С – регресія, яка характеризується проявами розвитку ранніх поведінкових реакцій особистості. Дія регресії виявляється у вигляді імпульсивності та слабкості емоційно-вольового контролю особистості.
4. D – компенсація, яка характеризується прагненням особистості усунути зі сфери свідомого комплекс неповноцінності за рахунок цілеспрямованого розвитку фізичних або психічних функцій.
5. Е – проекція, яка характеризується наданням іншим власних неусвідомлюваних особистістю й неприйнятних для неї почуттів й думок.

6. F – заміщення, яке характеризується розрядкою особистості її негативно-емоційного стану шляхом направлення її енергії на соціальну роботу або творчість
7. G – раціоналізація, яка характеризується мисленневими операціями особистості, які спрямовані на контроль над власною поведінкою.
8. H – зворотна дія, яка часто ототожнюють з гіперкомпенсацією особистості та проявляється у вигляді її дбайливості стосовно інших, але при цьому особистість насправді емоційно байдужа до них.

Методика Т. Лірі діагностує типи міжособових стосунків людини: авторитарність, егоїстичність, агресивність, підозрілість, підкореність, залежність, доброзичливість. Незважаючи на призначення методики (дослідження «Я-реального» та «Я-ідеального»), в нашому дослідженні ми використовуємо лише аналіз особливостей реальних взаємин лікарів-хірургів, оскільки дослідження «Я-ідеального» лікарів-хірургів не пов'язано з метою нашого дослідження (див. додаток Г).

Методика «Репертуар життєвих ролей особистості» П. Горностая спрямована на визначення ролі, яку людина грає все життя або протягом певного життєвого періоду. Оскільки нас цікавить лише вплив професійної діяльності лікарів-хірургів на формування копінг-стратегій лікарів-хірургів, ми вирішили, що доцільним буде взяти до уваги лише сферу професійної діяльності, яка відображена у тестовій методиці. Репертуар життєвих ролей особи за цією методикою містить достатній перелік ролей, які може грати особистість у житті, – тридцять, і це дало нам змогу визначити домінуючі ролі у професійній діяльності лікарів-хірургів (див. додаток Е).

Кожна роль людини, незалежно від її найменування (учитель або учень), надає для її виконавця простір для взаємодії з оточуючими. Виконання професійної ролі лікаря-хірурга супроводжується емоційним компонентом. Так, у психології емоційно-вольових процесів виокремлюють кон'юнктивні (спрямовані на зближення людей) та диз'юнктивні (спрямовані

на розлучення людей) емоції. Вважаємо, що у професійній діяльності лікарів хірургів важливими є кон'юнктивні емоції, які сприяють налагодженню соціального контакту з колегами та учнями, з пацієнтами та його рідними. Значно важливішим є не виконання професійної ролі як соціального статусу хірурга, а її змістовна ознака, яку збагачує сам спеціаліст залежно від власних прагнень, цінностей, мотивів, тобто наближають або роз'єднують учасників взаємодії.

Неможливо вивчати вплив особистості на формування тих чи інших копінг-стратегій без аналізу впливу діяльності, яку виконує особистість. По-перше, особистість розвивається в діяльності, а значить її особистісні властивості не є застиглими психічними феноменами і теж розвиваються; по-друге, формування копінг-стратегій перебуває не лише під впливом особистості, а й специфіки тієї діяльності, яка є провідною для неї. Тому дослідження особливостей умов професійної діяльності лікарів-хірургів є доречним у даному контексті. Ми вважаємо, що саме результати тесту професійної стресованості та професійної завантаженості P. Spector та S. Jex відображають особливості хірургічної діяльності лікарів-хірургів, бо їх діяльність, як ми вже неодноразово зазначали, є надзвичайно складна, відповідальна, повсякчасно насичена потенційно стресогенними ситуаціями, а отже лікарі-хірурги є завантаженими на роботі та відчують вплив стресу (див. додаток Ж).

Методика визначення копінг-стратегій Р. Лазаруса, С. Фолкмана базується на твердженні, що копінг-стратегії свідомо обираються особистістю та спрямовані на зміну сприйняття та власне, за можливістю, на зміну самої стресогенної ситуації. Опишемо зміст цих копінг-стратегій (див. додаток А).

1. Копінг-стратегія конфронтації передбачає емоційно-потужний, поведінково-активний опір особистості стресогенній ситуації. Поведінковими проявами особистості за умови активності копінг-стратегії



- конфронтації є ворожість, імпульсивність, енергійність, зухвалість, виникнення важкості в плануванні власних дій.
2. Копінг-стратегія дистанціювання характеризується зниженням негативних переживань та емоційної залученості особистості до сприйняття та аналізу деталей стресогенної ситуації. Для даної копінг-стратегії характерними є раціоналізація, почуття гумору та відсторонення особистості від стресогенної ситуації. Зауважимо, що раціоналізацію і відсторонення можна трактувати і як механізми психологічного захисту.
  3. Копінг-стратегія самоконтролю характеризується контролем власної поведінки, прагненням до самовладання, стриманістю емоцій та мінімізацією їх впливу на оцінку особистістю стресогенної ситуації. Характерною рисою самоконтролю є прагнення особистості приховати від інших людей власні переживання, що свідчить про високу вимогливість до власної поведінки.
  4. Копінг-стратегія соціальної підтримки характеризується пошуком особистістю соціальних ресурсів та емоційної підтримки з метою розв'язання стресогенної ситуації. Характерною рисою цієї копінг-стратегії є орієнтованість особистості на взаємодію з іншими та очікування при цьому нею уваги, підтримки та співчуття від оточуючих.
  5. Копінг-стратегія прийняття відповідальності характеризується визнанням особою власної значущості у виникненні стресогенної ситуації; вона виражає прагнення особистості до розуміння взаємозв'язку між власними діями та їх наслідками, готовністю аналізувати власну поведінку в умовах стресогенної ситуації. Характерною рисою даної копінг-стратегії є самокритичність особистості та переживання нею почуття провини.
  6. Копінг-стратегія уникнення характеризується запереченням та ігноруванням особою стресогенної ситуації, фантазуванням, пасивністю, роздратованістю. Характерною рисою зазначеної копінг-стратегії є

використання людиною алкогольних напоїв або переїдання з метою зниження емоційного напруження.

7. Копінг-стратегія планування розв'язання проблем характеризується цілеспрямованим аналізом особистістю стресогенної ситуації та плануванням можливих варіантів її поведінки, врахуванням нею об'єктивних умов розв'язання, досвіду власного додання проблем та наявності ресурсів, які б допомогли в розв'язанні проблеми.
8. Копінг-стратегія позитивної переоцінки характеризується доданням особою негативних переживань. Характерними ознаками даної копінг-стратегії є філософське осмислення людиною стресогенної ситуації та її аналіз з метою прийняття одного зі шляхів власного особистісного саморозвитку.

Методика СОРЕЧ. Карвера, М. Шейера, Ж. Вентрауба містить 60 тверджень, які згруповані у 15 шкал, а саме (див. додаток Б):

1. Позитивне перевизначення та особистісний розвиток, тобто сприйняття особою стресора як позитивної умови стресогенної ситуації та прийняття рішення з метою її подолання.
2. Психічне уникнення, яке характеризується залученістю особи в будь-які види діяльності з метою відволікання від стресогенної ситуації.
3. Фокусування на емоціях, яке зумовлює сконцентрованість особи на власних переживаннях та зовнішньому вираженні своїх почуттів.
4. Використання інструментальної соціальної підтримки характеризується пошуком особою додаткової інформації стосовно стресогенної ситуації, поради або допомоги від тих, хто оточує.
5. Активний копінг передбачає активні дії особистості, які спрямовані на додання стресогенної ситуації.
6. Заперечення характеризується відмовою особистості від сприйняття реальних умов стресогенної ситуації.

7. Релігійний копінг передбачає звернення особи до Бога, залучення молитви з метою вирішення стресогенної ситуації.
8. Використання гумору характеризується висміюванням особою умов стресогенної ситуації.
9. Поведінкове уникнення передбачає відмову особи від будь-яких дій, спрямованих на подолання стресогенної ситуації.
10. Самообмеження характеризується запобіганням особою поспішності у розв'язанні проблеми та у виконанні будь-яких дій, спрямованих на додання стресогенної ситуації.
11. Використання емоційно-соціальної підтримки спрямоване на отримання особою розради, співчуття та розуміння від оточуючих в умовах стресогенної ситуації.
12. Використання психоактивних речовин зумовлює використання особою алкогольних або наркотичних речовин в умовах стресогенної ситуації.
13. Прийняття характеризується прийняттям особою реальних обставин стресогенної ситуації, але без використання активних дій з метою її подолання.
14. Припинення діяльності передбачає відмову особистості від виконання будь-яких видів діяльності з метою концентрації лише на умовах стресогенної ситуації.
15. Планування додання характеризується зосередженням особистості на міркуваннях стосовно шляхів розв'язання стресогенної ситуації.

Зазначені вище шкали методики COPE фіксують тісний взаємозв'язок між способами додання стресогенної ситуації та її показниками адаптації й психічного здоров'я особи. Методика COPE Ч. Карвера, М. Шейера, Ж. Вентрауба та методика визначення копінг-стратегій Р. Лазаруса й С. Фолкмана подібні, проте саме методика COPE має ширший набір визначення копінг-стратегій особи, що значно поглиблює аналіз результатів емпіричних досліджень. Однак, методика Р. Лазаруса та С. Фолкмана

представлена специфічними способами додання, які надзвичайно важливі для дослідження поведінки лікарів-хірургів (самоконтроль та прийняття відповідальності). Крім того, такі копінги як конфронтація та дистанціювання в цій методиці можуть суттєво уточнити дію копінгів уникнення та припинення діяльності, які наявні в методиці COPE. Отже, нами було обрано дві методики діагностики копінг-стратегій лікарів-хірургів.

Таким чином, аналіз методичного інструментарію показує доцільність використання вищеназваних психодіагностичних методик в емпіричному дослідженні та прогнозувати отримання валідних результатів відповідно до мети та завдань дослідження.

## **2.2. Динаміка формування копінг-стратегій у хірургів із різним рівнем особистісної та професійної зрілості**

Статистичний аналіз отриманих результатів дозволив встановити, що в групах хірургів, які вирізняються рівнем особистісної та професійної зрілості, копінг-стратегії мають як однакові, так і відмінні показники, що підтверджує загальні теоретичні положення щодо розуміння долаючої поведінки, яка формується протягом тривалого життєвого періоду особистості (Е. Еріксон), та про вплив специфіки діяльності та особистісних властивостей на формування копінг-стратегій. Так, перший поперечний зріз показників копінг-стратегій виявив згідно критерію Манна-Уїтні статистично значущі відмінності між лікарями-хірургами та інтернами хірургічного відділення у використанні цих копінгів (табл..2.1.).

Показник копінг-стратегії самоконтролю у лікарів-хірургів значно вищий, ніж в інтернів хірургічного відділення. Отриманий результат свідчить, що лікарі-хірурги у стресогенній ситуації мають вищий рівень самовладання, вони більш стримані у вияві емоцій та більшою мірою контролюють власну поведінку. Безумовно, отриманий показник

обумовлений досвідом роботи лікарів-хірургів і свідчить про очевидну валідність вимірювань у нашому дослідженні. Інтерни-хірурги – випускники навчального закладу, які досі мало виконували хірургічних маніпуляцій та відчували умови роботи в хірургічних відділеннях, що потенційно містять стресогенні ситуації.

Таблиця 2.1

**Відмінності використання копінг-стратегій лікарями-хірургами та інтернами хірургічного відділення (I діагностичний зріз)**

Копінг-стратегії	Рівні використання копінг-стратегій						Різниця показників ( $\bar{x}_2 - \bar{x}_1$ )	Критерій Манна-Уїтні (Uemp.)
	лікарями-хірургами			інтернами - хірургами				
	рідкісне ( $\bar{x}_1$ )	помірне ( $\bar{x}_1$ )	виражене ( $\bar{x}_1$ )	рідкісне ( $\bar{x}_2$ )	помірне ( $\bar{x}_2$ )	виражене ( $\bar{x}_2$ )		
Самоконтроль		45,8		38,2			-7,60	95,5*
Прийняття відповідальності			<b>63,4</b>		42,3		-21,10	88,0*
Уникнення	36,0				48,1		12,1	75,5*
Позитивна переоцінка		43,6				<b>62,2</b>	18,60	95,5*
Психофізіол. рівень: вживання психоактивних речовин			<b>72,3</b>	33,4			-38,90	65,5*
Гумор			<b>81,3</b>		45,8		-35,50	75,8*

Умовні позначення: \*\*на рівні значущості  $p \leq 0,01$ ; \* на рівні значущості  $p \leq 0,05$ .

Прийняття ролі хірурга інтерном – це прийняття відповідальності за доречність та правильність дій, пов'язаних із оперативним втручанням у тіло людини, які можуть приносити біль, страждання і навіть призвести до її

смерті. Як і можна було очікувати, копінг-стратегія прийняття відповідальності також має вищий показник вияву в лікарів-хірургів, ніж у інтернів. Це свідчить про знецінення інтернами власної значущості в вирішенні стресогенної ситуації та про розуміння важливості взаємозв'язку між власними діями та їх наслідками, а також про те, що лікарі-хірурги вже володіють засобами регуляції своїх емоційних станів й не бояться взяти на себе відповідальність. Незважаючи на очевидну валідність отриманих результатів, вони є важливими, оскільки доводять, що досвід діяльності лікарів-хірургів впливає на актуальний вибір копінг-стратегій.

Очевидно, що в стресових ситуаціях інтернам хірургічного відділення властиво спонтанно перекладати власну відповідальність на досвідчених колег і таким чином використовувати механізм психологічного захисту уникнення та перебувати у зоні особистого комфорту. Відчуття відповідальності надає особистості можливість бути відкритою до проблем, які виникають, та критики оточуючих, бути готовою до розв'язання завдань стресогенних ситуацій. Інтернам, які перебувають лише на перших сходинках професійного зростання, властиво уникати конфронтації з їх більш досвідченими колегами та тими проблемними питаннями, які виникають у професійній діяльності. Підтвердженням зазначеного слугує факт використання ними копіngu уникнення, який в інтернів-хірургів має вищий показник, ніж у лікарів-хірургів. Нагадаємо, що для копіngu характерним є заперечення, ігнорування стресогенної ситуації, пасивність та роздратованість особистості.

Незважаючи на малий досвід професійної діяльності інтернів, молоді люди сповнені оптимізмом, ідеями та наснагою в долаті стресогенних ситуацій, які виникають у хірургічній діяльності, тому в них копінг позитивного перевизначення спрацьовує частіше, ніж у більш досвідчених лікарів-хірургів. Ми вважаємо, що цей результат обумовлений психологічним регресом особистості лікарів-хірургів, й ми можемо лише припустити, що

вони пристосувалися до особливостей професійної діяльності й сприймають будь-який виклик стресогенної ситуації як даність, не використовуючи при цьому копінг позитивного перевизначення. А молоді люди щиро вірять, що зміни лише на краще, що головними учасниками змін є вони самі і не розглядають консервативних способів розв'язання будь-яких ситуацій. Тому, володіючи позитивними настановами, інтерни прагнуть до позитивних перевизначень і змін на користь суспільству (нагадаємо, саме про такі настановлення говорить проактивна теорія копінгу Дж. Шмітц, Р. Шварцер) [186]. Однак, якщо поглянути на копінг позитивного перевизначення зі сторони лікарів-хірургів, які частіше за їх молодих колег бачили смерть у своїй професійній діяльності, то помірне використання ними такого копінгу, не здається незрозумілим.

На нашу думку, також доречно розглядати копінг-стратегію позитивного перевизначення у контексті екзистенціальної психології (В. Франкл) [173], центральним поняттям якої є сенс життя. Сенс хірургічної діяльності в свідомості хірургів-інтернів стимулює їх до додання будь-яких ситуацій. Р. Лазарус наголошував, що людина, яка намагається досягнути життєдіяльності, спокійніше сприймає ситуації стресогенного походження та продуктивно (результативно) долає їх [208].

Одним з видів пасивної копінг-стратегії є копінг-стратегія вживання психоактивних речовин, що виявляється на психофізіологічному рівні, і саме вона притаманна лікарям-хірургам. Значення показника цього копінгу значно вище в лікарів-хірургів, ніж в інтернів хірургічного відділення. Оскільки у своєму складі психоактивні речовини містять компоненти, які викликають залежність, зокрема алкоголь – етанол, то ми припускаємо, що для лікарів-хірургів властивою є як фізіологічна, так й емоційна залежність від психоактивних засобів.

Слід пам'ятати, що психоактивні речовини є наркотичними засобами, які викликають залежність та негативно впливають на загальний стан

організму, зокрема, на серце. Це пов'язано з тим, що відбуваються негативні зміни у коронарних судинах, змінюється потік крові по судинах. Існують численні статистичні результати досліджень, згідно яких саме лікарі-хірурги страждають на коронарні захворювання (дані ВООЗ за 2014 р.) та понад 60% смертності серед цих спеціалістів стається саме від цієї недуги [32].

У контексті цих даних наведемо поширену в українському суспільстві пересічну думку про те, що задоволення медичними працівниками психофізіологічної потреби у вживання психоактивних речовин є реакцією на стрес у їх діяльності. Вважається, що таким чином лікарі пригнічують відчуття сердечності й «тверезо» ставляться до пацієнтів. Згідно теорії копінг-поведінки авторства Н. Сироти та В. Ялтонського копінг-стратегія вживання психоактивних речовин, що виявляється на психофізіологічному рівні, є актуальною тоді, коли ступінь життєвого стресу досягає найвищої мітки та за умови, що копінг-ресурси особистості є виснаженими [190]. З фізіологічної точки зору психоактивні речовини впливають на кору головного мозку та блокують її діяльність, і таким чином пригнічуються психічні функції особистості, в тому й пам'ять про ситуації, які важко було емоційно сприймати та виважено розв'язувати проблеми в них.

Також припускаємо, що вживання психоактивних речовин є архетиповим явищем. Згідно аналітичної психології особистості архетипи – це вроджені ідеї або спогади, сформовані у колективному несвідомому та які спонукають людину сприймати, переживати та реагувати на ситуації певним чином [189]. К. Юнг вважав, що архетипи мають надважливе значення у період переживання суб'єктом кризових ситуацій, оскільки патерн кризи стимулює до розкриття глибинних інстинктів колективного несвідомого, яке в звичних умовах для людини контролюється свідомістю.

Значення важливості вивчення архетипів у контексті долаючої поведінки зустрічається й у працях сучасних авторів. Так, Р. Грановська відмічає, що захисно-долаюча психічна структура особистості має такі



компоненти: колективне несвідоме, передсвідомий захист та свідомі стереотипи [39]. Саме останній компонент формує долаючу поведінку особи, оскільки характеризується довільністю поведінкових реакцій.

Отже, в цілому результати свідчать про високий рівень самовладання лікарів-хірургів, вони демонструють стриманість емоцій та контроль власної поведінки, відповідальне ставлення до діяльності та її наслідків, головне – вони не уникають стресових ситуацій. Проте досвідчені хірурги, вірогідно, не сповнені наснагою та позитивними емоціями у долатті стресогенних ситуацій, а вживання психоактивних речовин медичними працівниками на психофізіологічному рівні є реакцією на стрес у хірургічній діяльності. На противагу лікарям інтерна знецінюють власну значущість у розв'язанні проблемних ситуацій, проте молоді люди сповнені оптимізмом в їх долатті.

Другий поперечний зріз показників через рік засвідчив, що інтерна хірургічного відділення за цей проміжок часу набули власного нового досвіду та певним чином засвоїли досвід старших колег, що позитивно вплинуло на особистісне зростання та долаючу поведінку молодих спеціалістів, про що свідчить зменшення модуля значущої різниці показників у середньому від 22,30 до 17,38 балів (на 4,92 бали). Однак через рік усе ще зберігаються відмінності між лікарями-хірургами та інтернами, але вже за іншими копінг-стратегіями. Винятком є копінг-стратегія гумору і та, що виявляється на психофізіологічному рівні – копінг-стратегія вживання психоактивних речовин (табл. 2.2).

Згідно показників копінг-стратегія планування розв'язання проблем переважає у лікарів-хірургів порівняно з інтернами хірургічного відділення. Отриманий результат свідчить, що, незважаючи на термін в один рік проходження інтернатури, молоді спеціалісти психологічно не готові до вияву самостійності та відповідальності у розв'язанні професійних проблем. Їм властиво спиратися на досвід старших колег та прислухатися до їх думки.

Підтвердженням цьому слугують показники копінг-стратегій соціальної та емоційно-соціальної підтримки в групах досліджуваних. В інтернів хірургічного відділення спостерігається найбільш виражене переважання в кількісному вимірі цих копінгів над показниками лікарів-хірургів (наприклад, майже вдвічі за потребою в емоційно-соціальній підтримці).

Таблиця 2.2

**Відмінності використання копінг-стратегій лікарями-хірургами та інтернами хірургічного відділення (II діагностичний зріз)**

Копінг-стратегії	Рівні використання копінг-стратегій						Різниця показників ( $\bar{x}_2 - \bar{x}_1$ )	Критерій Манна-Уїтні (Uemp.)
	лікарями-хірургами			інтернами - хірургами				
	рідкісне ( $\bar{x}_1$ )	помірне ( $\bar{x}_1$ )	виражене ( $\bar{x}_1$ )	рідкісне ( $\bar{x}_2$ )	помірне ( $\bar{x}_2$ )	виражене ( $\bar{x}_2$ )		
Пошук соціальної підтримки	36,3				52,0		15,70	95,5**
Планування вирішення проблем		54,7			43,0		-11,70	98,5**
Використання емоційно-соціальної підтримки	33,2					<b>64,5</b>	31,30	105,0**
Гумор			<b>62,1</b>		49,6		-12,50	118,0**
Психофізіол. рівень: вживання психоактивних речовин			<b>67,3</b>		41,7		-25,60	98,0**
Активне додання			<b>65,8</b>		58,3		-7,50	95,5**

Умовні позначення: \*\*на рівні значущості  $p \leq 0,01$

На нашу думку, планування розв'язання проблем залежить від досвіду особистості, який засвоюючись, визначає зрілість особистості. Так, у парадигмі когнітивного (А. Бек, Р. Лазарус, С. Фолкман) та феноменологічного (Е. Гусерль, К. Роджерс) напрямів психології надається важливе значення індивідуальному досвіду людини [93; 179; 209]. Науковці стверджують, що поведінку особистості в умовах стресогенних ситуацій слід аналізувати крізь призму її життєвого досвіду.

Планування розв'язання проблем є копінгом, в якому переважають когнітивні, раціональні компоненти психічної активності людини в стресовій ситуації, а емоційні – майже відсутні або ж тимчасово не активовані людиною. Планування дає можливість навести лад у хаосі емоцій та інформації, зосередитись на проблемі її розв'язати і в такий спосіб подолати тривогу та стрес. Саме планування розв'язання є способом досягнення ефективного, продуктивного, успішного вирішення проблеми. Володіння навичками інтелектуальної роботи, планування приходить з розвитком особистості, розумінням важливості таких навичок, а також з умінням регулювати емоції та тимчасово «відводити їх на задній план».

Інтерни хірургічного відділення відчувають потребу у соціальній підтримці, яку ми інтерпретуємо як звернення за порадою до колег з підсвідомою метою формувати групи однодумців. Копінг-стратегія соціальної підтримки орієнтована на пошук особистістю соціальних ресурсів, як допоміжних засобів у долатті стресогенної ситуації. Отриманий результат також може свідчити про нерозвиненість особистісних структур інтернів, відсутність автономності їх особистості в прийнятті рішень, оскільки хірургічна діяльність є різноманітною за змістом, кожен хірургічний випадок є унікальним, й інтерни можуть бути емоційно не готові до його розв'язання як миттєвої проблеми. Тому хірургічна діяльність вимагає від спеціалістів не лише професійних знань, а й емоційної і поведінкової гнучкості.

Методика Р. Лазаруса та С. Фолкмана й методика COPE Ч. Карвера, М. Шейера, Ж. Вейнтрауба мають подібні шкали копінг-стратегії: соціальної підтримки та емоційно-соціальної підтримки. В обох випадках показник інтернів хірургічного відділення переважає над показником лікарів-хірургів. Отриманий результат слугує підтвердженням того, що молоді спеціалісти дійсно потребують емоційної підтримки й розуміння оточуючих, особливо в умовах стресогенної ситуації. Питання лише в тому, де вони шукають цю підтримку: серед колег-інтернів або старших колег, у сімейному колі чи серед друзів.

Копінг-стратегія використання гумору також більш сформована у лікарів-хірургів, ніж в інтернів хірургічного відділення. Використання гумору вважається і копінг-стратегією, і захисним механізмом, і одночасно вважається ознакою здорової особистості (С. Шварц) [186]. Почуття гумору сприяє зниженню емоційної напруги та є профілактичним засобом виникнення психічних й соматичних захворювань. Представники зарубіжної психології (С. Carver, R. Moos, R. MacCre) ажають, що гумор є внутрішнім ресурсом особистості у доланні стресогенних ситуацій [202; 218; 220].

Зазначення важливості почуття гумору в професійній діяльності лікарів-хірургів та загалом медичних працівників досить рідко зустрічається у працях науковців. Проте деякі автори все ж відмічають, що почуття гумору є професійно необхідною особистісною властивістю лікаря поряд з такими як відповідальність, мужність, зосередженість тощо (І. Ветрова, Е. Ковтун, Т. Крюкова) [30; 80]. Свідоме звернення особистості до почуття гумору як стратегії додання стресогенної ситуації свідчить про емоційну стабільність, адекватну самооцінку, підтримку дружніх взаємин та відкритість новому досвіду в розв'язанні проблем (О. Зайва).

Ми припускаємо, що властивий для інтернів низький показник копінг-стратегії гумору обумовлений схильністю сприймати більшість умов своєї професійної діяльності як стресогенні. На нашу думку, надто зосереджена

увага інтернів на окремих стресогенних ситуаціях блокує почуття гумору, що супроводжується відчуттям тривоги, відсутністю емоційної розрядки і, як наслідок, призводить до психосоматичних захворювань.

Як на першому, так і на другому діагностичних зрізах стратегія вживання психоактивних речовин (що активізується на психофізіологічному рівні) виражено виявляється на високому рівні в лікарів-хірургів, часто ними використовується. Отриманий результат свідчить про те, що вживання психоактивних речовин лікарями-хірургам є актуальним та дієвим на їх думку засобом для збереження власного емоційного та працездатного стану.

Копінг-стратегія активного додання у лікарів-хірургів має вищий показник, ніж у інтернів хірургічного відділення. Проте показники обох груп респондентів мають невелику різницю (найнижчу серед усіх значущих різниць). Ми вважаємо, що інтернам хірургічного відділення так само, як і хірургам, властиво активно діяти і таким чином сприяти доданню стресогенної ситуації. Нижчий показник молодих спеціалістів за цією шкалою свідчить про їх підпорядкування у професійній хірургічній діяльності більш досвідченим колегам. Тобто об'єктивно діяти лише на власний розсуд у доданні стресогенних ситуацій вони за бюрократичними правилами не мають права, хоча емоційно-вольова сфера особистості інтерна є досить розвиненою та активованою.

Поряд з цими копінг-стратегіями, які мають статистично-значущі відмінності між групами респондентів, є й спільні для обох груп копінг-стратегії, різниця у використанні яких відсутня. Як під час першого та другого діагностичного зрізів хірурги та їх майбутні колеги лише інколи, рідко використовують мисленнєвий і поведінковий відходи від проблеми, заперечення, звернення до релігії, конфронтацію, дистанціювання, фокусування на емоціях; помірно – особистісний розвиток та самообмеження; виражено – прийняття обставин стресогенної ситуації, придушення конкуруючої діяльності, тобто уникнення альтернативних

завдань задля успішного додання стресу. Зазначимо, що копінг-стратегія прийняття відповідальності на етапі другого діагностичного зрізу дослідження не є статистично відмінною між групами респондентів і виражено ними використовується. Також слід звернути увагу на те, що під час другого діагностичного зрізу зафіксовано рівномірне використання лікарями та інтернами на помірному рівні інструментальної соціальної підтримки, а натомість – зростання різниці у використанні емоційно-соціальної підтримки, тепер лікарі її використовують менше, а інтерни більше (під час першого діагностичного зрізу така різниця була відсутня, лікарі та інтерни помірно використовували цей копінг). Це свідчить про зростання компоненту ділового спілкування у процесі взаємодії між інтернами та лікарями, як учителями та наставниками інтернів, коли вони в стресогенних ситуаціях обговорюють «інструменти» додання медичних проблем, і одночасно – уникання лікарями емоційної підтримки колег, у тому числі й молодших. Натомість інтерни потребують і активно використовують таку емоційну підтримку, але, очевидно, не зі сторони своєї наставників.

Згідно показників двох діагностичних зрізів можна зробити висновок, а одночасно й припущення, що копінг-стратегія прийняття відповідальності є однією із провідних в структурі долаючої поведінки хірургів, можливо, що саме вона визначатиметься особистісними чинниками лікарів.

Помірно використовуються двома групами респондентів без значущої різниці планування розв'язання проблем, за винятком II-го діагностичного зрізу, коли ці відмінності фіксуються, і лише за однією з методик (методика COPE).

Аналізуючи результати I-го та II-го діагностичних зрізів дослідження, ми помітили, що на II-му зрізі зросла диференціація використання різноманітних копінг-стратегій серед лікарів-хірургів та інтернів хірургічного відділення. Отриманий результат є підтвердженням та свідченням того, що копінг-стратегії особистості не є константним явищем, а формуються

протягом усього життя особистості, на що указував Е. Еріксон, та залежно від тих умов, у яких вона перебуває.

З метою визначення статистично значущих відмінностей у динаміці формування копінг-стратегій лікарів-хірургів протягом певного періоду їх життя, а в нашому дослідженні – під час першого та другого діагностичних зрізів – ми застосували непараметричний критерій Уїлкоксона, який використовується для визначення відмінностей у зв'язаних групах респондентів.

Таблиця 2.3

**Динаміка використання копінг-стратегій лікарями-хірургами протягом року**

Копінг-стратегії	Рівні використання копінг-стратегій						Різниця показників ( $\bar{x}_2 - \bar{x}_1$ )
	I зріз			II зріз			
	рідкісне ( $\bar{x}_1$ )	помірне ( $\bar{x}_1$ )	виражене ( $\bar{x}_1$ )	рідкісне ( $\bar{x}_2$ )	помірне ( $\bar{x}_2$ )	виражене ( $\bar{x}_2$ )	
Позитивна переоцінка		43,6		38,0			-5,0
Активне додання		58,2				<b>65,8</b>	7,0
Гумор			<b>81,3</b>			<b>62,1</b>	-19,2
Прийняття відповідальності			<b>63,4</b>			<b>78,0</b>	14,0

*Умовні позначення: \*\*на рівні значущості  $p \leq 0,01$ ;*

Протягом року в лікарів-хірургів показники копінгу прийняття відповідальності та активного додання зросли, а використання гумору та позитивної переоцінки знизилися. Наразі динаміка копінг-стратегії позитивної переоцінки свідчить на користь неоднозначного ставлення лікарів-хірургів до застосування позитивної переоцінки стресової ситуації, коли йдеться про здоров'я, життя та смерть пацієнта. Проте, високі показники цього копінгу згідно двох діагностичних зрізів свідчать про готовність та актуальність лікарів-хірургів осмислювати стресогенну

ситуацію та здійснювати її оцінку, і можуть вважатися одним зі шляхів особистісного саморозвитку лікарів.

Зростання показника копінг-стратегії активного додання в лікарів-хірургів протягом року свідчить про їх прагнення до розв'язання професійних проблем і додання ситуацій на робочому місці. У даному випадку простежується позитивна динаміка формування копінг-стратегії, й ми вважаємо, що існує пряма прогресія між цим копінгом особистості й особистісними властивостями хірурга: на успішність додання стресогенних ситуацій впливає розвиток особистості спеціаліста, його активність.

Щодо копінгу використання гумору, то його спад необхідно розглядати в сукупності зі зростанням копінгу відповідальності. Логічно припустити, що отриманий результат свідчить про компенсацію одного копінгу іншим. Беручи до уваги «серйозність» професійної діяльності лікарів, то їх «зісковзування» на гумор, дистанціювання, «втеча», знецінення напруженої професійної ситуації за допомогою гумору може призвести до недооцінення серйозності скарг пацієнтів, і це ймовірніше за все їм коштуватиме здоров'я. Тому копінг гумору поступається копінгу відповідальності в діяльності лікарів-хірургів, що свідчить про їх прагнення до розуміння взаємозв'язків між власними діями та їх наслідками й готовністю спеціалістів аналізувати власну поведінку в умовах стресу.

Факт зниження використання копінгу гумору потрібно розглядати в сукупності зі зниженням показників копінгу позитивної переоцінки. Подекуди актуалізація цих двох вищезазначених копінгів може розцінюватися як недоречна, і навіть – як аморальна. Оскільки в діяльності хірургів стресогенні ситуації буває так, що смислове наповнення ситуації безповоротно змінюється, коли вже неможливо щось перевизначити та виправити для хворого, то позитивна переоцінка, як і гумор, починає відігравати підпорядковану іншим копінгам роль у доданні стресу.



На відміну від лікарів-хірургів в інтернів хірургічного відділення усі показники копінгів зросли. Також нагадаємо, що в абсолютних показниках протягом року знизилася різниця у використанні копінгів між лікарями та інтернами. Отримані результати обумовлені опануванням інтернами власної емоційної сфери в умовах професійної хірургічної діяльності, яка є відмінною за студентство, та загалом – ситуацією їх особистісного та професійного зростання (табл.2.4).

Аналіз динаміки копінг-стратегії респондентів протягом року дає підстави стверджувати: лікарям-хірургам властива здебільшого активна форма копінг-поведінки, що обумовлено такими копінг-стратегіями, як планування розв'язання проблем та іншими; натомість для інтернів хірургічного відділення – здебільшого пасивна форма, що обумовлено такими копінг-стратегіями, як уникнення, припинення діяльності та ін. Проте, ми вважаємо, що активна чи пасивна форми копінг-поведінки особистості не є константою, оскільки активна чи пасивна форми копінг-поведінки є лише домінантною, а не унікальною (єдиною) у структурі особистості. Аналіз також свідчить, що інтерни прагнуть до використання активних форм долаючої поведінки, на що вказує зростання в них самоконтролю, відповідальності та активності. І в разі більш детального аналізу копінг-поведінки лікарів-хірургів та інтернів хірургічного відділення ми можемо знайти певні тенденції їх поведінки під час стресу, які свідчать про пасивність і втечу лікарів від стресових ситуацій та активність і прийняття реальних обставин ситуацій інтернами. Так, лікарі-хірурги на психофізіологічному рівні використовують копінг-стратегію вживання психоактивних речовин.

**Динаміка використання копінг-стратегій інтернами хірургічного відділення протягом року**

Копінг-стратегії	Рівні використання копінг-стратегій						Різниця показників ( $\bar{x}_2 - \bar{x}_1$ )	Критерій Уїлкоксона (Wemp.)
	I зріз			II зріз				
	рідкісне ( $\bar{x}_1$ )	помірне ( $\bar{x}_1$ )	виражене ( $\bar{x}_1$ )	рідкісне ( $\bar{x}_2$ )	помірне ( $\bar{x}_2$ )	виражене ( $\bar{x}_2$ )		
Самоконтроль	38,2				53,1		14,9	-2,54
Прийняття відповідальності		42,3				<b>64,0</b>	21,7	-2,59
Активне додання	36,7					<b>58,3</b>	21,6	-2,374
Психофізіол. рівень: вживання психоактивних речовин	33,4				<b>41,8</b>		8,4	-2,65
Позитивна переоцінка			<b>62,2</b>		47,5		-14,7	-2,57

*Умовні позначення:*\*\*на рівні значущості  $p \leq 0,01$ ; \* на рівні значущості  $p \leq 0,05$ .

Можливо, йдеться про різні типи копінг-поведінки лікарів-хірургів та інтернів хірургічного відділення, або поєднання певних елементів пасивності та активності форм долаючої поведінки в структурі однієї особистості залежно від ситуації та часу. Так, лікар може використовувати активний копінг безпосередньо під час своєї професійної діяльності та пасивний – після роботи, щоб подолати наслідки професійного стресу та «приглушити емоційні сліди» стресу.

На відміну від лікарів-хірургів в інтернів показники, які значуще змінилися за критерієм Уїлкоксона протягом року, здебільшого зросли та більш значуще змінилися: в середньому на 10,38 балів (у лікарів на -0,65; табл. 3-4). Інтерни перестали уникати напружених ситуацій, у них зріс

самоконтроль. Отже, під впливом об'єктивних обставин діяльності вони почали сприймати стресогенні ситуації та приймати, усвідомлювати значущість власної особистості у їх доланні. Поряд із конструктивними змінами у структурі долаючої поведінки інтернів відбулися й неконструктивні: зросло використання ними психоактивних речовин. Слід звернути увагу на використання копінгу позитивної переоцінки: в обох групах респондентів за рік його показники значуще зменшилися.

У стресовій ситуації інтерни шукають емоційну підтримку в соціальному середовищі, і в цьому їх найбільша відмінність від більш досвідчених лікарів.

Аналізуючи результати, можна сказати, що долаюча поведінка особистості є динамічним утворенням, а копінги формуються та розвиваються: **в інтернів копінги формуються більш динамічно та лінійно, ніж у досвідчених хірургів, а в хірургів – більш повільно, різнонаправлено та складноузгоджено між собою, менш однозначно.** В обох вибірках респондентів показники копінг-стратегій активності та відповідальності зростають і досягають високого рівня використання.

### **2.3. Механізми психологічного захисту як чинники формування копінг-стратегій хірургів із різним рівнем особистісної та професійної зрілості**

Як ми вже зазначали (див. підрозділ 1.2), механізми психологічного захисту та копінг-стратегії є взаємодоповнюючими компонентами психічної діяльності особистості, які незалежно одне від одного існувати не можуть. Тому вивчення копінг-стратегій лікарів-хірургів та інтернів-хірургів без дослідження їх взаємозв'язку з механізмами захисту було б недоречним.

Як зазначалося під час теоретичного аналізу проблеми нашого дослідження, копінг і психологічний захист базуються на тотожних психічних процесах, проте полярність цих процесів полягає в тому, що

копінги контролювані особистістю та цілеспрямовані на адаптацію особистості до умов стресогенної ситуації, а МПЗ – на пасивне пристосування до неї. Крім того, механізми психологічного захисту виконують як негативні, так і позитивні функції у психічній діяльності людини. Вони оберігають особистість від негативних переживань і сприяють збереженню цілісності її структури, і це, безумовно, одна із його позитивних функцій (К. Роджерс, В. Боснюк, Л. Васерман, Р. Грановська, Л. Марчер) [23; 28; 39; 94]. Психологічні захисти також призводять до невірної тлумачення обставин ситуацій об'єктивної дійсності (А. Маслоу, З. Фрейд, Т. Яценко), негативно впливають на самоактуалізацію особистості, оскільки вони сприяють деградації потреби особистості до розкриття особистісного потенціалу (саме так вважав А. Маслоу) [103].

Оскільки з віком процес самоактуалізації пригнічується і поступається механізмам психічного захисту в сприйнятті світу та взаємодії з ним людиною, то цілком доречно буде інтерпретувати особливості механізмів психологічного захисту як чинники долаючої поведінки лікарів-хірургів. Тож емпірично продемонструємо особливості адаптивної до стресу поведінки лікарів-хірургів на рівні механізмів психологічного захисту.

Як ми вже зазначали, медичні працівники, особливо в нашій державі, емоційно вигоряють (Л. Качала, С. Максименко, О. Марковець, І. Рогач, М. Філоненко) [97; 139; 102; 171]. Цікаво, що синдром емоційного вигорання, згідно МКХ-10, 273 є механізмом психологічного захисту людини, який дає змогу особистості ощадно використовувати власні енергетичні ресурси. Емоційне вигорання характеризується емоційним виснаженням, деперсоналізацією та редукцією досягнень особистості (К. Маслач та С. Джексон) [46]. Звісно, в стані емоційного вигорання втрачаються ресурси лікарів-хірургів у доланні ситуацій стресогенного походження, знижується ефективність виконання професійних завдань та виникають проблеми у спілкуванні з колегами та пацієнтами. У такому разі, хірург стає заручником

психологічного захисту і переходить у своїй поведінці від ролі «лікаря» до ролі «пацієнта», котрому конче необхідна допомога. Емоційне виснаження виявляється у відчутті вичерпності фізичних та емоційних ресурсів хірурга та у втраті ним зацікавленості до розв'язання професійних завдань. Деперсоналізація виявляється у роздратуванні, виникненні конфліктних відносин з колегами та пацієнтами, негативному, часом цинічному, ставленні до хворих. У свою чергу, редукція досягнень особистості виявляється у незадоволеності виконання своїх професійних завдань, зниження рівня компетентності та знецінення професійної діяльності. Тож проаналізуємо вплив МПЗ на копінг-стратегії лікарів-хірургів і в ракурсі емоційного виснаження їх особистості.

З метою визначення ступеню впливу двох і більше пре дикторів (а ними стали механізми психологічних захистів) на залежну змінну (копінг-стратегії) нами був застосований множинний лінійний регресійний аналіз. З метою уникнення неправдоподібності регресійних рівнянь було здійснено їх перевірка на мультиколеніарність (наявність лінійної регресії між коефіцієнтами регресії). Нами проаналізовано кореляційну матрицю коефіцієнтів регресії, і підстав для виключення незалежних змінних з регресійних рівнянь виявлено не було (кореляційні зв'язки нижчі заг=0,7). З усіх проаналізованих нами регресійних рівнянь, що описують вплив механізмів психологічного захисту на копінг-стратегії хірургів, значущим цей вплив виявився у невеликій кількості випадків (табл. 2.5 і 2.6).

Нам вдалося зафіксувати обумовленість копінг-стратегії прийняттям відповідальності раціоналізацією та заміщенням. Раціоналізація характеризується вербальним спотворенням реальної, об'єктивної інформації з метою захисту самооцінки особистості. На нашу думку, лікарі-хірурги демонструють контроль власної поведінки та відповідальне ставлення до стресогенних ситуацій, які виникають у професійній діяльності, шляхом суто раціональних аргументацій.

Таблиця 2.5

**Механізми психологічного захисту як чинники копінг-стратегій лікарів-хірургів**

<b>Залежна змінна: копінг-стратегії</b>	<b>Незалежна змінна: механізми психологічного захисту ( коефіцієнти регресії (<math>\beta</math>))</b>	<b>Показники регресійних рівнянь</b>
Копінг-стратегія прийняття відповідальності	Механізм раціоналізації ( $\beta=0,211$ )	R <sup>2</sup> =28,5%; F=2,03, p $\leq$ 0,05
	Механізм заміщення ( $\beta=0,119$ )	
Копінг-стратегія вживання психоактивних речовин (що виявляється на психофізіологічному рівні)	Механізм регресії ( $\beta=0,301$ )	R <sup>2</sup> =20,5%; F=2,13, p $\leq$ 0,05)
	Механізм заперечення ( $\beta=0,341$ )	

У метафоричному значенні хірург ототожнюється з тим, «хто тримає у власних руках чуже життя», тому ми вважаємо, що хірургам емоційно важко сприйняти та усвідомити, що він допускає помилку. Це і є процесом заміщення. І саме завдяки раціоналізації лікар має можливість аргументувати власні дії і таким чином захистити власне «Я».

Також заміщення трактується як заміна недосяжних дій на досяжні, нерідко – перенесення агресії з одного об'єкту на інший [174]. Тому заміщення може виконувати функцію трансформації негативних думок про стан здоров'я пацієнта позитивними, які реалізуються під час хірургічної операції. Також у цьому контексті варто згадати психоаналітичну теорію про

сублімацію в хірургів їх садистських схильностей, витіснених у дитинстві [35, с. 133]. Якісний аналіз результатів анкетування хірургів дає нам підстави стверджувати, що заміщатись можуть не лише агресивні думки та емоції, а й інші – невимовного жалю та втрати. Так, один із хірургів розповів, що він у дитинстві був свідком міжетнічного конфлікту, коли на його очах гинули люди, а він нічим не міг їм допомогти. Тому мрія стати хірургом замінювала спогади про негативні емоції ні спогади, врешті-решт мрія стала прагненням, яке й реалізувалося у його професійному виборі.

Лікарям-хірургам властиво раціоналізувати події оточуючого середовища та ментально реагувати на складнощі, які виникають у професійній діяльності. Тому здебільшого фахівці в галузі хірургії належать до раціонального типу особистості (І. Майєрс-Бріґс) [216]. Раціональний тип особи надає перевагу плануванню своєї діяльності, уміє швидко приймати рішення, максимально чітко формувати поточні й майбутні завдання. Це пов'язано з тим, що хірургія як напрям медичної практики вимагає від суб'єкта діяльності бути емоційно-стабільним та рішучим у прийнятті рішень, керуватися здоровим глуздом й не мати права на помилку під впливом емоцій, що може негативно вплинути на стан здоров'я пацієнта та психофізіологічний стан самого хірурга. Про ментальний тип особистості, який за своєю сутністю близький до раціонального, говорить й тілесно-орієнтований психотерапевт Л. Марчер [179]. Науковець стверджує, що представники ментального типу творчі особистості та чутливі люди.

Серед науковців панує думка щодо існування механізму «інтелектуального додання» стресу, що за визначенням А. Лібіної є психологічною компетентністю особистості у вирішенні стресогенних ситуацій з метою досягнення нею суб'єктивно важливої мети [89]. Інтелектуальне додання близьке за змістом механізму психологічного захисту – раціоналізації, але воно на відміну від останньої не пов'язане з невірною аргументацією та спотворенням інформації. Можливо лікарі-хірурги теж

використовують цей механізм, але, на жаль, ще не розроблено валідну методику визначення притаманності особистості механізму інтелектуального додання стресу. На нашу думку, вплив вищезазначених механізмів психологічного захисту на копінг-стратегію прийняття відповідальності аж ніяк не свідчить про емоційне виснаження їхньої особистості.

Копінг-стратегія вживання психоактивних речовин, що виявляється на психофізіологічному рівні, визначається механізмами психологічного захисту регресії та заперечення. Регресія є проявом дитячої моделі поведінки з метою зняття тривоги. Для цього механізму захисту характерним є прояв нестриманості у висловлюваннях, поведінці. Під дією регресії лікарям-хірургам властиво поводити себе експресивно, провокуюче, іноді егоїстично, ризикувати, що, наприклад виявляється в тому, що вони займаються екстремальними видами спорту або зловживають швидкою їздою на автомобілі (про що свідчать результати нашого анкетування). На нашу думку, за рахунок експресивних манер поведінки особистість задовольняє потребу у розвантаженні психічного стану. Питання лише в тому, чи не зміщуються границі дозволеної поведінки зі сфери приватного життя лікаря-хірурга до професійної. Якщо заняття екстремальними видами спорту стосується дозвілля лікаря та заміщує викид адреналіну, заблокованого під час хірургічних операцій, то така регресія до дитячого стану «хочу» є контрольованою та, навпаки, сприяє його гарній саморегуляції.

У дорослому віці ніхто не може заборонити людині вживати психоактивні речовини, тобто тут вияв регресії є задоволенням дитячої потреби «хочу», яка можливо в дитинстві була заблокована. На нашу думку, в умовах стресу під впливом регресії та заперечення експресивне використання психоактивних речовин заміщує конструктивне розв'язання проблем шляхом психічного відсторонення від емоційного навантаження з метою збереження гомеостазу організму. Заперечення є типовим механізмом захисту власного «Я» тими особами, які зловживають алкоголем, стосовно



визначення їх особистості як алкоголіка. На нашу думку, ознаки емоційного виснаження лікарів-хірургів можуть серед іншого виявлятися і в тому, що вживання психоактивних речовин обумовлене вищезгаданими механізмами психологічного захисту.

Коли існує тісний взаємозв'язок між механізмами захисту та копінгамі та має місце неузгодженість завдань та загальної мети розв'язання проблем в умовах стресогенних ситуацій, то актуалізується дезадаптивна копінг-поведінка. З метою захисту організму особи від психотравмуючих обставин стресогенної ситуації відбувається її розв'язання тут і зараз, без урахування майбутньої перспективи. Інструментальна спрямованість захисту особистості передбачає її егоцентричну спрямованість на власне психічне благополуччя (за Р. Лазарусом), тоді як додання – це соціально адаптивні дії особи, орієнтовані на розв'язання актуальних завдань [83]. Функціонально долаюча поведінка спрямована на відновлення гармонійних стосунків особистості з її соціальним оточенням. Відповідно, до теоретичних положень, наведених вище, ми стверджуємо, що лікарі-хірурги постійно перебувають в ореолі стресогенності професійної діяльності, що спонукає їх до підтримки гармонійного психічного стану та дружніх взаємин з колегами, пацієнтами та референтним оточенням.

Для інтернів хірургічного відділення копінг-стратегія дистанціювання обумовлена впливом механізмів психологічного захисту, таких як проєкції та регресія (табл. 2.6).

Ця стратегія спрямована на мисленнєве відсторонення від умов стресогенної ситуації з метою збереження емоційної рівноваги, а механізм витіснення – на блокування усвідомлення особистістю негативних умов/наслідків стресогенної ситуації.

Таблиця 2.6

**Механізми психологічного захисту як чинники копінг-стратегій  
інтернів хірургічного відділення**

<b>Залежна змінна: копінг-стратегії.</b>	<b>Незалежна змінна: механізми психологічного захисту ( коефіцієнти регресії (<math>\beta</math>)).</b>	<b>Показники регресійних рівнянь.</b>
Копінг-стратегія дистанціювання.	Механізм проєкції ( $\beta=0,206$ ).	R <sup>2</sup> =22,5%; F=2,29, p $\leq$ 0,05
	Механізм регресії ( $\beta=0,249$ ).	
Копінг-стратегія позитивної переоцінки	Механізм компенсації ( $\beta=0,201$ ).	R <sup>2</sup> =18,6%; F=2,56, p $\leq$ 0,05
	Механізм реактивного утворення ( $\beta=0,278$ ).	

Цей механізм є базисом для формування більш складних психологічних захистів, тому, шляхом відсторонення тривожних відчуттів інтернам властиво проєктувати власні відчуття на інших, приписувати власні думки іншим, поведінково та емоційно дистанціюватися від стресогенних ситуацій професійної діяльності. Отже, ці захисні механізми не виконують позитивної функції конструктивної адаптації особистості до стресогенної ситуації, а по суті призводять до викривленого сприйняття дійсності, блокують її усвідомлення, і таким чином психологічно відсторонюють інтернів від продуктивного розв'язання проблемної ситуації. Тут також можуть виявлятися ознаки емоційного виснаження особистості інтернів-хірургів.

Оскільки інтерни не володіють повноваженнями у вирішенні стресогенних ситуацій, вони шляхом механізму проєкції приписують власну віру (а молодим притаманна віра) в розв'язання медичних проблем своїм більш кваліфікованим колегам.

Копінг-стратегія позитивної переоцінки обумовлена компенсацією й реактивним утворенням. Припускаємо, що молодим спеціалістам властиво компенсувати відсутність власного досвіду в розв'язанні фахових питань і долати стресу за рахунок власних оптимістичних прогностичних уявлень себе, як непоганих, хороших, а, можливо, й найкращих хірургів. Інтерни шляхом механізму компенсації й реактивного утворення (перетворення негативних почуттів, думок у позитивні) проєктують віру в те, що вони зараз можуть бути вправними хірургами, а може десь і колись у майбутньому саме від них залежить розвиток й інноваційні відкриття хірургічної практики. Саме такими механізмами пояснюється вплив психологічних захистів на позитивну переоцінку стресогенної ситуації – копінг-стратегії, яка згідно наших результатів, на жаль, не має позитивної динаміки свого розвитку. Але такий спад динаміки використання цього копінгу на рівні тенденцій (на рівні значущості  $p \leq 0,05$ ) може свідчити також про її нестійкість та недостатню сформованість в інтернів. Ми вважаємо, що ця копінг-стратегія є доволі ресурсною для особистості інтерна. Незважаючи на неоднозначне трактування змісту цього копінгу авторами методики COPE Ч. Карвером, М. Шейером і Ж. Вентраубом, які називають його ще копінгом особистісного розвитку, а також, не зважаючи на наші власні інтерпретації вияву цього копінгу саме в лікарів-хірургів, коли йдеться про ті стресогенні лікарські ситуації, коли нічого ні для пацієнта, ні для хірурга вже не можна перевизначити (тобто коли йдеться про летальні випадки в хірургічній практиці), все ж опанування інтернами техніками поступового перетворення негативних думок у раціональні, наповнені пошуком смислів життя може набути позитивних функцій їх адаптації. Тут йдеться про реактивне утворення не як механізм психологічного захисту, що витісняє негативні думки в підсвідомість, а як про стратегію (техніку) опанування стресу. Вважаємо, що копінг-стратегія особистісного розвитку, яка спрямована на позитивне перевизначення не ситуації, а її смислів, усвідомлення власних

можливостей у боротьбі за людське життя та встановлення символічних границь власної етичної відповідальності, є ресурсною для інтернів-хірургів.

Спільним механізмом психологічного захисту для лікарів і інтернів хірургічного відділення є регресія, але вона впливає на їх різні копінг-стратегії: у перших на «копінг-стратегію вживання психоактивних речовин», що виявляється на психофізіологічному рівні», а у других – на «дистанціювання». Цілком ймовірно, що для лікарів-хірургів копінг-стратегія, що виявляється на психофізіологічному рівні – це є задоволення заблокованих у процесі їх професійної діяльності потреб особистості, що виражають довільність і безпосередність поведінки, безпосередність, як у дитинстві, бажань, на протигагу зовсім недитячим вимогам професійних ситуацій, коли хірурги діють виключно як «потрібно» та як «треба». А для інтернів стратегія дистанціювання вказує на низький рівень їхньої суб'єктивної значущості у розв'язанні професійних питань й перекладання відповідальності за їх розв'язання на старших колег, які психологічно виконують роль «батька». У будь-якому разі регресія – це перехід особистості у своїй поведінці на більш ранні етапи її онтогенетичного розвитку, вияв дитячих форм поведінки. Отже, професійний досвід не завжди є запорукою особистісної зрілості фахівців, що підтверджується впливом регресії на долаючу поведінку лікарів-хірургів.

Таким чином, використання особистістю лікаря-хірурга, як досвідченого так і інтернами, психологічних захистів здебільшого характерне для неконструктивних для їх діяльності копінг-стратегій, які свідчать на користь пасивного пристосування до ситуації, – копінг-стратегія вживання психоактивних речовин, що виявляється на психофізіологічному рівні і дистанціювання. Лише для лікарів-хірургів провідна конструктивна стратегія прийняття відповідальності пов'язана з механізмами психологічного захисту: раціоналізація як протилежність емоційності та заміщення як протилежність цілеспрямованого реагування на особливості стресогенних ситуацій (коли

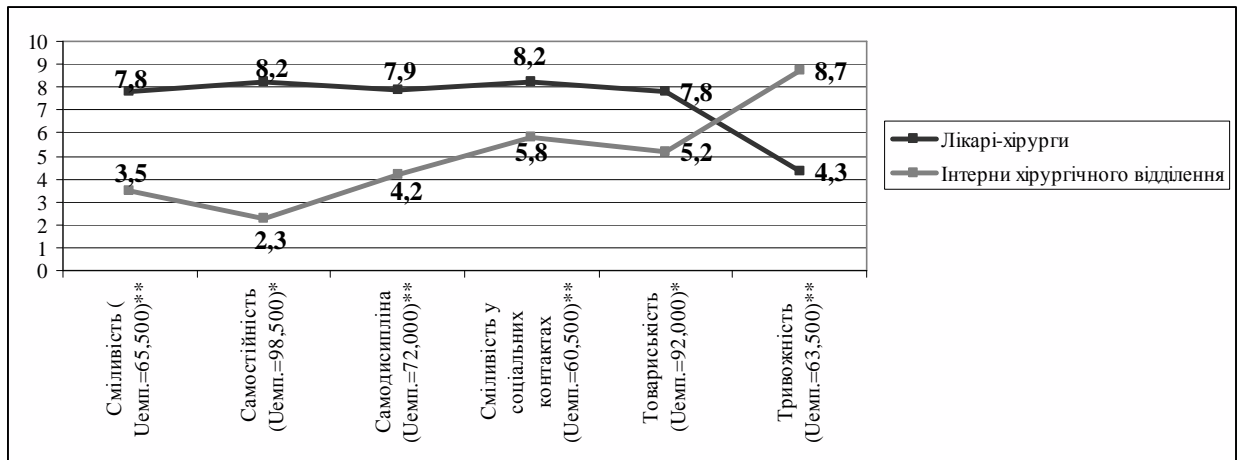
хірург не сприймає ситуацію, тоді верх бере відповідальність) допомагають хірургам на неусвідомлюваному рівні справлятися з напруженими ситуаціями у професійній діяльності.

Отже, механізми психологічного захисту виконують як позитивні, так і негативні функції в регуляції долаючої поведінки хірургів. Так, психологічні захисти, раціоналізація та заміщення, сприяють формуванню копінг-стратегії прийняття відповідальності, і таким чином адаптують хірурга до ситуації стресу. Натомість, регресія і заперечення є чинниками копінг-стратегії вживання психоактивних речовин, яка забезпечує на фізіологічному рівні тимчасове зняття стресу, є підґрунтям викривленого сприйняття ситуації, і по суті негативно впливає на самоактуалізацію та розкриття особистісного потенціалу лікаря-хірурга. Аналогічно до групи лікарів-хірургів механізми психологічного захисту інтернів виконують позитивну та негативну функцію в процесі долаття стресу. Проекція та регресія обумовлюють формування копінг-стратегії дистанціювання, що призводить до викривленого сприйняття дійсності інтернів, але позитивне перевизначення може сприяти продуктивному долаттю стресу як чинник їх особистісного розвитку та зростання.

#### **2.4. Риси особистості хірургів із різним рівнем особистісної та професійної зрілості: порівняльний аналіз**

З метою всебічного вивчення особистісних властивостей лікарів-хірургів та інтернів-хірургів нами було використано 16-PF опитувальник Р. Кеттела (форма А), який визначає особливості характеру, схильності та інтереси особистості. Застосовуючи критерій Манна-Уїтні, ми визначити статистично-значущі відмінності властивостей особистості між групами хірургів, які за нашим попереднім припущенням внаслідок своїх вікових і

професійних характеристик мають вирізнятися особистісними властивостями, тобто між лікарями та інтернами (рис.2.1).



Умовні позначення:\*\* на рівні значущості  $p \leq 0,01$ . \*на рівні значущості  $p \leq 0,05$ ;

**Рис. 2.1. Порівняльний профіль рис особистості лікарів-хірургів та інтернів хірургічного відділення згідно Р. Кеттела (I діагностичний зріз)**

У лікарів-хірургів показники фактори сміливості, самостійності, самодисципліни, сміливості в соціальних контактах та товариськості значно перевищують аналогічні показники інтернів хірургічного відділення. Лише вияв тривожності переважає в інтернів.

Згідно інтерпретаційних градацій показників опитувальника Р. Кеттела, показник сміливості у лікарів-хірургів є високим значенням фактору, згідно якого вони характеризуються активністю, емоційністю, схильністю до ризиків та імпульсивністю; показник же інтернів хірургічного відділення є середнім значенням фактору та відповідно до якого вони характеризуються сором'язливістю, стриманістю у висловлюваннях та діях, невпевненістю у власних можливостях, роздратованістю та суворістю у дотриманні правил.

Показник самостійності у лікарів-хірургів відноситься до високого фактору, що свідчить про їхню особистісну незалежність від оточуючих, самостійне прийняття термінових рішень, винахідливість та відсутність потреби в емоційній підтримці оточення. Низький показник даного фактору в інтернів хірургічного відділення, навпаки, характеризує потребу молодих

людей у підтримці зі сторони референтної групи або найближчого соціального оточення, прийнятті рішень у колі однодумців та орієнтацію молодих людей на соціальне схвалення їх думок і дій, вони приймають рішення поступово, з певною послідовністю дій. Отже, риса особистості інтернів – самостійність, розкриває значення використання інтернами копінгів пошуку соціальної та емоційної підтримки.

Поряд з низькими показниками сміливості та самостійності інтерни хірургічного відділення виявляють високий рівень мрійливості. Даний фактор свідчить про ідеалістичність думок та дій особистості, її високий творчий та професійний потенціал, зацікавленість новітніми ідеями та винаходами. Лікарі-хірурги виявляють середній рівень мрійливості, що свідчить про практичність їх особистості, прозаїчність, уважність до дрібниць та відсутність наполегливих прагнень.

Такі показники сміливості, самостійності та мрійливості звісно обумовлені особливостями особистісного розвитку досліджуваних, а також професійною субординацією в медичних установах. Ми припускаємо, що інтернам хірургічного відділення властиво відчувати дисонанс між професійними обов'язками, які адміністративно встановлені з одного боку, та професійними можливостями й прагненнями з іншого. Цей дисонанс може вплинути на розвиток внутрішньо-особистісного конфлікту в молодих людей: психічна енергія, яка активізується під впливом їхніх емоційних імпульсів й ментальних прагнень та не може бути вивільнена з професійної діяльності в межах адміністративних правил, негативно впливає на самопочуття особистості та її самооцінку.

Тривожність лікарів-хірургів відзначається середнім рівнем показника у цій групі досліджуваних (4,5) та відповідає критерію здорової особистості, що характеризується упевненістю людини у своїх діях, енергійністю, безтурботністю та відсутністю занепокоєння з приводу осуду оточуючих; інтернам хірургічного відділення властиве високе значення цього фактору, що

свідчить про їх невпевненість, чутливість до висловлювань оточуючих, почуття провини та вразливість. Аргументом правильності наших припущень щодо високої вразливості може слугувати невисокий рівень емоційної стійкості у інтернів хірургічного відділення, що вказує на їх тривожність, емоційну нестабільність та властивість особистості засмучуватися з будь-яких причин. Тобто, пригнічення емоційних та ментальних прагнень інтернів впливає на загальний емоційний стан інтерна.

Слід враховувати, що не кожен студент-медик і навіть інтерн хірургічного відділення врешті-решт стає професіоналом, хорошим або ж навіть видатним лікарем-хірургом. Це пов'язано не лише зі здібностями та професійними можливостями, а й з низкою особистісних властивостей хірургів, зокрема емоційною стійкістю особистості. Уміння погоджувати власні бажання, прагнення, емоції з професійними обов'язками, самодисципліна та готовність до щоденного навчання є запорукою успішного особистісного та професійного зростання лікаря-хірурга.

Праця лікарів-хірургів пов'язана з формуванням прогностичних уявлень, припущень щодо можливих ускладнень захворювання та формування мисленнєвих стратегій додання негативних наслідків хірургічних втручань. Тому тривожність є важливою особистісною властивістю, оскільки підвищує рівень відповідальності хірургів (О. Рибіна) [139]. Помірне відчуття тривоги дозволяє лікареві відчувати небезпеку здоров'ю пацієнта, виникнення ускладнень та миттєво реагувати на фізіологічні зміни у стані пацієнта та вчасно надавати допомогу. Таке ставлення хірурга до особистості пацієнта, його підтримка та спільна лікаря з хворим боротьба з емоційною напругою сприймається хворим як розуміння його стану, що сприяє встановленню довірливих стосунків у діаді «лікар-пацієнт».

Проте, коли відчуття тривожності виходить за межі конструктивності й набуває форм страху та паніки, ця властивість особистості деструктивно



впливає на виконання професійних обов'язків лікаря-хірурга, дезорганізує його діяльність та паралізує продуктивність психічних процесів спеціаліста. Інтенсивність тривожності заважає адекватно оцінювати умови стресогенної ситуації, визначати стратегії її додання, продуктивно взаємодіяти з колегами в напрямку розв'язання хірургічних завдань.

Висока тривожність інтернів-хірургів негативно впливає на психофізіологічний стан їх організму. Порушення сну, розлади харчування (недоїдання/переїдання), підвищене серцебиття та тиск, висока ймовірність виникнення гіпертонічної кризи, підвищення рівня цукру в крові та іншим є симптомами розвитку психосоматичних захворювань у лікарів.

Фактор самодисципліна має високий показник у лікарів-хірургів. Він характеризується лідерством, контролем власних емоцій та поведінки особистості, а також здатністю підпорядковувати собі соціальне оточення. Інтерни хірургічного відділення мають середнє значення цього фактору, що відображає їх неуважність, відсутність делікатності в спілкуванні та конфліктність у взаємодії, в якій встановлено певні правила.

Аналізуючи отримані результати виявлених факторів у групах досліджуваних згідно опитувальника Р. Кеттела, цілком ймовірно припустити, що інтернам хірургічного відділення властивий Его-стан дитини, яка бунтує (згідно теорії транзактного аналізу Е. Берна) [19]. Зазначений Его-стан характеризується протестною поведінкою щодо встановлених норм та правил, тобто інтерни підсвідомого готові порушувати писані й неписані правила, що існують в українській медичній практиці. А лікарям-хірургам притаманна роль «батька, який контролює». Це припущення підтверджується нашим попереднім аналізом ролі механізмів психологічних захистів, серед яких значну частину займають ті, що свідчать про заблоковані дитячі потреби.

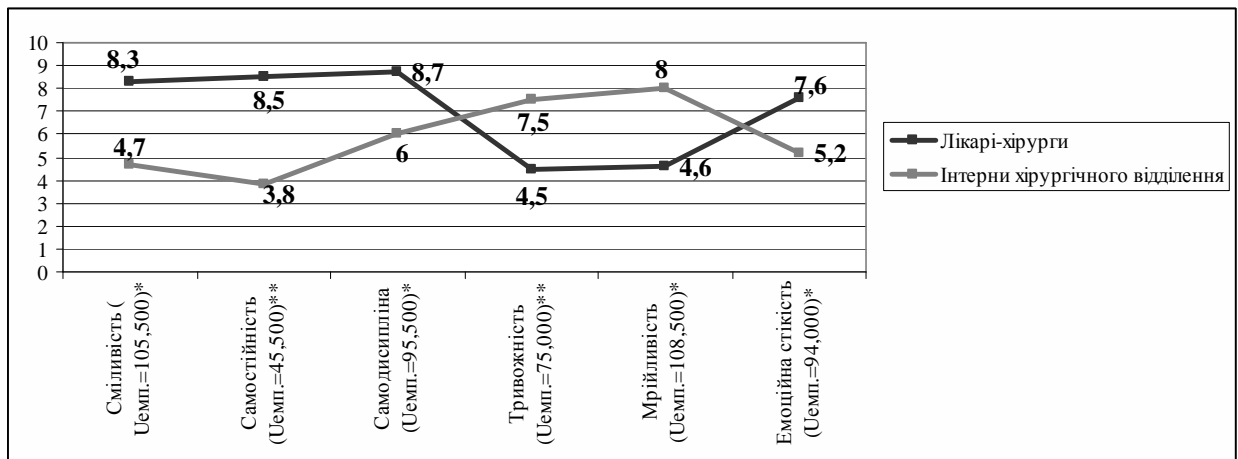
Більшість вітчизняних науковців наголошують на важливості комунікативної компетентності у діяльності лікарів (І. Рогач, Л. Качала,

Р. Погоріляк, С. Соловьева, О. Рибіна) [139]. Проте у нашому дослідженні комунікативна компетентність не стала емпірично визначеною й ми припускаємо, що це обумовлено менталітетом соціальної групи, яка нами досліджується. Можливо, саме для лікарів-хірургів, на відміну від володіння ними хірургічними практичними навичками, цінність комунікативності не є суб'єктивно значущою. Однак комунікативна компетентність хірургів сприяє порозумінню між колегами та пацієнтами, встановленню довіри між лікарем і пацієнтом та ефективності виконання професійних завдань.

Вказуючи на комунікативну компетентність як важливу особистісну властивість лікаря, ми маємо на увазі не лише вербальне спілкування. Поняття комунікативної компетентності передбачає важливість невербальної комунікації: володіння емоціями під час спілкування з колегами та пацієнтами, прояв невербальних знаків розуміння співрозмовника (кивок голови, що узгоджує дії учасників взаємодії), коректність перенесення негативних почуттів, які можуть бути обумовлені суб'єктивно неприємними особливостями пацієнта (прояв комунікативної толерантності) та розуміння хворого й відповідне реагування на його поведінку.

Окрім володіння певними комунікативними навичками лікар-хірург у процесі взаємодії повинен спиратися також на морально-етичні принципи професійної діяльності, основи яких вперше заклав Гіппократ. Усвідомлення цих принципів впливає на формування комунікативної компетентності лікаря. Отже, в комунікативній сфері лікаря-хірурга характеризують такі риси як сміливість у соціальних контактах і товариськість.

Поряд з цими відмінними особистісними властивостями хірургів та інтернів існують й спільні, а саме: за низькими показниками – підозрілість, сприйнятливність до нового, безпечність, емоційна чутливість; за середніми – домінантність, дипломатичність, моральна нормативність, напруженість (рис. 2.2); за високими – інтелектуальність.



Умовні позначення:\*\*на рівні значущості  $p \leq 0,01$ .\*на рівні значущості  $p \leq 0,05$ ;

**Рис. 2.2. Порівняльний профіль рис особистості лікарів-хірургів та інтернів хірургічного відділення згідно Р. Кеттела (II діагностичний зріз)**

У інтернів протягом року такі риси особистості, як сміливість, самостійність, самодисципліна – зросли; тривожність – зменшилась; а сміливість у соціальних контактах та товариськість – не лише зросли, а й зрівнялись з показниками лікарів. Таким чином, саме ті властивості особистості, які ми попередньо визначили важливими для професійної діяльності лікарів-хірургів, і, одночасно, важливими в долатті стресу в цій діяльності, зросли в інтернів хірургічного відділення. Поряд із цим залишаються відмінності, які вказують на недостатню особистісну зрілість інтернів в опануванні ними стресу (рис. 2.2). Сміливість, самодисципліна, самостійність, емоційна стійкість менш виражені в інтернів, ніж у лікарів, а тривожність – вища.

Отже, під впливом діяльності в інтернів формуються риси особистості, які є ресурсами формування в них копінгів активного долаття стресу, а не пасивного пристосування до напружених ситуацій. Інтерни виявляють ініціативу у встановленні соціальних контактів та обговоренні професійних питань, а також самовиховуються, на що вказує позитивна динаміка розвитку особистісних властивостей, пов'язаних із виявом їх самості. Однак, висока мрійливість і тривожність, недостатньо висока емоційна стійкість очевидно

не сприяють формуванню успішних для їх діяльності копінг-стратегій і потребують корекції..

Мрія виникає тоді, коли людина не може протягом певного часу перейти безпосередньо до дій, спрямованих на задоволення її прагнень, потреб, інтересів. Припускаємо, що мрійливість інтернів свідчить про те, що вони офіційно мають статус учня й не мають самостійних повноважень у здійсненні хірургічної діяльності. Тому за допомогою мрії хірурги-інтерни випереджають реальний хід подій та уявляють здійснення того, чого вони прагнуть. Крім того, мрійливість притаманна юнацькому віку, а також молодим людям, тому природно, що інтерни вирізняються рівнем розвитку цієї риси особистості від більш зрілих лікарів. Мрія відіграє важливе значення у життєдіяльності людини, особливо у професійній творчості, де мрійливість виконує спонукальну функцію. Саме мрійливість разом із фантазуванням може виконувати функції адаптації до важких і стресогенних ситуацій [130].

До вже наявних особистісних ресурсів формування успішних копінг-стратегій обох груп респондентів, як лікарів, так і інтернів, необхідно віднести їх високу інтелектуальність, а несприятливість до нового, як ту рису особистості, яка заважає хірургам бути гнучкими та креативними у власному розвитку та активно долати стресогенні ситуації. Сприятливість до нового є ознакою креативності, яка за своїми функціями та психологічними механізмами зазвичай протилежна інтелекту [156]. Для осіб із високим інтелектом притаманна жорстка послідовність мислення, логіка, чітка визначеність думок, а для креативності – дивергентність мислення, толерантність до невизначеності, часом – порушення встановлених правил і стереотипів. Хірургам важко поєднувати у своїй діяльності дотримання протоколів, офіційної регламентації хірургічної діяльності, високу професійну обізнаність, які є для них надзвичайно важливими, з експериментуванням, ризиком, з тими рисами поведінки, які притаманні

креативним особам. Однак, таке поєднання властивостей можливе, ймовірноше за все, на рівні розвитку особистості лікаря, який визначається як супер-професіоналізм і який характеризується набуттям індивідуального, суб'єктивно унікального стилю діяльності, поєданого з визнанням професіоналізму лікаря серед колег та пацієнтів [ 151].

Емоційна стійкість лікарів-хірургів означає збереження ними контролю над власними емоційними реакціями, відсутність в їх поведінці імпульсивності та надмірної емоційної експресивності. Ця властивість допомагає лікареві уникати конфліктних взаємин з колегами та пацієнтами та зберігати власне здоров'я, оскільки бурхливі емоційні реакції зазвичай лякають й насторожують людей, а тим більше хворих, заважають встановленню довіри з ними та згубно впливають на стан самого хірурга: організм самого хірурга астенизується і втомлюється.

Отже, паралельно зі змінами копінг-стратегій респондентів, які ми фіксували на двох етапах дослідження, змінюються й їх особистісні властивості. Як ми й очікували, в лікарів-хірургів провідними рисами особистості є ті, які пов'язані з їх емоційною стабільністю та самоконтролем. Саме самостійність, сміливість, самодисципліна, емоційна стійкість зростають в обох групах респондентів. Комунікативна компетентність не була статистично визначена у групах респондентів, проте ми вважаємо, що певна комунікативність, вияв товарищкості, гнучкості у взаємодії є важливими у діяльності хірургів, оскільки без них сміливість у соціальних контактах може перетворитися в прямолінійність і цинізм у спілкуванні з пацієнтами. Товарищкість (приятельство) також сприяють ефективній взаємодії між самими лікарями, обміну професійно важливими думками та інформацією, що становить соціально-психологічний ресурс долання стресу. Отже, деякі з комунікативних рис особистості важливі для лікаря-хірурга і не займають підпорядковану роль у структурі його особистості, як ми попередньо гадали. Щодо інтелектуальної свободи особистості хірурга, то,

безумовно, високому рівню інтелектуальності хірургів та інтернів не вистачає відкритості в сприйнятті нового.

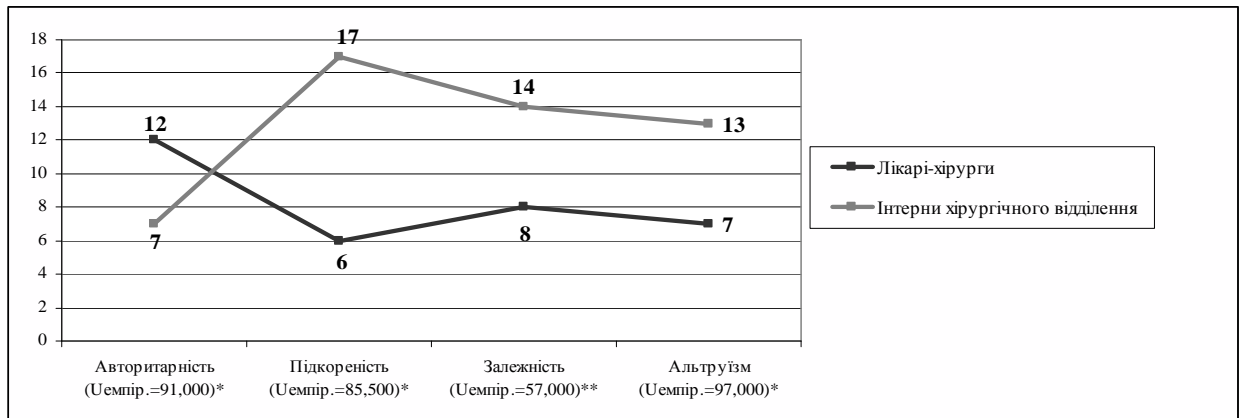
Таким чином, відносно різні особистісні властивості характеризують лікарів-хірургів та інтернів хірургічного відділення. Так, сміливість, самостійність, дипломатичність, інтелектуальність, емоційна стійкість притаманна лікарям, а емоційна чутливість і тривожність, чутливість до нового, товарицькість, безпечність, самодисципліна – інтернам. Поряд із цим і різні копінг-стратегії використовуються лікарями та інтернами. Лікарі в стресогенних ситуаціях здебільшого спираються на самоконтроль, прийняття відповідальності, активний копінг та використання психоактивних речовин, а інтерни – на копінги уникнення, фокусування на емоціях, самообмеження, використання емоційно-соціальної підтримки.

## **2.5. Особливості міжособових взаємин хірургів із різним рівнем особистісної та професійної зрілості**

Згідно результатів емпіричного дослідження за методикою діагностики міжособових стосунків Т. Лірі лікарі-хірурги демонструють вищий рівень авторитарності, ніж інтерни хірургічного відділення та загалом статистично високий рівень цієї якості, що характеризує їх, з одного боку, як енергійних, з лідерськими якостями особистостей, а з іншого, як деспотичних, з авторитарними нахилами, залежно від ситуацій і внутрішньогрупової взаємодії, учасниками якої вони є.

Ми вважаємо, що авторитарний тип взаємодії серед лікарів-хірургів обумовлений упевненістю фахівців у власній компетентності та здібностях. У інтернів хірургічного відділення зафіксовано невисокий вияв авторитарності, що на нашу думку, обумовлено їх психологічною та юридичною неспроможністю ставати всупереч настановам старших колег, а також їхньою невпевненістю, тривожністю, мрійливістю. Проте, ми вважаємо, що середній

показник авторитарності серед інтернів хірургічного відділення не є показовим, оскільки сама медико–професійна система вимагає від молодих людей поводити себе певним чином. Ми не маємо права констатувати, що інтернам властиво не демонструвати авторитарність у інших соціальних групах, порівняно з професійною.



Умовні позначення:\*\* на рівні значущості  $p \leq 0,01$ ; \*на рівні значущості  $p \leq 0,05$ .

### Рис.2.3. Порівняльний профіль характеристик міжособових стосунків лікарів-хірургів та інтернів хірургічного відділення

Авторитарний тип взаємин свідчить про диктаторську, домінуючу, лідерську позицію особистості в спілкуванні; для неї характерними є впевненість, ініціативність, активність, енергійність, незалежність, самозакоханість та орієнтованість на себе. Респонденти з авторитарним типом взаємин можуть бути досить жорсткими й різкими у висловлюваннях, вони не схильні поступатися іншим, прагнуть домінувати, сподіваються на досягнення успіху.

Підкореність у взаєминах має високий показник у інтернів хірургічного відділення, що характеризується поступливістю у взаємодії з іншими, емоційною стриманістю у висловлюваннях та поведінці, а також слухняним та відповідальним виконанням своїх обов'язків; серед лікарів-хірургів показник підкореності може свідчити про те, що досвідчені хірурги

також мусять прислуховуватися до керівництва та належно виконувати їх доручення.

Особистість з покірним типом міжособових взаємин є пасивною, поступливою, конформною, вона намагається знайти собі психологічно сильнішого товариша. Такі особи, як правило, мотивовані на невдачу, відповідно їм притаманна тривожність, що проявляється в уникненні виконання відповідальних завдань у хірургічній діяльності. За необхідності виконання важливих завдань, які суб'єктивно можуть сприйматися як надважливі, особистість такого типу взаємин може впадати в панічний стан. Разом із цим надмірна тривожність та невпевненість людини може вдало поєднуватися з відповідальним ставленням до роботи.

Близьким до підкорюваного є залежний тип міжособових взаємин. Характерними рисами для осіб з цим типом взаємин є невпевненість, нав'язливі страхи, високий рівень тривожності, вмотивованість на уникнення гіпотетичної невдачі. На нашу думку, в структурі особистості залежність поєднується зі схильністю людини до пасивності й підкорення іншим, а невпевненість – до намагання створення дружніх стосунків з усіма поспіль, не перебираючи, хто є другом, а хто – ні, та отримання соціального схвалення. Постійна невпевненість людини в собі, тривожність та намагання завжди бути хорошим для інших, в окремих випадках, може провокувати агресивне та вороже ставлення до оточуючих, що проявляється у звинуваченні інших у всіх своїх бідах.

Отже, особа, яка демонструє залежний тип взаємин, орієнтована на встановлення доброзичливих стосунків, вияв люб'язності, покірності, схильність допомагати іншим та співпрацювати з ними. Головним для такої людини є знаходження компромісів та схильність поступатися власним потребам для задоволення потреб інших.

Інтерни хірургічного відділення проявляють залежний тип відносин, який характеризується конформністю, очікуванням допомоги або поради від



оточуючих та схильністю захоплюватися висловлюваннями, поведінкою або успіхом інших; лікарі-хірурги ж мають низький рівень прояву залежності. На нашу думку, отриманий результат обумовлений власне як системою навчання в інтернатурі, так і особистісною зрілістю інтернів, досягнення якої ніяк не сприяє така система. Хірургічна діяльність передбачає надзвичайно високий рівень відповідальності за чуже життя як безумовну цінність людського існування та професіоналізму особистості. Проходження інтернатури вимагає від молодих людей дотримання правил і норм медичної етики та нормативно-правової відповідальності.

У свою чергу, за інтернів-хірургів несуть відповідальність досвідчені наставники (ординатори), без дозволу і схвалення яких, молоді люди не мають права самостійно виконувати оперативні втручання. Тому високі рівні показників підкореності та залежності у інтернів хірургічного відділення спричинений умовами навчання в інтернатурі. Проте ми припускаємо, що це є одним з проявів початку формування професійної деформації у інтернів хірургічного відділення, який можна найменувати як її діяльнісний фактор, оскільки він пов'язаний з бюрократизмом професійної діяльності, психічними та професійними навантаженнями, нестабільним графіком роботи та необхідністю хірурга комунікувати з різними людьми незалежно від особистісної симпатії/антипатії до них. Серед інших існує ще й особистісний фактор деформацій, що характеризується відмінностями між очікуваннями лікарів та реальними умовами здійснення професійної діяльності, різницею між рівнем домагань молодих людей, мотивацією, зацікавленістю та можливостями їх самореалізації в професійній діяльності. Крім того, на умови діяльності накладається фактор недостатньої за віком особистісної зрілості інтернів, що в сукупності, на наш погляд, й формує залежний тип побудови міжособових стосунків інтернів, зафіксований нами в дослідженні.

Альтруїзм у взаєминах має високий показник у інтернів хірургічного відділення, що свідчить про їх співчуття до оточуючих, гіпервідповідальність та нав'язливість у наданні власної допомоги; у лікарів-хірургів альтруїстичність має значно нижчий показник, що характеризується делікатністю, турботою, властивістю підбадьорювати оточуючих та виявом конструктивної відповідальності стосовно пацієнтів. Отриманий результат обумовлений адаптацією лікарів-хірургів до стресогенних та надзвичайно відповідальних умов їхньої праці. За рахунок досвіду хірургічної діяльності та розвитку в ній особистості фахівець поступово визначає для себе чіткі критерії власної компетентності та відповідальності, оскільки високий рівень альтруїзму надзвичайно виснажує людину. Для молодих людей прояв гіпервідповідальності свідчить про тривогу та невпевненість у власних діях, оскільки в них ще не сформовані власні внутрішні критерії спроможності діяти певним чином.

Зазначимо, що існують два основні підходи до розуміння «мотиваційної природи альтруїстичної поведінки» (А. Прохоров): особистісно-нормативний, що базується на моральних переконаннях особистості у тому, що люди потребують допомоги і підтримки; емоційний, який базується на переживанні емоцій на кшталт співпереживання, емпатія, співчуття [192]. Оскільки вся діяльність лікарів насамперед побудована на морально-етичних принципах, артикульованих ще Гіппократом, то розрізнити межу між тим, що альтруїзм просто необхідно виявляти лікарю, і реальним відчуттям ними емпатії та співпереживання досить важко. Однак, на нашу думку, лікарям-хірургам притаманний здебільшого «нормативний» альтруїзм, бо одночасно вправно здійснювати хірургічні маніпуляції та співпереживати стану та стражданням хворого досить важко навіть і для тих осіб, які відзначаються високим рівнем саморегуляції в емоційно-напружених ситуаціях. Саме тому лікарям-хірургам на відміну від інтернів і не притаманний високий рівень альтруїзму.

У контексті аналізу притаманності лікарям-хірургам альтруїзму як милосердя, заснованого на співчутті та емпатії, можливо все ж таки стверджувати, що їм притаманні деякі її різновиди (когнітивної, яка базується на інтелектуальних процесах порівняння та аналогії, та предикативної, що обумовлює прогностичні уявлення лікаря щодо виліковування пацієнтів), але аж ніяк не емоційної, оскільки емоційна ідентифікації хірурга з пацієнтом не буде продуктивною й заважатиме спеціалістові у належному виконанні його професійних обов'язків.

Альтруїстичне ставлення свідчить про милосердя, безкорисливість, схильність людини допомагати іншим, приносити в жертву власні інтереси, проявляти доброту та симпатію. Разом із цим, така особистість не вміє чинити супротив іншим, схильна бути покірною та поступатися всім та в усьому.

Феномен альтруїстичної поведінки людини вивчався в межах психоаналітичних досліджень (А. Фрейд, З. Фрейд, Е. Фром, К. Хорні), де він розуміється як компенсаторне явище, головною функцією якого є захист психіки індивіда та збереження ослабленого Его від невротичного суб'єкта [174; 178; 179]. Альтруїстична поведінка приховує витіснені егоїстичні потяги. А. Фрейд альтруїзмом вважала замасковані дії механізмів психологічного захисту: інстинктивні бажання, проекція бажань на іншого суб'єкта та можливість вивільнення агресивних імпульсів. Отже, альтруїзм забезпечує отримання суспільного прийняття особистості та є соціально бажаною поведінкою, яка спрямована на об'єднання людей, це один із механізмів опанування невротичною тривожністю, яка виникає в результаті віддаленості та розлучення людей один від одного. Тому альтруїзм інтернів можна розглядати як вияв їхнього дитячого егоїзму, оскільки вони чинять альтруїстичні вчинки з метою отримання визнання оточуючих, підвищення свого статусу серед колег, врешті-решт як відчуття гордості та власної гідності.

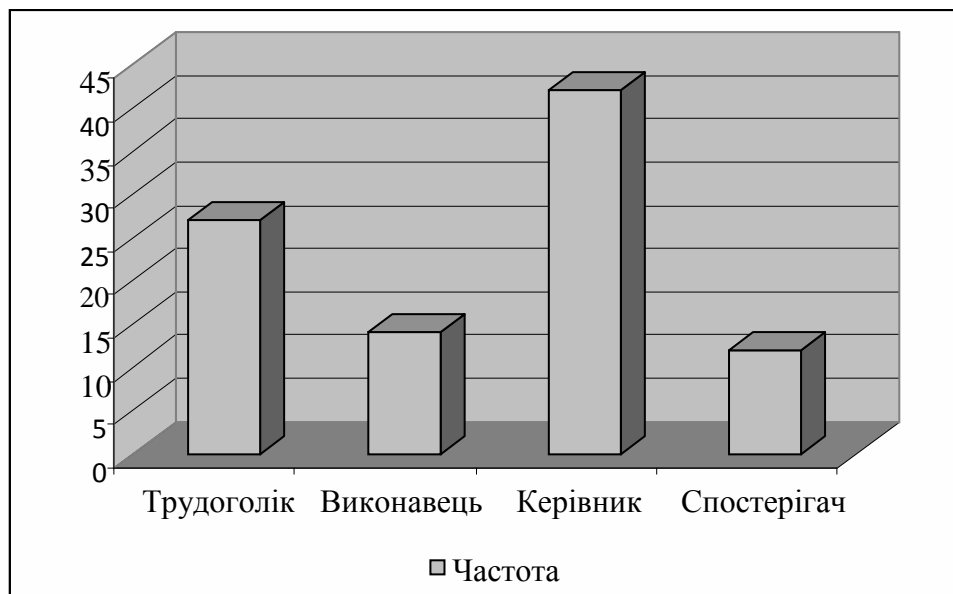
Отже у взаєминах для лікарів-хірургів характерний високий показник авторитарності, а для інтернів хірургічного відділення, навпаки, – низький рівень авторитарності одночасно з високими – підкореності, залежності, альтруїзму. Показники типів міжособових стосунків інтернів не суперечать один одному, а доповнюють. Крім того, ці цілком вірогідно, що на ґрунті саме цих інтерсуб'єктних характеристик особистості інтерна і виникає феномен авторитарності лікарів-хірургів. Згідно теорії авторитарної особистості (Т. Адорно) саме така людина в стосунках демонструє дисциплінованість і покірність тим особам, від яких вона залежить (керівникам, старшим колегам), і одночасно деспотизм, жорсткість, владу і власне авторитарність у ставленні до тих, які організаційно, матеріально, за статусом або психологічно від неї залежать [179]. Цілком ймовірно, що саме система інтернатури створює умови для такого типу стосунків: залежний тип відносин інтернів не сприяє формуванню професійно виважених і гуманних стосунків, а головне – відповідальних. Не навчившись поступово брати на себе відповідальність в інтернатурі, лікарі-хірурги, які щойно ними стали, зразу ж переходять переважно до командно-авторитарного стилю взаємодії в професійній діяльності. Крос-культурні дослідження типу взаємин та рис особистості хірургів на різних етапах їх професійного становлення мали б спростувати або підтвердити це припущення.

## **2.6. Життєві ролі хірургів із різним рівнем особистісної та професійної зрілості**

Нагадаємо, що з метою визначення рольових позицій у діяльності лікарів-хірургів та інтернів хірургічного відділення нами було обрано шкалу «Репертуар життєвих ролей особистості» П. Горностая [36]. Проте, слід зазначити, що з запропонованих автором дев'яти галузей життєдіяльності особистості (наприклад, друзі і неформальні групи або сфера інтимних

відносин) у контексті дослідження нашої тематики нас цікавить лише сфера професійної діяльності. Для визначення типових життєвих ролей у діяльності обох груп респондентів нами було обрано частотний аналіз даних, який характеризується підрахунком балів за кожною категорією змінних, яка досліджується (у нашому випадку, змінною є роль респондента).

Із запропонованих автором шкали тридцяти видів життєвих ролей ми обрали та висвітлили лише результати з високими частотними характеристиками. Так, для лікарів-хірургів характерними є такі життєві ролі: трудоголік, виконавець, керівник, спостерігач.

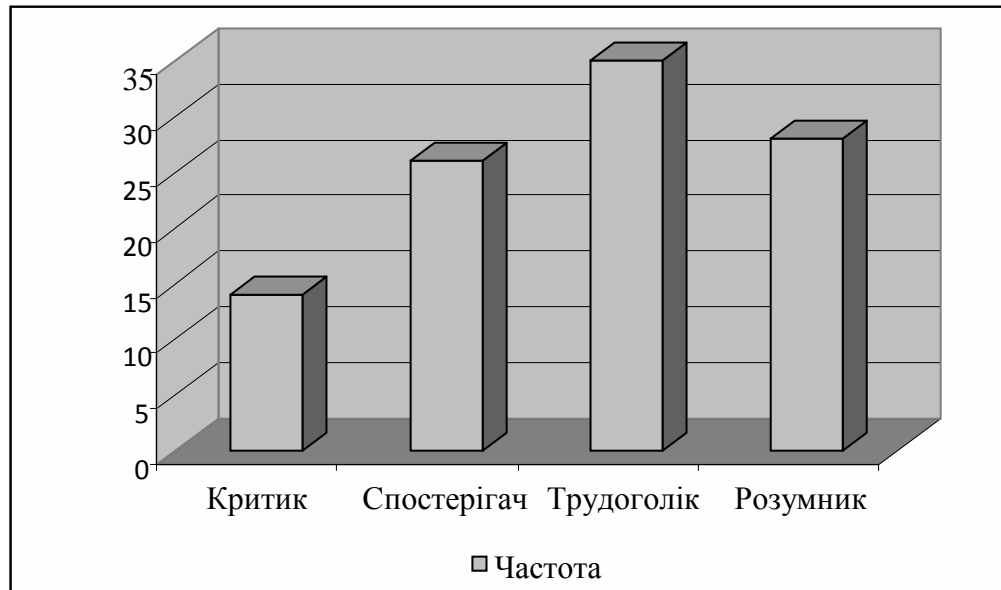


**Рис. 2.4. Репертуар життєвих ролей у професійній діяльності лікарів-хірургів**

З огляду на представлений частотний аналіз типових ролей можна зробити висновок, що лікарям-хірургам у їх діяльності властива переважно активна позиція. Отриманий результат слугує підтвердженням попередніх результатів дослідження їхніх рис особистості та особливостей побудови міжособових стосунків, які вказують на те, що фахівці демонструють лідерські якості та авторитарність.

Керівна (лідерська) роль лікарів-хірургів характеризується контролем та аналізом стресогенної ситуації, збереженням здорового глузду в умовах

складнощів, які виникають у діяльності медичного працівника, швидким продукуванням нових стратегій вирішення стресогенних ситуацій і разом з тим забезпечує передачу молодим колегам певних цінностей їх діяльності.



**Рис. 2.5. Репертуар життєвих ролей у професійній діяльності інтернів хірургічного відділення**

Інтернам хірургічного відділення властива здебільшого пасивна позиція в хірургічній діяльності з елементами вияву активності в процесі соціальної взаємодії та спілкування. Тобто інтерни виявляють свою позицію в хірургічній діяльності в мовленнєвій активності, однак, насправді мало впливають на прийняття рішень у реальних ситуаціях. Це обумовлено тим, що з огляду на частотний аналіз молоді люди «вдало» поєднують роль спостерігача з позицією трудоголіка та розумника.

Ми вважаємо, що роль спостерігача на етапі інтернатури для молодих людей є надзвичайно важливою, оскільки у цей період навчання відбувається імпринтинг (закарбування) навичок і знань старших колег. Роль розумника є демонстративною формою інтернів показати свої знання та уміння молодим та старшим колегам. Це період, коли для молодих людей надзвичайно важливо довести своїм наставникам власну спроможність та гідність займати місце хірурга у системі медичного обслуговування. Нагадаємо, що інтерни

виявляють механізм психологічного захисту – компенсацію, що дозволяє їм уявляти себе як хороших і успішних хірургів, тому роль розумника в процесі соціальної взаємодії може перебувати під впливом також цього механізму.

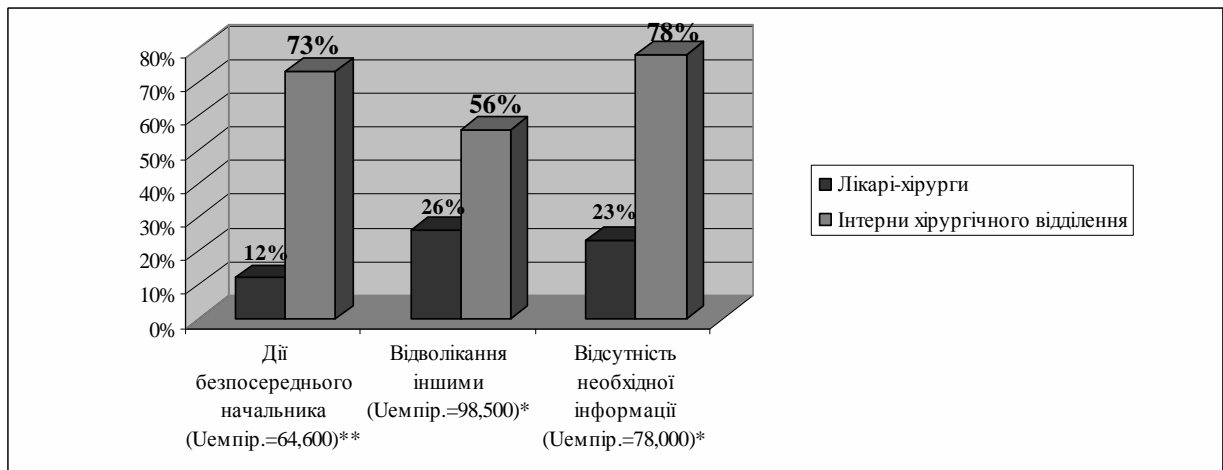
Роль критика має низький частотний рівень порівняно з іншими типовими ролями інтернів хірургічного відділення. Ми не можемо стверджувати, чи є критика інтернів конструктивною чи деструктивною. Припускаємо, що критика є захисним механізмом, в основі якого знаходиться невпевненість у власних можливостях та низька самооцінка інтернів. Тому, критикуючи інших, молоді люди відчують себе психологічно вищими за інших.

Отже, для інтернів найбільш типовими і характерними є ролі трудоголіка, спостерігача та розумника, а для лікарів – трудоголіка та керівника. Хоча об'єктивно інтерни є виконавцями, однак ця роль не відобразилася в їх суб'єктивній картині власної позиції в хірургічній діяльності. Спільною для обох груп респондентів, як для лікарів, так і для інтернів, є роль трудоголіка.

З огляду на отримані результати важко визначити найбільш типові для лікарів та інтернів ролі як диз'юнктивні або кон'юнктивні. З нашого погляду, ці ролі насамперед характеризують сферу ділового спілкування людини, а також соціально-психологічні статуси лікарів і хірургів під час їх професійної взаємодії. Хірурги не намагаються грати ролі рятівника, цілителя чи консультанта; можливо кон'юнктивні ролі, які б наближали їх до пацієнтів, сприяли б вияву та розвитку їхньої емоційності, і таким чином порушували їх контроль над емоціями, їхню стриманість і емоційну стійкість. Нагадаємо, хірургам, як інтернам, так і лікарям, згідно опитувальника Р. Кеттела притаманний низький рівень емоційної чутливості.

## **2.7. Сприйняття умов організації професійної діяльності хірургів із різним рівнем особистісної та професійної зрілості**

У хірургічній діяльності велике значення мають умови праці лікарів-хірургів, тому з метою вивчення суб'єктивного їх сприйняття хірургами нами були обрані шкали професійної стресованності та професійної завантаженості P. Spector та S. Jex, адаптовані українськими науковцями (О. Кокун, С. Максименко, Є. Тополєв). Автори пропонують респонденту для виявлення власного ставлення до умов своєї діяльності одинадцять найбільш вагомих професійно-організаційних стресорів. За допомогою критерію Манна-Уїтні ми визначили статистично значимі відмінності у сприйнятті цих стресорів між групами лікарів-хірургів та інтернів хірургічного відділення.



Умовні позначення:\*\* на рівні значущості  $p \leq 0,01$  \*на рівні значущості  $p \leq 0,05$ ;

**Рис. 2.6. Показники суб'єктивного сприйняття професійно-організаційних стресорів лікарів-хірургів та інтернів-хірургів**

Інтерни-хірурги мають значно вищі показники стресованності, ніж лікарі-хірурги (рис.2.6). Перебування в ролі виконавця, здійснення значного обсягу роботи в інтернатурі, залежна позиція в процесі взаємодії зі своїми старшими колегами обумовлює та посилює потенційну стресогенність умов праці інтернів. Визнання інтернами дій безпосереднього начальника (73%) як професійно-організаційного стресора також обумовлено відсутністю у

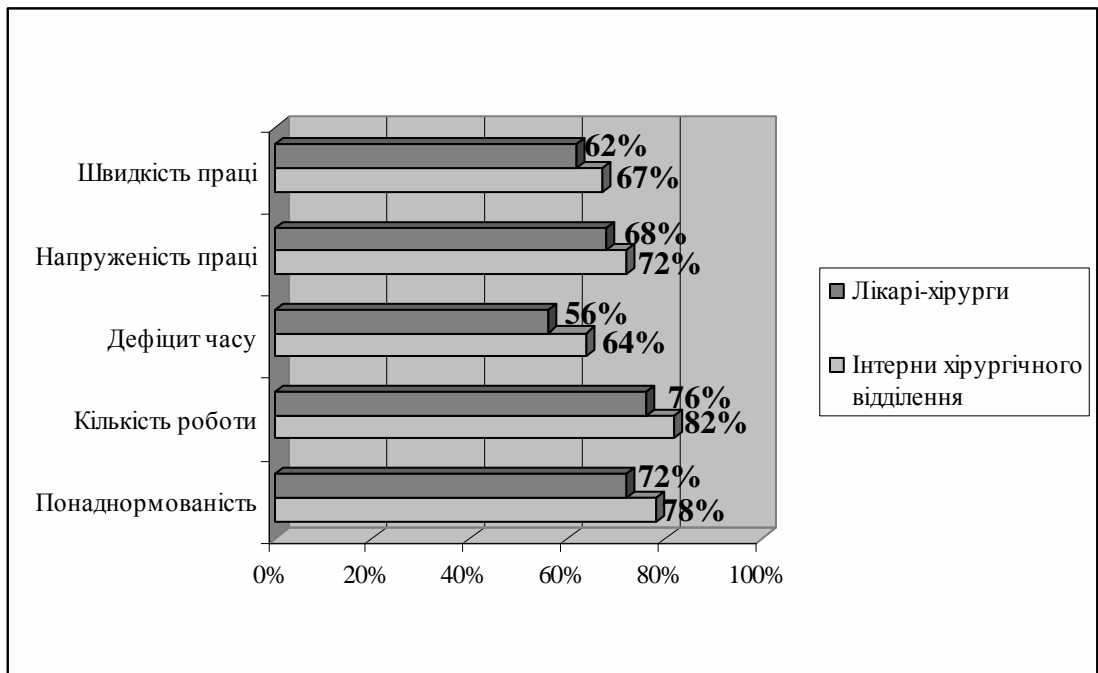


молодих людей достатнього досвіду, умінь та навичок у хірургічній діяльності, на що вказує відсотковий показник відсутності необхідної інформації щодо того, що робити чи як робити (78%).

Показник «відволікання іншими людьми» в інтернів хірургічного відділення досягнув 56%. Окрім того, що молоді люди знаходяться у відмінних від студента-медика умовах навчання, коли посилюється їх відповідальність за наслідки їх роботи, ще й їх залежна позиція інтерна дозволяє старшим колегам без попередження давати їм різні ситуативні завдання. Крім того на особистість інтерна впливають безліч думок та ідей його колег, й таким чином йому досить важко абстрагуватися, виконувати свою справу та при цьому не втрачати власну автономність у діяльності та вміння зосереджуватися.

Звісно, зазначені професійно-організаційні стресори стосуються й професійної діяльності лікаря-хірурга, але пропри це, важливе значення має суб'єктивне сприйняття стресогенної ситуації особистістю. А оскільки молоді люди є недосвідченими, то сприйняття будь-яких стресорів сприймається гостріше, ніж лікарями-хірургами.

Під час аналізу результатів шкали професійної завантаженості нами була зафіксована відсутність статистично-значимих відмінностей у результатах тестування між групами інтернів і лікарів. Використовуючи метод дескриптивної (описової) статистики, ми визначили відсоткові показники професійної завантаженості лікарів-хірургів та інтернів хірургічного відділення, які показують незначущу, але нижче відчуття суб'єктивної завантаженості у лікарів, ніж в інтернів.



**Рис.2.7. Показники професійної завантаженості лікарів-хірургів та інтернів хірургічного відділення**

Ми вважаємо, що відсутність статистично-значимих відмінностей між групами лікарів-хірургів та інтернів хірургічного відділення за показником професійної завантаженості обумовлено тим, що об'єктивно, на практиці хірургічна діяльність характеризується напруженими умовами праці. Як ми й зазначали під час нашого теоретичного аналізу проблеми дослідження, хірургічна діяльність лікарів дійсно є показовою у вивченні впливу стресу на особистість та формування її долаючої поведінки. *Діяльність у напружених умовах праці, коли постійно відчувається дефіцит часу, а великий обсяг роботи потребує швидких рішень і призводить до її понаднормованості, обумовлює насамперед вияв у хірургів відповідального ставлення до роботи, вимагає від них високої зосередженості, глибоких професійних знань і навичок, емоційної стійкості, що й відображається у відповідних копінг-стратегіях та особистісних властивостях хірургів.* Копінг-стратегії прийняття відповідальності, активного додання, придушення конкурентної діяльності, самоконтролю, гумору та інструментальної соціальної підтримки спрямовані на опанування стресогенними ситуаціями в

таких умовах діяльності, а емоційна стійкість, самостійність, інтелектуальність як особистісні властивості насамперед мають і забезпечувати функціонування цих копінгів.

Праця лікарів хірургів є напруженою, стресогенною, вимагає від особистості лабільності поведінкових реакцій, миттєвості реагування та емоційної загартованості, що підтверджується тим, що обидві групи респондентів за усіма показниками професійної завантаженості перейшли межі 50%. Очевидно, що така професійна стресованість та професійна завантаженість досвідчених лікарів-хірургів та інтернів-хірургів впливає на стан їхнього здоров'я.

Таким чином, аналізуючи результати професійної стресованості та професійної завантаженості лікарів-хірургів та інтернів хірургічного відділення, ми визначили, що серед респондентів існують статистично значимі відмінності у суб'єктивному сприйнятті професійно-організаційних стресорів за такими показниками, як дії безпосереднього начальника, відволікання іншими людьми та відсутність необхідної інформації щодо того, що робити чи як робити. Проте показники завантаженості серед обох груп респондентів не мають статистично значимих відмінностей, що говорить про визнання умов професійної діяльності лікарів як дійсно важких та енергозатратних. У цілому професійна завантаженість обох груп респондентів досягає високих показників, а стресованість значно вища в інтернів, що вказує на вищу сформованість долаючої поведінки в лікарів-хірургів, ніж в інтернів. Отже, аналіз організаційно-діяльнісного рівня функціонування копінг-стратегій як відображення суб'єктивного сприйняття особистістю лікаря-хірурга умов діяльності доповнює тенденції та закономірності їх функціонування на особистісному та поведінково-регулятивному рівнях.

## 2.8. Особистісні властивості та характеристики як чинники формування копінг-стратегій лікарів-хірургів

З метою визначення, які саме особистісні чинники впливають на формування копінг-стратегій лікарів-хірургів та інтернів хірургічного відділення ми використали множинний лінійний регресійний аналіз даних. Було отримано два регресійні рівняння для вибірки лікарів-хірургів (табл.2.7). Зазначений регресійний коефіцієнт детермінації свідчить, що прояв копінг-стратегії прийняття відповідальності обумовлений впливом таких особистісних чинників: самостійності, інтелектуальності, емоційної стійкості.

Таблиця 2.7

### Особистісні властивості як чинники копінг-стратегій лікарів-хірургів

<b>Залежна змінна: копінг-стратегії.</b>	<b>Незалежна змінна: особистісні властивості (коефіцієнти регресії (<math>\beta</math>)).</b>	<b>Показники регресійних рівнянь.</b>
Копінг стратегія прийняття відповідальності	Самостійність ( $\beta=0,230$ )	$R^2=26,4\%$ ; $F=2,69$ ; $p\leq 0,05$
	Інтелектуальність ( $\beta=0,249$ )	
	Емоційна стійкість ( $\beta=0,331$ )	
Психологічний рівень: вживання психоактивних речовин:	Дипломатичність ( $\beta=0,209$ )	$R^2=22,5\%$ ; $F=2,29$ ; $p\leq 0,05$
	Напруженість ( $\beta=0,245$ )	

Згідно зазначеного рівняння регресії копінг-стратегія прийняття відповідальності свідчить про вольову здатність особистості регулювати свої емоції та долати емоційне збудження під час виконання будь-якої діяльності,

тому її вияв і обумовлений насамперед емоційною стійкістю ( $\beta=0,331$ ). Самостійність особистості вказує на її вміння, знання, навички й свідоме виконання професійних дій відповідно до своїх переконань. У свою чергу, інтелектуальність особистості – це глибина її суджень, зрілість і мудрість, що виникають як результат активного пізнання дійсності, самостійного осмислення складних життєвих процесів та свідчить про те, що кожна дія хірурга раціонально зважена та обдумана.

***Копінг-стратегія прийняття відповідальності, яка є провідною структурі копінг-поведінки лікарів-хірургів, обумовлена саме тими рисами, які є провідними в структурі їх особистості. Саме емоційної стійкості та інтелектуальності вимагає хірургічна діяльність.***

Копінг-стратегія вживання психоактивних речовин, що виявляється на психофізіологічному рівні обумовлена впливом дипломатичності та напруженості. Напруженість – це емоційний стан особистості, який характеризується частковим зниженням ефективності психічних функцій людини та загальним зниженням її працездатності. На психофізіологічному рівні психоактивні речовини впливають на кору головного мозку та блокують її діяльність, і таким чином пригнічуються психічні функції особистості й виникає ілюзія зняття емоційної напруги. Проте це не розв'язання проблеми, а, навпаки, це – втеча від неї.

У лікарів-хірургів копінг вживання психоактивних речовин залишився на тому ж високому рівні, що й на початку дослідження, він виражено притаманний лікарям. Це стабільно-функціонуючий копінг у лікарів, і такий, що ще формується в інтернів. Копінг вживання психоактивних речовин є пасивним, і він суперечить нашим загальним висновкам, про активність копіngu в лікарів-хірургів. Отже, можна припустити, що це регресійне рішення характеризує певний тип зв'язку властивостей особистості зі стресовими умовами її діяльності.

Зробимо логічний висновок: у тих випадках, коли хірургу не вистачає виявляти сміливість особистості в процесі взаємодії з оточенням (колегами, учнями, пацієнтами), він вдається до дипломатичності, де є місце недомовленості, приховуванню певних фактів від пацієнта, що породжує в нього внутрішню емоційну напруженість. Дипломатичність хірурга може самозаспокоювати пацієнта і він невірно оцінить свій фізичний стан, а хірург може картати себе за надмірну дипломатичність і недостатню наполегливість і сміливість в обговоренні стану здоров'я пацієнта; або ж з самого початку особистісна емоційна напруженість хірурга породжує напруженість у взаємодії з іншими, він використовує дипломатичність у спілкуванні, щоб приховати власну тривогу. Щоб зняти напругу несміливі у взаємодії хірурги вдаються до використання психоактивних речовин, що не є розв'язанням проблеми, а лише утворює «замкнуте коло» виникнення знову й знову напруги, бо такий спосіб реагування на стрес відбувається на рівні умовного рефлексу.

*Цікаво, що з усіх копінгів, які притаманні лікарям-хірургам, вплив особистісних властивостей на них як чинників фіксується лише у випадках, коли копінг-стратегії стабільно на високому рівні (виражено) використовуються лікарями та одночасно не мають негативної динаміки використання в часі і стосуються власне особистості лікаря, а не ситуації, в якій відбувається діяльність* (копінги прийняття ситуації та придушення конкурентної діяльності не детерміновані певними особистісними властивостями).

Також відмітимо, що *зафіксований нами вплив особистості на ці копінги описують різні механізми цього впливу*. Якщо прийняття відповідальності цілком логічно обумовлене провідними рисами особистості хірурга: емоційною стабільністю, самостійністю, інтелектом, то вживання психоактивних речовин – тими, які протилежні виявленим нами попередньо рисам хірурга з високими шкальованими показниками (дипломатичності як

полюсного вияву сміливості в соціальних контактах, емоційної напруженості – емоційній стійкості). Крім того, *рис*и особистості, які впливають на формування цих різних за змістом копінгів, по сутності описують один одному або не пов'язані між собою, тобто описують різні способи особистісного реагування на стрес. Також зазначимо, що *копінг-стратегія прийняття відповідальності* обумовлене лише інтрасуб'єктивними характеристиками особистості.

Отже провідними копінг-стратегіями для лікарів-хірургів є прийняття відповідальності та вживання психоактивних речовин, про що свідчить їх статистично значуща обумовленість особистісними властивостями.

Для групи інтернів хірургічного відділення нами було отримано також регресійні рівняння, що розкривають обумовленість вияву копінг-стратегій певними особистісними чинниками (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

**Особистісні властивості як чинники копінг-стратегій  
інтернів хірургічного відділення**

<b>Залежна змінна: копінг-стратегії.</b>	<b>Незалежна змінна: особистісні властивості (коефіцієнти регресії (<math>\beta</math>)).</b>	<b>Показники регресійних рівнянь.</b>
Копінг-стратегія дистанціювання	Самодисципліна ( $\beta=0,320$ )	$R^2=24,6\%$ ; $F=2,79$ ; $p\leq 0,05$
	Безпечність ( $\beta=0,256$ )	
Копінг-стратегія фокусування на емоціях	Емоційна чутливість ( $\beta=0,245$ )	$R^2=26,8\%$ ; $F=2,40$ ; $p\leq 0,05$ .
	Чутливість до нового ( $\beta=0,209$ )	
	Напруженість ( $\beta=0,230$ )	

Копінг-стратегія дистанціювання виявляється у пасивному доланні стресогенних ситуацій за рахунок відмови емоційної, ментальної та фізичної залученості особистості в обставини ситуації, що склалася. Дистанціювання особистості обумовлено впливом таких особистісних властивостей як самодисципліна та безпечність. На нашу думку, безпечність людини є похідною від її самодисципліни, яка характеризується здатністю бути організованою, наполегливою особою та належним виконанням загальноприйнятих правил й норм. Саме це й надає право особистості бути безпечною. Для інтерна властиве почуття певної захищеності та перебування у зоні власного комфорту, бо він за професійним статусом мало на що впливає, робить те, що йому кажуть старші колеги.

Копінг-стратегія фокусування на емоціях обумовлена впливом таких особистісних чинників, як: емоційна чутливість, чутливість до нового, напруженість. Вважаємо, що поєднання цих особистісних чинників свідчить про загальну емоційність людини. За таких умов емоції людини стають головним регулятором її поведінки та взаємин з оточуючими. Чутливість інтерна до нового обумовлена сенситивним періодом у розвитку цієї риси особистості молодих людей, їхнім прагненням до пізнання й розуміння важливих парадигм хірургічної діяльності.

Якщо вплив особистісних властивостей у випадку копінг-стратегії концентрації на емоціях цілком зрозумілий, то для дистанціювання вплив безпечності та самодисципліни можна пояснити примусовим «вихованням» власної емоційної сфери, її «дисциплінованим придушенням» шляхом дистанціювання від стресогенних ситуацій та показної демонстрації власної безпечності. *Як і у лікарів-хірургів, виявлені в інтернів зв'язки копінгів і рис особистості описують протилежні способи особистісного реагування на стрес: фокусування на відчуттях і переживаннях або ж дистанціювання від стресогенних ситуацій і емоцій, які з ними пов'язані. Ці копінги не є провідними в структурі долаючої поведінки інтернів, проте можуть*



*виконувати функцію другорядної «допомоги» у розв'язанні стресогенних ситуацій.* Оскільки не існує єдиного, унікального набору копінг-стратегій особистості на усі випадки життя, а тим паче вік інтернів є ще й тим періодом, коли рівень пізнавальної активності все ще високий, то ми припускаємо, що зафіксований зв'язок особистісних властивостей з копінг-стратегіями, які рідко використовуються інтернами, це немов «примірка» (тренування) ймовірних шляхів розв'язання стресогенних ситуацій.

Якщо дотримуватися попередніх виокремлених нами теоретичних положень дослідження, то можна охарактеризувати долаючу поведінку лікарів-хірургів як таку, що використовує не окремі копінги, а копінг-стратегії, бо вони виражено виявляються (на високому рівні використання), пов'язані з властивостями особистості, які ми попередньо виокремили як такі, що притаманні хірургам і відповідають вимогам їх провідної діяльності. Крім того у лікарів-хірургів вияв одних і тих же копінг-стратегій детермінується як властивостями особистості, так і механізмами психологічного захисту, тобто чинниками, що локалізуються в зонах саморегуляції поведінки, які хоча й умовно, але розмежовані впливом свідомої та несвідомої сфер особистості. В інтернів хірургічного відділення лише копінг-стратегія дистанціювання обумовлена впливом як особистісних властивостей, так і механізмами психологічного захисту. А копінг-стратегії фокусування на емоціях та позитивної переоцінки підпадають під вплив або лише рис особистості (фокусування на емоціях), або лише механізмів психологічного захисту (позитивна переоцінка). Тобто можна сказати, що саморегуляція поведінки інтернів хірургічного відділення в стресогенних ситуаціях не є достатньо сформованою та узгодженою за сферами дії свідомих і несвідомих чинників. Отже, за критеріями частоти використання копінгів, що свідчить про ситуативний або постійний характер їхнього залучення до процесу долаття стресу, за узгодженістю впливу механізмів психологічного захисту та рис особистості на вияв копінгів, за впливом

властивостей особистості, які ми визначили найбільш характерними для хірургів, констатуємо, що лікарі-хірурги використовують копінги як стратегії долаючої поведінки, а інтерни як окремі дії, власне – копінги.

Загальною для інтернів і лікарів-хірургів є дія особистісної напруженості, але на прояв різних копінгів: у лікарів-хірургів на використання психоактивних речовин (приглушення та втечу від стресогенних ситуацій), а в інтернів хірургічного відділення – на фокусування на емоціях (самоаналіз та орієнтація на внутрішні переживання в умовах стресогенних ситуацій, проте не втечу від них). Виходячи з результатів нашого дослідження, логічно також припустити, що з часом певна частина інтернів з метою зняття напруги також використовуватиме копінг «використання психоактивних речовин», який не є здоровим способом додання стресу. За рік вживання психоактивних речовин в інтернів зросло і перейшло з низького рівня на середній, помірний.

Аналізуючи відмінності вибору копінг-стратегій та вплив на них особистісних чинників серед лікарів-хірургів й інтернів хірургічного відділення, вважаємо, що міркувати про успішність/неуспішність тих чи інших копінгів є недоречним; успішність дії копінг-стратегії є відносним критерієм. На нашу думку, якщо використана особистістю копінг-стратегія є суб'єктивно результативною, то в кожному індивідуальному випадку її можна охарактеризувати як успішну, у випадку відсутності результативності копінгу для особистості, є можливість використання іншої копінг-стратегії. Це свідомий, цілеспрямований (допускаємо, що навіть мінливий) засіб діяти в будь-яких умовах життєдіяльності, зокрема в умовах стресогенних ситуацій. Тут радше йдеться не про успішність, а про особистісну ціну та індивідуальні ресурси додання стресогенних ситуацій. Об'єктивно, здається, що активний копінг є більш успішним, однак, суб'єктивно – така зовнішня успішність суб'єктивно може бути неуспішністю. Отже, результати нашого емпіричного дослідження підтверджують наші теоретичні міркування.

*Разом із тим, порівнюючи особистісні чинники інтернів і лікарів-хірургів, зазначимо, що деякі з них схожі за своєю психологічною природою, а деякі зовсім протилежні.* Припустимо, що безпечність інтерна в майбутньому може трансформуватись у сміливість хірурга, а самодисципліна стане базисом для формування самостійності. Товарииськість, яке важливе для пошуку емоційно-соціальної підтримки, переросте в дипломатичність. Проте, емоційна чутливість і тривожність зміняться на свою протилежність – емоційну стійкість, а чутливість до нового, яка так важлива у вияві креативності та творчості, зміниться на інтелектуальність, яка здебільшого базується на вже доведених, перевірених знаннях і фактах. Таким чином, цілком ймовірно, що існують певні типи зв'язку між особистісними чинниками та копінг-стратегіями лікарів-хірургів.

Отже, як і у випадку дослідження рис особистості як чинників копінг-стратегій, так і у випадку вивчення механізмів психологічного захисту, зафіксовано їх вплив на провідні копінги в лікарів, а в інтернів – на другорядні, тобто ті, які використовуються ними рідко або мають негативну динаміку вияву в часі. Загалом, механізми психологічного захисту некоректно трактувати як «патологічні» ознаки адаптивної поведінки хірургів. Кожний із цих механізмів виконує функцію збереження психічного гомеостазу організму особистості лікаря, незважаючи на те, що характеризується ригідністю та викривленням реальних обставин ситуації; ймовірно, що частково й завдяки цим ригідним елементам саморегуляція особистості в стресогенних ситуаціях долаюча поведінка характеризується гнучкістю та орієнтацією на реальні й різнобічні, диференційовані способи розв'язання актуальних завдань.

З метою узагальнення опису особистісних властивостей та копінг-стратегій респондентів ми використали факторний аналіз, для здійснення якого було використано матрицю розмірністю 50x94 (де 50 – респондентів, 94 – шкали, що вимірюють показники вищезазначених методик). Для вибірки

лікарів-хірургів виділилося три фактори, які сукупно обумовлюють 49,9% дисперсії (критерій Кайзера-Мейера-Олкіна становить ,658; а критерій сферичності Бартлета 532,146;  $p=0,036$ ,  $p\leq 0,05$ ). Отримані фактори ми умовно найменували як особистісні стратегії додання стресогенних ситуацій (табл.2.9).

Таблиця 2.9

**Факторні навантаження особистісних стратегій додання стресогенних ситуацій лікарями-хірургами**

<b>Назва фактору</b>	<b>Дескриптори, які увійшли до фактору</b>	<b>Навантаження дескрипторів</b>
Фактор 1. Активно-раціонально-авторитарна стратегія (20,13% дисперсії)	Копінг-стратегія інструментальної підтримки	0,876
	Копінг-стратегія використання психоактивних речовин ( психофізіологічний рівень)	0,846
	Копінг-стратегія планування додання	0,675
	Активний допінг	0,635
	Копінг-стратегія самоконтролю	0,614
	Авторитарність у побудові міжособових стосунків	0,986
	Сміливість	0,867
	Чутливість до нового	0,835
	Самодисципліна	0,745
	Інтелектуальність	0,654
	Безпечність	0,645
	Роль коміка	0,876
	Роль рятувника	0,866
	Роль розумника	0,787

	Роль трудоголіка	0,464
	Механізм психологічного захисту – раціоналізації	0,636
Фактор 2. Емотивно-дипломатична стратегія (15,13% дисперсії)	Копінг-стратегія фокусування на емоціях	0,741
	Копінг-стратегія позитивної переоцінки	0,843
	Копінг-стратегія прийняття ситуації	0,785
	Копінг-стратегія прийняття відповідальності	-0,846
	Копінг-стратегія використання психоактивних речовин	0,634
	Копінг-стратегія дистанціювання	-0,543
	Сміливість у соціальних контактах	-0,842
	Емоційна напруженість	0,785
	Дипломатичність	0,745
	Альтруїзм у побудові міжособових стосунків	-0,567
	Тривожність	0,456
	Роль консультанта	0,897
	Роль критика	0,574
	Роль переможця	0,587
	Механізм психологічного захисту – заперечення	-0,786
		Копінг-стратегія пошуку соціальної підтримки
	Копінг-стратегія	0,834

Фактор 3. Пасивно-неемоційна стратегія (13, 7% дисперсії)	психічного уникнення	
	Копінг-стратегія планування вирішення проблем	-0,745
	Релігійний допінг	0,746
	Копінг-стратегія поведінкового уникнення	0,643
	Доброзичливість як риса особистості	0,956
	Тип міжособових взаємин – дружелюбність	0,874
	Підкореність у міжособових стосунках	0,865
	Інтелектуальність	-0,845
	Самостійність	0,735
	Емоційна чуйність	-0,745
	Егоїстичність у міжособових стосунках (самовпевненість, самозакоханість)	0,645
	Товариськість у міжособових стосунках	0,643
	Емоційна стійкість	-0,638
	Емоційна напруженість як риса особистості	-0,564
	Роль трудоголіка	0,686
	Роль виконавця	0,684
	Роль спостерігача	0,475
	Роль всезнайки	-0,789
	За суб'єктивними відчуттям професійної завантаженості	

	Напруженість праці	0,457
	Понаднормованість праці	-0,688
	Активність особистості у виконанні настанов і вказівок безпосереднього начальника	-0,585

Перший фактор, який ми назвали «Активно-раціонально-авторитарна стратегія», є однополюсним. Цей фактор відповідає вияву ментального типу особистості, яка захищається від вияву емоцій за допомогою раціоналізації, домінує у стосунках. Дескриптори, які описують цю стратегію, узгоджено описують активну, обізнану та упевнену в собі особистість, яка планує діяльність та тримає під контролем ситуацію. Однак, витіснення емоцій на психологічному рівні на психофізіологічному обертається використанням психоактивних речовин.

Як бачимо, до цього фактору, як і у наступних, які ми будемо описувати, потрапили дескриптори, які за нашою попередньою гіпотезою є залежними та незалежними змінними: копінги та те, які особистісні властивості їх обумовлюють.

Другий фактор, який ми означили як «Емотивно-дипломатична стратегія», є двополюсним, що слід розглядати як боротьбу протилежностей в одній особі, яка слугує чинником розвитку її особистості. Так, у взаємодії дескрипторів «фокусування на емоціях» і «дистанціювання» особистість ментально використовує двополюсний алгоритм дій щодо долання тієї або іншої стресогенної ситуації. Це обумовлено тим, що лікар-хірург має власні причини на те, щоб звернути увагу на свій емоційний стан або дистанціюватись від певних обставин. Але слід пам'ятати, що між дескрипторами боротьби завжди існує своєрідний плацдарм: простір для

розвитку особистості. Вважаємо, що поєднання дескрипторів 2-го фактору нагадує нам емотивний (або емоційний) вияв особистості (за типологією Т. Леонгарда). Використовуючи цю стратегію, лікар використовує дипломатичність у взаємодії, він несміливий у соціальних контактах, він насамперед – консультант, він приймає ситуацію, не вміє або не хоче дистанціюватися від неї та не використовує заперечення реальних обставин стресогенних ситуацій як механізм психологічного захисту, як наслідок – він фокусується на емоціях, не приймає відповідальності.

Слід зазначити, що вагоме значення має те, який саме зі знаків факторного навантаження; прямий чи обернений, є домінантним у структурі особистості. Обернений (негативний) знак факторного навантаження вказує на лінійно-обернений причинно-наслідковий зв'язок: при зростанні X (факторна ознака) зменшується Y (значення результативної ознаки, як наслідок дії фактора). При домінуванні негативних дескрипторів знижується дієвість (результативність) поведінки лікарів-хірургів в умовах професійної діяльності. Загалом, аналізуючи наповненість другого фактора, ми дійшли висновку, що лікарям-хірургам властиво виступати в ролі вчителя, наставника для молодшого покоління хірургів, тобто для інтернів.

Третій фактор, який ми означили як «Пасивно-неемоційна стратегія», також є двополюсним. Для розуміння значення цього фактору доречним буде образ кволої, конформістської особистості, яка займає пасивну життєву та професійну позицію. Поєднання дескрипторів 3-го фактору характеризує релігійно екзальтований, егоїстичний та залежний (за Л. Марчер – неавтономний) прояв поведінки особистості.

Для вибірки інтернів виділилося чотири фактори, які сукупно обумовлюють 67,3% дисперсії (критерій Кайзера-Мейєра-Олкіна становить ,682, а критерій сферичності Бартлета 546,238;  $p=0,028$ ,  $p\leq 0,05$ ) та описують такі особистісні стратегії (табл.2.10).



Таблиця 2.10

**Факторні навантаження особистісних стратегій додання стресогенних ситуацій інтернами хірургічного відділень**

<b>Назва фактору</b>	<b>Дескриптори, які увійшли до фактору</b>	<b>Навантаження дескрипторів</b>	
Фактор 1. Пасивно-неемоційна стратегія (20,9% дисперсії)	Копінг-стратегія соціальної підтримки	0,834	
	Копінг-стратегія самообмеження	0,764	
	Копінг-стратегія дистанціювання	0,745	
	Копінг-стратегія психічного уникнення	0,645	
	Копінг-стратегія позитивної переоцінки	-0,734	
	Копінг-стратегія, вживання психоактивних речовин (що виявляється на психофізіологічному рівні)	-0,543	
	Доброзичливість	0,956	
	Підкореність	0,865	
	Егоїстичність	0,675	
	Емоційна чутливість	-0,745	
	Емоційна напруженість	-0,564	
	Товариськість	0,643	
	Інтелектуальність	-0,845	
	Роль трудоголіка	0,686	
	Роль спостерігача	0,475	
	Роль всезнайки	-0,789	
	Механізм психологічного захисту компенсація	0,834	
	За суб'єктивними відчуттям професійної завантаженості		

	Напруженість праці	0,563	
	Реагування на дії безпосереднього начальника	-0,465	
Фактор 2. Пасивно- некваплива стратегія (17,0% дисперсії)	Копінг-стратегія планування розв'язання проблем.	0,834	
	Релігійний копінг	0,834	
	Копінг-стратегія пошуку емоційно- соціальної підтримки	0,745	
	Копінг-стратегія припинення діяльності	0,634	
	Копінг-стратегія використання інструментальної підтримки.	-0,634	
	Альтруїзм у міжособових стосунках	0,845	
	Мрійливість	0,834	
	Тривожність	-0,833	
	Роль виконавця	-0,867	
	Роль розумника	-0,686	
	Роль переслідувача	0,785	
	Механізм психологічного захисту – заперечення	0,687	
	Механізм психологічного захисту – регресія	-0,746	
	За суб'єктивними відчуттям професійної завантаженості		
	Дефіцит часу	-0,674	
	Відсутність необхідної інформації щодо того, що робити чи як робити	- 0,686	

Фактор 3. Енергійно-кваплива стратегія (16,5% дисперсії)	Копінг активного додання	0,836	
	Копінг-стратегія особистісного розвитку	0,972	
	Копінг-стратегія позитивного перевизначення.	0,869	
	Копінг-стратегія прийняття ситуації	-0,653	
	Копінг-стратегія прийняття відповідальності	0,634	
	Безпечність	0,934	
	Залежність від інших у міжособових стосунках	0,895	
	Агресивність	-0,896	
	Самостійність	0,745	
	Чутливість до нового	-0,634	
	Роль консультанта	0,765	
	Роль «пораненого»	0,865	
	Механізм психологічного захисту раціоналізація	0,834	
	За суб'єктивними відчуттям професійної завантаженості		
	Відволікання іншими людьми	-0,575	
	Швидкість праці	0,684	
Фактор 4. Стратегія тривожного планувальника (12,9% дисперсії)	Копінг-стратегія планування додання	0,943	
	Копінг-стратегія гумору	0,834	
	Копінг-стратегія дистанціювання	0,746	
	Емоційна стійкість	0,745	
	Тривожність	0,623	
	Домінантність	0,654	

	Роль критика	0,686
	За суб'єктивними відчуттям професійної завантаженості	
	Великий обсяг роботи	0,783

Вважаємо, що зазначені дескриптори першого фактору, який ми означили як «Пасивно-неемоційна стратегія», свідчать про незрілу особистість, наявність дитячої форми поведінки, що обумовлена приятельським ставленням до оточуючих та одночасно егоїстичними намірами (задоволення лише власних потреб, бажань), відсутністю чуйності і підпорядкованістю авторитету; для такої особистості властивим є залежність від оточуючих та несаможиттєвість.

Другий фактор ми означили як «Пасивно-некваплива стратегія» хірургів-інтернів. Зафіксований предиктор другого фактору «роль переслідувача» згідно трикутника С. Карпмана характеризується критикою інших та пошуком у них недоліків з метою уникнення відповідальності та захисту власної самооцінки. Емпірично виявлено, що зазначений фактор містить протилежні дескриптори за полюсом, однак по суті вони не суперечать один одному. Так копінг-стратегія «припинення діяльності» з позитивним полюсом узгоджується з роллю «виконавця» з негативним полюсом, що загалом свідчить про пасивність особистості інтерна.

На користь уникнення відповідальності інтернами свідчить те, що вони використовують релігійний копінг (у складній ситуації допоможе хтось всесильний), шукають емоційну та соціальну підтримку, а не інструментальну (не шукають порад щодо способів розв'язання проблеми), припиняють і лише планують діяльність у стресогенній ситуації, не відчувають себе виконавцями (бо домінують у взаємодії як контролери-переслідувачі), припускаються до використання заперечення проблеми як

механізму психологічного захисту. І тут їм на допомогу приходить мрійливість, яка в поєднанні з релігійністю, допомагає їм не відчувати брак часу на роботі та безпорадність, що і як робити. Ми вважаємо, що це свідчить про тривожність, нерішучість особистості у власних діях, думках, пропозиціях; метафорично можна сказати так про цей тип поведінки інтерна хірургічного відділення: ніби він «робить крок вперед і два – назад».

Отримані дескриптори третього фактору, яку ми означили «Енергійно-кваплива стратегія», описують емоційно-нестабільну, бентежну особистість (рос. – «мятущаяся личность»). Цей фактор є двополюсним. На наш погляд, даний фактор репрезентує своєрідну амбівалентність особистості: раціональність, активність, позитивну емоційну мобілізованість інтерна до діяльності й одночасно ситуативну бунтівливість, нерішучість, необміркованість вчинків. Однак, позитивне перевизначення та особистісний розвиток, які є провідними дескрипторами цього фактору, містять ресурси долання можливої травмованості особи (роль «поранений»), її залежності від інших, несамостійності та «м'якості» як протилежної риси агресивності. Наявність дескриптора «відволікання іншими людьми» в інтернів хірургічного відділення, на нашу думку, обумовлена тим, що окрім того, що на особистість інтерна впливають безліч думок та ідей його колег, й таким чином досить важко вдається абстрагуватися, виконувати свою справу й не втратити власну неповторність й новаторство думок або дій. Інтерн не приймає обставини стресогенних ситуацій, не бере за них відповідальність, бо він підпорядкований старшим колегам, енергійно та квапливо виконує їх розпорядження, якими б вони не були, раціоналізує (пояснює та виправдовує) власні та старших колег дії, вчинки, ролі, розпорядження, накази тощо.

Згідно четвертого фактору, який ми означили «стратегія тривожного планувальника», інтерн позиціонує себе як авторитарну, тривожну особистість, яка схильна проявляти певну обережність у діях, що обумовлено наявністю таких протилежних дескрипторів, як дистанціювання та

домінантність, тривожність і емоційна стійкість. Інтерн критично ставиться до нових ідей, аналітично підходить до справи, багато працює. У доланні стресогенних ситуацій використовує дистанціювання та гумор. Цей фактор нам нагадує дистимічний тип особистості за класифікацією А. Личко, проте вважаємо, що більш доцільно його найменувати стратегією «тривожного планувальника». Якщо б не тривожність і дистанціювання від стресогенних ситуацій інтернів, відсутність у них активного копінгу, то ця стратегія дещо нагадує першу стратегію лікарів, яку ми означили як «активно-раціонально-авторитарну».

Припускаємо, що виділена роль критика у респондентів є захисним механізмом, в основі якого знаходиться невпевненість у власних можливостях та низька самооцінка. Тому, критикуючи інших, молоді люди відчують себе психологічно вищими за інших.

Організаційно-діяльнісні стресори, які узагальнені у вищезазначених факторах, що описують особистісні стратегії інтернів, стосуються й професійної діяльності лікаря-хірурга, але пропри це, важливе значення має суб'єктивне сприйняття ситуації особистістю. А оскільки інтерни є особистісно менш зрілими, то сприйняття ними будь-яких стресорів сприймається гостріше, ніж лікарями-хірургами.

Результати факторного аналізу дають підстави стверджувати: лікарям-хірургам властива здебільшого активна форма копінг-поведінки, які пов'язані з такими особистісними властивостями або ж їх опосередкованим впливом через сприйняття умов діяльності та побудову міжособових стосунків: сміливість у соціальних контактах, самостійність, інтелектуальність, самодисципліна, чутливість до нового, швидкість і напруженість праці, ролі розумника, рятівника, переможця; натомість для інтернів хірургічного відділення – здебільшого пасивна форма копінг-поведінки, які пов'язані з такими особистісними властивостями або ж їх опосередкованим впливом через сприйняття умов діяльності та побудову міжособових стосунків:

підкореність, залежність від інших, мрійливість, виконання ролі спостерігача, переслідувача, «пораненого», критика, механізми психологічного захисту (компенсація, заперечення). Проте, ми вважаємо, що активна чи пасивна форми копінг-поведінки особистості не є константою, оскільки наповненість факторів обох груп респондентів містить протилежні дескриптори:

- у лікарів-хірургів риса особистості «сміливість» і захисний механізм «дистанціювання», характеристики емоційної сфери «тривожність» і «емоційна стійкість», риси, що описують авторитарну особистість: авторитарну в стосунках з підлеглими та одночасно таку, що демонструє залежність від керівних осіб;
- у інтернів хірургічного відділення ролі «керівника» і «виконавця», риси особистості: «залежність» і «авторитарність», «емоційна чутливість» і «емоційна стійкість».

Виявлена протилежність дескрипторів серед обох груп респондентів підтверджує попередньо нами сформульовану тезу: активна чи пасивна форми копінг-поведінки є лише домінантною, а не унікальною (єдиною) у структурі особистості. Також, ми помітили, що виявлені фактори, які ми найменували типами особистості є подібними між обома групами респондентів. Визначена подібність обумовлена тим, що для обох груп респондентів властиві усі зазначені типи особистості, проте виявляються вони в структурі особистості лікаря-хірурга або інтерна хірургічного відділення різною мірою.

Аналізуючи відмінності вибору копінг-стратегій та вплив на них особистісних чинників серед лікарів-хірургів й інтернів хірургічного відділення, вважаємо, що міркувати про успішність/неуспішність тих чи інших копінгів можливо лише за деяких застережень; успішність дії копінг-стратегії є відносним критерієм, про що ми вже зазначали в підрозділі 1.1. На нашу думку, якщо використана особистістю копінг-стратегія є суб'єктивно результативною, то в кожному індивідуальному випадку її можна

охарактеризувати як успішну, а у випадку відсутності результативності копінгу для особистості, є можливість використання іншої копінг-стратегії. Це свідомий, цілеспрямований (допускаємо, що навіть мінливий) засіб діяти в будь-яких умовах життєдіяльності, зокрема в умовах стресогенних ситуацій. Тут радше йдеться не про успішність, а про особистісну ціну та індивідуальні ресурси долаття стресогенних ситуацій. Об'єктивно, здається, що активний копінг є більш успішним, однак, суб'єктивно – така зовнішня успішність суб'єктивно може бути неуспішністю. Доречно, тут згадати життєві сценарії та ролі «переможця», «непереможця» та «невдахи» (Е. Берн) [19]. «Непереможець» докладє стільки зусиль для досягнення мети, що досягнутий результат втрачає значення для особистості. Ми дотримуємося тієї позиції, що більш точно називати копінг-стратегії конструктивними або неконструктивними, а долаючу поведінку – продуктивною або непродуктивною, хоча й до цих означень копінгів можливо висунути заперечення.

Виокремленні нами фактори вбирають в себе риси особистості, психологічні захисти, ролі, особливості побудови міжособових стосунків і сприйняття хірургами стресогенних умов діяльності, про що свідчать їх максимально навантажені дескриптори.

Отже, розуміння нами копінг-стратегій не як окремих видів психічної активності, ментальних операцій і дій, а як цілісних патернів саморегуляції людини, які містять особистісні засоби долаття стресу, що було окреслено теоретичною моделлю дослідження та які можливо описати за допомогою узагальнення як особистісні стратегії долаття стресогенних ситуацій (свідомі і несвідомі індивідуальні, міжособові та суб'єктивно-ситуаційні, що відображають умови діяльності), знайшло своє підтвердження в емпіричних результатах. Хоча отримані фактори містять невисокі відсотки дисперсії, але результати показують певну тенденцією вияву та формування особистісних стратегій у долатті стресогенних ситуацій. Хоча ми й називаємо виокремлені



в інтернів патерни саморегуляції в стресових ситуаціях особистісними стратегіями, але все ще вони знаходяться в процесі формування, бо більшою мірою, ніж у хірургів навантажені механізмами психологічного захисту, емоційними та суб'єктивними компонентами особистісної сфери. Це твердження узгоджується з попередньо наведеним про те, що лікарі виявляють копінги власне як стратегії поведінки, а інтерни – як окремі, ситуативні копінги.

Факторний аналіз даних доповнює регресійний та підтверджує, що існують різні особистісні стратегії додання стресогенних ситуацій.

Отже, в доданні стресогенних ситуацій лікарями-хірургами та інтернами існують і схожі, і відмінні особистісні стратегії. Так, обом групам респондентів притаманна пасивно-неемоційна стратегія, проте вона займає різне місце в структурі психічної регуляції додання стресу: в інтернів – провідне місце, а в лікарів – останнє. *Така картина відповідає об'єктивним умовам діяльності інтернів і лікарів, а також свідчить про складні процеси формування копінг-стратегій залежно від особистісних властивостей: з часом їх роль зростає і підпорядковує собі міжособові стосунки; особистість організує свою діяльність за критеріями власного бачення ситуації.*

Провідними та значущими в діяльності хірурга, як досвідченого, так і початківця, особистісними властивостями є емоційна стійкість, сміливість, самостійність, самодисципліна, інтелектуальність, комунікативна компетентність. Однак, вплив цих властивостей, і лише інтерсуб'єктивних, на вияв копінг-стратегій зафіксовано нами лише в групі лікарів-хірургів, і цей вплив стосується провідних копінгів. Інші, другорядні особистісні властивості визначають функціонування копінг-стратегій інтернів, які не є характерними для них як вибірки респондентів, але їх зв'язок з особистістю є значущим. *Отже, особистісні властивості вочевидь стали чинниками додання стресу в лікарів-хірургів, проте вони діють в протилежних*

*напрямах розвитку їх життєдіяльності: сприяють становленню самосвідомості або ж пригнічують процеси рефлексії, на що вказує вплив рис особистості та механізмів психологічного захисту на копінг-стратегії прийняття відповідальності та використання психоактивних речовин.* Особистісні властивості здебільшого впливають на копінг-стратегії інтернів як чинники, що гальмують конструктивні процеси саморегуляції доланні стресу; вони описують особистість інтерна, яка підсвідомо чинить опір особистісним змінам, яких вимагає об'єктивна ситуація їх діяльності.

Спільними особистісними чинниками вияву копінг-стратегій інтернів і лікарів-хірургів є емоційна напруженість як риса особистості і регресія як механізм психологічного захисту, але вони впливають на різні їхні копінги: у перших – на «використання психоактивних речовин», а у других – на «фокусування на емоціях» і «дистанціювання».

Загалом хірурги більш особистісно активні в доланні стресу, а інтерни – менш, що відповідає об'єктивним умовам їх діяльності та особистісного розвитку.

## **Висновки до другого розділу**

1. Процес формування копінг-стратегій хірургів на різних життєвих етапах розвитку їх особистості має різну динаміку та зміст. В інтернів-хірургів копінги формуються більш динамічно, а в лікарів-хірургів більш поступово та диференційовано, в ситуації стресу інтерни здебільшого використовують позитивну переоцінку та емоційно-соціальну підтримку, а лікарі приймають відповідальність, активно та з гумором діють. Це свідчить про очевидну валідність дослідження, обумовленість долаючої поведінки віковими, професійними та діяльнісними складовими зрілості особистості.

Характерними для долаючої поведінки хірургів копінг-стратегіями є прийняття стресогенної ситуації та відповідальності за неї, активного додання, придушення конкурентної діяльності, використання психоактивних

речовин, про що свідчать їх висока частотність використання, стабільність вияву та позитивна динаміка формування в часі (більш виражена в інтернів та менш виражена – в лікарів-хірургів). Також, релевантними для респондентів є копінги гумору, самоконтролю, інструментальної соціальної підтримки та планування розв'язання проблем, хоча вони і поступаються у використанні вищезазначеним копінкам. Значущими для початкових етапів становлення особистості лікаря-хірурга є пошук і використання емоційної підтримки в соціальному середовищі, але для цього копінга нема місця в діяльності досвідчених лікарів-хірургів.

Поняттєве розрізнення копінг і копінг-стратегій, виокремлене нами під час теоретичного аналізу, знайшло своє відображення в результатах емпіричного дослідження: за частотою використання, узгодженістю впливу свідомих і несвідомих чинників у групах хірургів, що вирізняються особистісною та професійною зрілістю, ці поняття варто диференціювати.

2. Провідні риси особистості лікарів-хірургів (емоційна стійкість, самостійність та інтелектуальність) обумовлюють формування їх провідної копінг-стратегії: прийняття відповідальності.

3. Виявлені нами особистісні чинники формування копінг-стратегій фіксують різні та протилежні механізми впливу цих чинників на продуктивну та непродуктивну форми долаючої поведінки. Копінг-стратегія вживання психоактивних речовин, яка виявляється на психофізіологічному рівні саморегуляції особистості, обумовлена рисами особистості (дипломатичності та емоційної напруженості), які є протилежними провідним рисам хірурга й одночасно тим, які обумовлюють копінг-стратегію прийняття відповідальності: сміливості в соціальних контактах, самостійності та емоційної стійкості. Отже, продуктивна в долатті стресових ситуацій стратегія прийняття відповідальності обумовлена насамперед інтрасуб'єктивними характеристиками особистості, а непродуктивна –

вживання психоактивних речовин – зазнає також суттєвого впливу інтерсуб'єктних.

4. Механізми психологічного захисту як особистісні чинники копінг-стратегій, які діють на несвідомому рівні, виконують як негативні, так і позитивні функції в процесі саморегуляції хірургів у стресогенних ситуаціях. Так, психологічні захисти, раціоналізація та заміщення, сприяють формуванню копінг-стратегії прийняття відповідальності, і таким чином адаптують лікаря-хірурга до ситуації стресу. Натомість, регресія і заперечення є чинниками копінг-стратегії вживання лікарями психоактивних речовин, що становить підґрунтям викривленого сприйняття ситуації, а проєкція та регресія сприяють дистанціюванню інтернів від стресогенних ситуацій та по суті є уникненням конструктивного розв'язання медичної проблеми.

На етапі становлення особистості хірурга психологічний механізм перетворення негативних думок у позитивні та змістовні має позитивний прогностичний потенціал у процесі формування копінг-стратегії особистісного розвитку в інтернів.

4. У діяльності хірургів у цілому копінг, які пов'язані з пасивним реагуванням на стрес, особистісними захистами використовуються рідше, а копінг, які пов'язані з осмисленим, активним доданням стресогенних ситуацій – частіше, що описує поведінку хірургів у стресогенних ситуаціях як конструктивну, націлена на розв'язання професійних питань. Однак динаміка формування копіngu використання психоактивних речовин у інтернів, високий рівень його вияву в лікарів, обумовленість їх формування особистісними властивостями на свідомому та несвідомому рівнях поведінки свідчать і про негативні тенденції і закономірності долаючої поведінки хірургів.

5. Зв'язок копінг-стратегій з властивостями особистості, їх підпорядкованість спільним факторам можливо узагальнити під поняття

«особистісна стратегія додання», що цілісно розкриває процеси регуляції поведінки людини в стресогенних ситуаціях. Особистісні стратегії додання стресу лікарями-хірургами можна визначити як активно-раціонально-авторитарну, емотивно-дипломатичну та пасивно-неемоційну, а інтернами-хірургами – пасивно-неемоційну, пасивно-неквапливу, енергійно-квапливу та стратегію «тривожного планувальника». В особистісних стратегіях інтернів більшою мірою представлені емоційні компоненти регуляції, механізми психологічних захистів та особливості суб'єктивного сприйняття умов праці, а в хірургів – власне риси особистості та її властивості, що описують життєві стилі, тобто інтерни та лікарі відрізняються в доданні стресу специфікою інтрасуб'єктивної сфери особистості та представленістю у їх свідомості організаційно-діяльнісного рівня функціонування копінгів.

6. Для інтернів та лікарів актуальні різні особистісні чинники формування тих чи інших копінгів, які свідчать про опосередкований вплив на них фактору діяльності та формування у цьому процесі власне особистості та копінгів, а також спільні, які ми розцінюємо як взаємодію особистості зі специфікою її діяльності у процесі додання стресогенних ситуацій. Спільним особистісним чинником для інтернів і лікарів-хірургів є емоційна напруженість, але яка впливає на різні копінги поведінки лікарів та інтернів: у перших – на «використання психоактивних речовин», а у других – на «фокусування на емоціях». Отже, актуальною проблемою залишається пошук психологічних способів зняття «напруги» лікарів-хірургів у їх діяльності та запобігання процесам можливої заміни копінгу «фокусування на емоціях» на копінг «використання психоактивних речовин» в інтернів-хірургів.

Основні наукові результати розділу представлено у трьох працях, які опубліковано у фахових виданнях [115; 116; 117].

### РОЗДІЛ 3.

## ОСОБИСТІСНІ РЕСУРСИ ФОРМУВАННІ ПРОДУКТИВНИХ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ХІРУРГІВ

У розділі висвітлено теоретико-методичні засади розроблення програми соціально-психологічного тренінгу з формування копінг-стратегій хірургів-початківців (інтернів) під впливом актуалізації розвитку їх особистісних властивостей та описано експериментальну схему дослідження цього впливу. Визначено етапи й особливості впровадження програми та проілюстровано результати цієї роботи. На основі ресурсного підходу визначено можливості цілеспрямованого формування копінг-стратегій лікарів-хірургів у продуктивному доланні стресу.

### 3.1. Теоретико-методичне обґрунтування соціально-психологічного тренінгу з формування продуктивних копінг-стратегій хірургів

Результати емпіричного дослідження показали, що інтернам хірургічного відділення властиво відчувати емоційну напруженість, тривожність та хвилювання. Інтерни мають невеликий досвід реагування на непередбачувані (можливо кризові) ситуації, які потребують негайного, миттєвого, доцільного та коректного хірургічного втручання. Їхні особистісні властивості порівняно з лікарями-хірургами ще недостатньо сформовані, щоб психологічно протистояти тиску таких ситуацій. Реакції інтернів, як і будь-якої людини, на стресогенні ситуації виражаються як на психологічному, так і фізіологічному рівнях (підвищення тиску, зміна серцевого ритму, активація вегетативної нервової системи тощо).

Окрім недосвідченості та особистісної незрілості існують й інші причини, що посилюють емоційну напруженість умов праці інтернів, обумовлені значущістю для них перспектив подальшої професійної діяльності, які залежать від вияву знань, здібностей, загалом особистості

інтерна в актуальній для нього ситуації інтернатури. Тому на прикладі інтернів як хірургів-початківців доцільно та варто показати можливість цілеспрямованого формування особистісних властивостей, які б стали ресурсами продуктивного додання стресогенних ситуацій. Далі наведемо теоретико-методичне обґрунтування соціально-психологічного тренінгу для хірургів-інтернів як активної форми формувального впливу на розвиток їхньої особистості.

Щоб продуктивно розв'язувати професійні завдання та конструктивно долати емоційно напружені ситуації, інтерн повинен знати індивідуальні особливості власної особистості та бути психологічно готовим сприймати, розпізнавати потенційно стресогенні ситуації, сприймати, приймати та долати актуальні, швидко та гнучко перетворювати особливості цих ситуацій у такі, що становлять соціальні та інші копінг-ресурси. Так, інтерн повинен швидко класифікувати ситуації під певні критерії, відшукати в своєму досвіді аналогічні ситуації та застосувати до них вже відоме розв'язання. У разі, якщо інтерн класифікує ситуацію, як нову, невідому йому, то варто покластися на досвід референтних йому осіб: інших інтернів або старших колег.

Інтерну варто знати, які функції виконує та чи інша емоція в стресогенній ситуації, усвідомлювати, що не буває поганих чи хороших емоцій, що борючись зі страхами, він може їх «затиснути» в підсвідомості та діяти в стресогенній ситуації, використовуючи лише механізми психологічного захисту, що й показали результати констатувального етапу нашого емпіричного дослідження. Так, копінг-стратегія позитивної переоцінки, яка використовується інтернами, визначається лише механізмами психологічного захисту – компенсацією й реактивним утворенням, тобто повністю визначається несвідомим особистості. Ця стратегія сприяє сприйняттю лікарем стресора як позитивної умови стресогенної ситуації, а це може суперечити моральним настановленням майбутнього лікаря, якщо йдеться

про тяжку хворобу або смерть пацієнта, тому й саморегуляція емоційного стану інтерна перебуває в сфері несвідомого. Якщо б інтерн використовував цю стратегію свідомо, використовуючи свою високу інтелектуальність, ретельно аналізуючи причини позитивного чи негативного результату розв'язання кожного хірургічного випадку окремо, визначаючи межі докладання максимально можливих своїх зусиль у боротьбі за життя пацієнта, осмислюючи власну життєву роль як лікаря-хірурга, то ця б стратегія визначалася й іншими характеристиками особистості та відіграла конструктивну роль у продуктивному доланні стресу.

Висока тривожність інтернів, їхня недостатні сміливість, емоційна стійкість, самостійність говорять про те, що психологічна робота з їх страхами має місце бути. Міфи про безстрашних і неемоційних людей не мають робити з майбутніх лікарів-хірургів черствих і цинічних осіб. Безстрашні люди – це не ті, як не відчують страху, а які відчуючи та усвідомлюючи його, регулюють доречність його вияву на певних етапах своєї діяльності, приймають раціональні рішення та діють.

Інтерну також варто знати, що індивідуальні властивості особистості визначаються як соціальними, так і біологічними факторами, типом нервової системи, тому «затиснути» власну чутливість або вразливість неможливо простим вольовим рішенням. Знаючи про особливості власної індивідуальності, високу чутливість тощо, інтерну варто їх використовувати як «інструменти» діагностики стану пацієнта, а емоційну стійкість і вольову саморегуляцію можливо цілеспрямовано розвивати за допомогою певних психологічних вправ.

Продуктивне додання особою стресогенних ситуацій обумовлено взаємодією копінг-стратегій та копінг-ресурсів (С. Алексанін, О. Вовк, В. Войтенко, С. Волков, Н. Сирота).

Звернемося до визначення ресурсів особистості, під якими розуміють «...індивідуальні особливості, залежно від яких завдання мобілізації,



адаптації до стресової ситуації, її подолання та запобігання несприятливим наслідкам розв'язуються легше чи, навпаки, важче» (Д. Леонт'єв, В. Оліфер). Згідно класифікації ресурсів особистості, запропонованої Д. Леонт'євим, вони поділяються на специфічні, які унікальні лише для певних умов стресогенних ситуацій, та метаресурси, які є дієвими за будь-яких її умов. Серед останніх слід розрізнити фізіологічні, психологічні та соціальні. У психології додання стресу провідного значення, звісно, набувають психологічні ресурси, які, в свою чергу, поділяються на такі різновиди:

- 1) стійкі психологічні ресурси, що базуються на ціннісних орієнтаціях особистості, завдяки чому вона відчуває внутрішню опору, гідність, впевненість у власних силах та право на прийняття рішень;
- 2) психологічні ресурси саморегуляції, які є результатом закарбування особою унікальних стратегій саморегуляції як способу побудови конструктивних відносин з навколишнім середовищем; завдяки цим ресурсам особистість характеризується рішучістю, самоефективністю, цілеспрямованістю, схильністю до ризику, орієнтацією на активне розв'язання стресогенної ситуації;
- 3) мотиваційні ресурси, які відтворюють емоційну спроможність та енергійність особистості у подоланні стресогенних ситуацій;
- 4) інструментальні ресурси – обумовлюють практичні навички, компетенцію та стереотипні способи вирішення стресогенних ситуацій.

Для лікарів стійкими психологічними ресурсами є принципи, визначені клятвою Гіппократа. У стресогенних ситуаціях вони можуть стати своєрідним ціннісним орієнтиром: «Не знаю, як учинити, буду поводитися згідно клятві Гіппократа».

У кожної людини в житті були напружені та складні проблемні ситуації, які вона продуктивно розв'язувала, тому інтерну варто пригадати випадки з власної практики, не обов'язково хірургічної, та поділитися досвідом з іншими інтернами.

Щодо мотиваційних ресурсів, то тут варто актуалізувати та обговорити ситуації з власного досвіду інтернів, коли вони відчували натхнення, були впевненими в собі, енергійними та вправними, та, навпаки, «були не в ресурсі», відчували нестачу сил, не могли вправно виконувати хірургічні маніпуляції та спілкуватися з пацієнтами. Інтеграція цих двох образів власного Я за допомогою спеціальних психологічних вправ дасть можливість усвідомити джерела, ресурси формування власної енергійної, активної, впевненої та відповідальної поведінки в складних ситуаціях.

Вправлення у виконанні різних хірургічних маніпуляцій, доведення навичок хірургічного втручання до автоматизованого рівня – це спосіб надбання інструментальних ресурсів хірургом-інтерном. Так, один із досвідчених лікарів-хірургів, відповідаючи на запитання нашої анкети про індивідуальні способи боротьби зі стресом, розповів, що він використовував кожен можливість для опанування навичками досконалого зшивання тканин пацієнтів: тренування, тренування та ще раз тренування.

Згідно іншої класифікації (В. Рибнікова та Е. Ашаніна) копінг-ресурси поділяються на такі основні групи: макросоціальні, мікросоціальні та особистісні (індивідуально-психологічні). Макросоціальні копінг-ресурси охоплюють соціальні норми, правила соціально-правового та медичного забезпечення особистості; мікросоціальні відображають ресурси, що містить найближче соціальне середовище (родина, друзі, близькі колеги); до особистісних (індивідуально-психологічних) ресурсів належать емоційно-вольові (стресостійкість, емпатія, здатність сприймати та надавати соціальну підтримку), когнітивні (рівень розвитку пізнавальних процесів), типологічні (тип вищої нервової діяльності) та регулятивні (досвід, знання, уміння, рівень професійної підготовки) якості.

Існує також авторська класифікація копінг-ресурсів особистості В. Ялтонського, про яку йшлося в розділі 1.

До дезадаптивних копінг-ресурсів належать нервово-психічна мінливість, низький вольовий контроль поведінки, відсутність соціальної підтримки.

Відповідно до вищенаведених класифікацій копінг-ресурсів інтерни мають чітко уявляти, які риси особистості є типовими для хірурга, такими, що забезпечують продуктивність його діяльності: емоційна стійкість, інтелектуальність, сміливість, в т. ч. в соціальних контактах, сміливість, самостійність. Інтерни повинен не просто знати закони, правила та норми медичного забезпечення пацієнтів, а й орієнтуватися на них у неоднозначних, складних стресогенних ситуаціях. Інтерни не лише мають право звернутися в стресогенних ситуаціях до колег за допомогою, а й зобов'язані знати, до кого краще за все звернутися за професійною інформацією або емоційно-соціальною підтримкою в кризовій ситуації. Інтерн має чітко усвідомлювати власні індивідуальні властивості та особливості їхнього впливу на власну поведінку в стресовій ситуації: які властивості та характеристики особистості посилюють відчуття стресу, а які послаблюють, та ефективно користуватися цими особливостями власного Я.

Попередньо ми наголошували, що розглядати копінг-стратегії як успішні/неуспішні є не досить коректно, оскільки важливе значення має суб'єктивне відчуття успіху або неуспіху, індикатором чого може стати «відчуття психічного благополуччя» особистості (В. Оліфер) або «особистісної ціни» долання напруженої ситуації («чого це мені вартувало»). Копінги доцільніше класифікувати на конструктивні або неконструктивні, а саму копінг-поведінку характеризувати як продуктивну або непродуктивну, підкреслюючи таким чином об'єктивні параметри результати долання стресу.

У літературі зазначається, що успішність копінг-стратегій визначається усуненням фізіологічних (вегетативних і тілесних) та психологічних проявів напруженості, відновленням достресової суб'єктивної активності та запобіганням виникненню психічного виснаження та дистресу в

майбутньому (В. Бодров)[21]. Ці критерії як часткові можливо віднести і до критеріїв продуктивності копінг-поведінки.

У парадигмі ресурсного підходу, де важливим є усвідомлення *причин стресогенної ситуації та аналіз засобів додання*, необхідно згадати про саморегуляцію особи. До основних критеріїв ефективної саморегуляції особи в умовах емоційно-напружених ситуацій відноситься її хороша адаптація, досягнення нею емоційно-гармонійного стану, емоційна стійкість, цілеспрямованість, упевненість у власних можливостях додання й результативності. Оскільки результати теоретичного аналізу та нашого емпіричного дослідження проблеми долаючої поведінки лікарів-хірургів доводять, що їхня професійна діяльність характеризується сильними емоційними навантаженнями, різноплановістю поставлених завдань, високою відповідальністю, необхідністю вияву лабільності поведінки та активності додання стресу, то ми можемо констатувати, що базисом продуктивної та ефективної хірургічної діяльності є саме здатність хірургів до саморегуляції. Таким чином, мобілізація власних ресурсів лікаря та їх підтримка є важливим компонентом саморегуляції особи в умовах стресогенної ситуації. Отже, тут критеріями ефективності копінг-стратегій є: психічне та психологічне благополуччя особистості, зниження рівня невротизації й уразливості до стресу та довготривалість позитивних наслідків розв'язання стресогенних ситуацій. Загалом усі вищеназвані критерії можна класифікувати на ті, які описують: 1) психологічне благополуччя особистості, гармонійний стан і усунення напруження; 2) відновлення активності особистості та формування готовності до потенційних стресових ситуацій у майбутньому.

Звісно, що до вищенаведених критеріїв успішності копінг-стратегій варто додати ще два критерії, які визначатимуть, на наш погляд, продуктивність долаючої поведінки: 1) особистісну ціну, яку платить людина за досягнення такого стану, тобто кількість енергії, яку було спрямовано на

долання стресу та яку треба витратити, щоб їй емоційно та енергетично відновитися; 2) позитивний результат розв'язання самої проблемної ситуації, що й викликало сам стрес. Отже, маємо критерії конструктивності (продуктивності) копінг-поведінки, які лаконічно можна виразити таким чином: відчуття стресу подолано, психофізіологічний та емоційний стан відновлено, а проблему ефективно розв'язано.

Аналіз причин виникнення стресогенної ситуації та рефлексія особистісних засобів, чинників, механізмів їх долання, орієнтація на критерії їх продуктивного долання можна віднести до індивідуально-психологічних, когнітивних мета-ресурсів особистості.

Кожен із ресурсів особистості характеризується частотою, інтенсивністю використання та займає своєрідне місце у системі суб'єктивної ієрархії можливостей, якими вона володіє з метою вирішення стресогенної ситуації. Згідно теорії збереження ресурсів Е. Хобфола, особа намагається побудувати, зберегти та захистити власні, суб'єктивно унікальні копінг-ресурси [214]. В умовах стресогенної ситуації важливе значення має суб'єктивне відчуття втрати особою ресурсів та можливостей їх відновлення. Долання надзвичайно кризових (стресогенних) ситуацій передбачає інтенсивне використання особою копінг-ресурсів. Однак за умови «виснаження» або недоступності в актуальному часі одного з ресурсів, особа має можливість, без суттєвих втрат, вдало компенсувати його відсутність іншими, продуктивними копінг-ресурсами, задля позитивного долання стресогенної ситуації.

Долання стресогенних ситуацій передбачає прояв позитивного мислення особистості відносно причин виникнення стресогенних ситуацій та знаходження ресурсів їх долання, ту важливе позитивне настановлення, що причин мають об'єктивний характер, а в інтерна наявні ресурси долання стресу. У професійній діяльності лікарів-хірургів копінг-ресурси особистості виявляються у різноманітних формах адаптації людини, що сприяє їх

ефективній діяльності, здатності уникати загрозливих ситуацій, що можуть завдати шкоду здоров'ю фахівця. Загальною стратегією адаптації людини є підтримка й підвищення гомеостатичної стійкості особистості, налагодження міжособових відносин та зниження особистісних витрат для пристосування особи до умов професійного середовища.

Керуючись методологічними положеннями К. Коуен [138; 197], вважаємо за доцільне виокремити базові характеристики копінг-стратегій, які сприяють продуктивному доланню стресогенних ситуацій у діяльності лікарів-хірургів. Отже такі копінг-стратегії сприяють:

- 1) мінімізації впливу негативних наслідків професійної діяльності хірурга на його організм та підвищення можливості відновлення його активності;
- 2) адаптації особистості лікаря до змін стресогенної ситуації із врахуванням інтересів та самопочуття хірурга;
- 3) підтримці позитивного образу «Я» хірурга;
- 4) підтримці емоційної рівноваги та внутрішнього, гармонійного фізичного та психічного стану хірурга;
- 5) збереженню існуючих продуктивних та формуванню нових взаємин із колегами, пацієнтами та референтним колом спілкування хірурга.

Ці характеристики описують емоційно-вольову сферу саморегуляції особистості, тут не вистачає когнітивних компонентів долаючої поведінки. Відповідно до цих характеристик структуру копінг-поведінки хірургів можна відобразити за допомогою таких чотирьох компонентів:

- 1) когнітивне додання – аналіз причин виникнення стресогенної ситуації та рефлексія особистісних засобів, чинників, механізмів їх додання, орієнтація на критерії їх продуктивного додання;
- 2) емоційне додання – усвідомлення власних почуттів, емоцій, потреб та бажань, оволодіння соціально-прийнятними формами прояву почуттів, контроль афективних емоцій;

- 3) поведінкове додання – свідомо корекція стратегій, планів та завдань діяльності з метою розв’язання стресогенних ситуацій;
- 4) соціально-психологічне додання – свідомо зміна професійних пріоритетів особистості, розширення простору соціальних ролей та міжособистісних взаємин (створення нових соціальних контактів).

Отже, використання копінг-ресурсів хірургами є одним з елементів цілісного процесу додання ними стресогенної ситуації та саморегуляції в ній. Копінг-ресурси особистості мають різноплановий характер та різні рівні вияву: від мікросоціальних до власне особистісних. Ресурси використовуються особистістю лише за умови, якщо оцінюються нею як необхідні та продуктивні задля розв’язання стресогенної ситуації та з метою усунення емоційно-напруженого стану.

Результати теоретичного та емпіричного дослідження копінг-стратегій лікарів-хірургів показали можливість і доречність на основі ресурсного підходу визначити можливості цілеспрямованого формування копінг-стратегій інтернів хірургічного відділення під впливом актуалізації розвитку їх особистісних властивостей. З цією метою ми обрали формат психологічного тренінгу. У процесі використання активних методів впливу на формування продуктивних копінг-стратегій інтернів-хірургів ми використовували наведені вище узагальнюючі положення щодо розуміння ресурсів особистості, їх психологічної природи та класифікацій. Ці знання використовувалися нами не лише як теоретичні настанови, важливі для ведучого тренінгу, а й як своєрідні психоедукативні інтервенції в безпосередній роботі з інтернами.

Тренінг – це форма активного навчання, спрямована на оволодіння учасниками певними знаннями, інформацією, навичками, а також на розвиток саморозуміння, емоційної гнучкості, рефлексії й саморегуляції [51]. Тренінг як форма групової взаємодії надає учасникам можливість через механізми емпатії та техніки зворотного зв’язку пізнати особливості своєї

особистості, які раніше не усвідомлювались ними через дію механізмів психологічного захисту. В умовах тренінгової програми опрацьовуються моделі ефективної взаємодії з соціальним оточенням, долаються комплекси, відбувається позбавлення стереотипів поведінки. Досвід переживань та співпереживання в умовах тренінгової роботи є емоційно значущим для особистості, оскільки сприяє формуванню її гуманістичних настановлень стосовно оточуючих та зростанню соціально-психологічної активності (Л. Козьміна).

Орієнтуючись на теоретичну модель нашого дослідження та результати емпіричного дослідження особистісних властивостей як чинників копінг-стратегій лікарів-хірургів, нами розроблено зміст та структуру тренінгової програми для інтернів-хірургів. Змістова частина начально-формуючого тренінгу представлена вправами та техніками, які апробовані у практичній діяльності психологів (О. Евтіхов, М. Кіпніс, Д. Ковпак, Г. Моніна, Т. Трифонова) [16; 51; 52] і відображають когнітивне, емоційне, поведінкове та соціально-поведінкове долаття стресу. Динаміка формування копінг-стратегій лікарів-хірургів під впливом особистісних чинників свідчить про визначальну роль у долатті стресу їх інтрасуб'єктних якостей порівняно з інтерсуб'єктними (підрозділ 2.4), однак на певних етапах становлення особистості лікаря, в період інтернатури важливими стають й інтерсуб'єктні, тобто ті, які сприяють їх емоційній і соціальній підтримці. Тому в запропонованих в тренінгу вправах ми приділили увагу розвитку як інтрасуб'єктних, так і інтерсуб'єктних характеристик інтернів: самостійності, сміливості, рішучості та впевненості в собі; інтелектуальності в таких її проявах як планування, послідовність і несуперечливість розв'язання проблеми, логічність, гнучкість, аналітичність і конструктивність мислення, інтелектуального «відчуття нового»; емоційної стійкості та самодисципліни; комунікативної компетентності, товариськості та доброзичливості, а також працездатності, уважності та оперативності у взаємодії. До основних



властивостей особистості, які ми виокремили під час емпіричного дослідження, ми додали ті, які доповнюють та більш повно їх розкривають. Особливу увагу ми приділили актуалізації процесів розвитку емоційної стійкості інтернів, використовуючи як суто психологічні вправи, так і психофізіологічні, пов'язані з управлінням релаксацією на рівні тілесних виявів емоцій. Емоційна чутливість є полярною до емоційної стійкості, але ігнорувати цей важливий аспект суб'єктивної сфери особистості неможливо, навіть при дослідженні таких сфер діяльності, як хірургічна, тому регуляції вияву цієї риси особистості в тих чи інших ситуаціях діяльності хірурга було приділено спеціальну увагу.

У виконанні вправ, спрямованих на зняття емоційно-напруженого стану інтернів хірургічного відділення, ми орієнтувалися на підхід Е. Джекобсона, який базується на таких принципах:

- 1) у певній послідовності виконання вправ особа навчається розслабляти м'язи або групу м'язів з метою досягнення тілесного релаксу;
- 2) періодичне виконання особою вправ сприяє розвитку позитивної звички та психологічного настановлення відпочивати.

Таким чином, опанування тілесної релаксації гальмує вплив стресової ситуації на організм людини, оскільки вона не здатна одночасно відчувати тривогу та стан розслаблення.

Наскрізною темою проведення навчально-формульовального тренінгу для інтернів став зв'язок свідомих і несвідомих особистісних чинників їхньої долаючої поведінки. Механізми психологічного захисту, насамперед ті, які визначають вияв копінг-стратегії, що виявляється на психофізіологічному рівні (вживання психоактивних речовин) – регресія та заперечення – обговорювалися під час групових дискусій, вивчалися особливості їх вияву у процесі взаємодії та під час долаття стресогенних ситуацій. Інтерни психодраматично програвали типові ситуації вияву цих механізмів захисту.

Також, відповідно до теоретичної моделі нашого дослідження, в процесі соціально-психологічного тренінгу, ми спиралися не лише власне особистісні властивості та характеристики особистості лікарів-хірургів, а й на особливості виконуваних ними ролей у процесі взаємодії. Зважаючи на те, що під час аналізу результатів констатувального експерименту ми часто зверталися до теорії Е. Берна, до тих его-станів, у яких часто перебувають хірурги: досвідчені лікарі в ролі авторитарного, суворого «батька, який контролює», керівника, а інтерни – в залежній, підвладній ролі «дитини, яка бунтує», спостерігача, трудоголіка та розумника, обійти даний аспект розвитку Я особистості інтернів неможливо. Крім того про ці специфічні его-стани особистості свідчать також використання інтернами механізму психологічного захисту регресії, яке визначає копінг-стратегії як досвідчених лікарів-хірургів, так і інтернів: у лікарів – вживання психоактивних речовин, а в інтернів – дистанціювання.

Зважаючи на високу стресованість і завантаженість інтернів хірургічного відділення, до структури соціально-психологічного тренінгу також було додано вправи, які спрямовані на рефлексію мікросоціальних, організаційно-діяльнісних стресорів: висловлювань і дій начальника, друзів-інтернів тощо. Отже, структура нашого тренінгу відобразила власне особистісний та організаційно-діяльнісний рівні формування продуктивних копінг-стратегій.

Ми чітко усвідомлюємо, що розвинути всі перелічені вище властивості особистості в соціально-психологічному тренінгу, навіть якщо він тривав понад місяць, неможливо, тому ми насамперед намагалися активізувати процеси розвитку професійно важливих властивостей особистості та показати принципову можливість впливати на формування копінг-стратегій за допомогою актуалізації цих властивостей.

Тренінгова програма побудована за принципом поетапності розвитку групи: кожна нова зустріч учасників групи є продовженням попередньої, а за змістовою ознакою кожне тренінгове заняття є основою наступного.

Отже, окрім вправ, спрямованих на рефлексію індивідуальних способів долаття стресу, розвиток особистісних властивостей інтернів, тренінг також містив завдання, орієнтовані на оволодіння його учасниками знань про вплив стресогенних ситуацій на фізіологічний та психоемоційний стан лікарів-хірургів, практичних засобів збереження їх психоемоційного гомеостазу, зняття тривожності в стресогенних ситуаціях, а також узагальнення характеристик таких ситуацій у діяльності хірургів. Виходячи з результатів нашого емпіричного дослідження, в формуючому експерименті було здійснено акцент на активізації вияву в інтернів емоційної стійкості, рішучості, самостійності, самодисципліни, послідовності, логічності та гнучкості мислення, комунікативної компетентності, яку ми розглядаємо як єдність тактовності та сміливості в соціальних контактах, розширення рольового репертуару їх поведінки. Одночасно приділялася увага вмінню відчувати внутрішню емоційну напруженість інтернами, її зв'язку з механізмами психологічного захисту, формуванням активних і пасивних, раціональних і емоційних, інтер- і інтрасуб'єктних особистісних стратегій долаття стресу. У групових дискусіях активно обговорювалися актуальні для інтернів питання прийняття ними обставин стресогенних ситуацій і дистанціонування від них, концентрування на емоціях та їх придушення, мрійливості та надмірної практичності людини, ролі емоційної та ділової підтримки з боку референтних осіб у процесі долаття стресу (табл.3.1).

Таблиця 3.1

**Структура та зміст навчально-формульального тренінгу  
для хірургів-інтернів**

№	Блок спрямованості вправ	Назва	Властивості особистості, які задіяні при виконанні вправ
1	Вправи, спрямовані на створення робочої атмосфери в групі	«Привітання», «Я налаштований на...»	Працездатність, оперативність
2	Вправи, орієнтовані на розвиток самосприйняття та рефлексію учасників групи	«Я в умовах стресогенної ситуації», «Індивідуальні шляхи розв'язання стресогенних ситуацій», «Я сьогодні ось такий...», «Ви не повірите що...», «Вулкан», групова дискусія «Дідусь Фрейд говорив...», рольові ігри	Уважність, самостійність, тактовність, рішучість, послідовність мислення та дій, логічність
3	Вправи, орієнтовані на розвиток взаєморозуміння з іншими.  Вправи спрямовані на рефлексію власних особистісних рис і характеристик, усвідомлення власних особистісних (специфічних) ресурсів додання стресу	«Ведення переговорів», «Гідна відповідь», «Вередливий пацієнт», «Запам'ятай 12 слів», «Рольова взаємодія в діяльності хірурга», «Референтне коло спілкування», «Тримай мене»	Сміливість (у соціальних контактах і вільному висловленні власних думок та ін.), комунікативна компетентність, доброзичливість, товариськість і вміння коректно висловлювати підтримку колегам і просити про неї, самодисципліна, впевненість у собі, рефлексія его-станів і життєвих ролей

4	Вправи, спрямовані на активізацію групової дискусії між учасниками з метою узагальнення характеристик стресогенних ситуацій та осмислення значущості особистісних ресурсів у їх доланні. Вправи, спрямовані на додання професійних стресованості та завантаженості хірурга	«Поняття стресогенної ситуації», «Плюси та мінуси стресу у нашому житті», «Стилі поведінки людини в умовах стресогенних ситуацій», «Професійно- стресогенні ситуації», «Особистісні ресурси стресостійкості», «Мета», «Поняття саморегуляції, методи саморегуляції», «Психосоматичні захворювання людини», «Хірургічна діяльність і психосоматика», рольові ігри «Дії начальника», «Відволікання», «Не знаю, що робити!»	Відповідальність, аналітичність, емпатійність, сенситивність, гнучкість мисленневих процесів, допитливість, професійна компетентність, конструктивність, емоційна стійкість
5	Медитативно-релаксуючі вправи	«Контроль дихання», «Відчуття важкості у тілі», «Актуалізація відчуття тепла у тілі», «Серце»	Зняття напруженості та тривожності; підтримка емоційної стійкості (стабільності), розвиток емоційно-вольової стійкості
6	Підведення підсумків та обговорення результатів тренінгу	«Я розумію, я відчуваю», «Я залишаю собі...», «Я володію, ти володієш...», «Особисто для мене, саморегуляція це...», «Карта групи»	Емоційна чутливість, зосередженість, оперативність,
Загалом: 15 годин (один календарний місяць)			

**Метою** формувального експерименту стала перевірка можливості впливу актуалізованих у процесі соціально-психологічного тренінгу

особистісних властивостей і характеристик інтернів (незалежна змінна) на процес формування долаючої поведінки (залежна змінна) та визначення їх особистісних ресурсів у продуктивному доланні стресу.

**Завдання тренінгу:**

1. Забезпечити інформованість інтернів хірургічного відділення щодо впливу стресогенних ситуацій на психічну діяльність та організм лікарів-хірургів в умовах їх професійної діяльності.
2. Ураховуючи особливості професійної діяльності лікарів-хірургів, сприяти зниженню напруженого психоемоційного стану інтернів хірургічного відділення.
3. Сприяти розвитку особистісних властивостей інтернів хірургічного відділення для передбачення та подолання молодими людьми негативних наслідків впливу на їх психічну діяльність стресогенних ситуацій, які виникають у хірургічній діяльності. З'ясувати індивідуальні ресурси їх особистості у продуктивному доланні стресу.
4. Сприяти оволодінню інтернами хірургічного відділення навичками збереження та відновлення психоемоційної рівноваги та працездатності в їх діяльності

**Тип тренінгу:** навчально-формувальний.

**Цільова аудиторія тренінгу:** інтерни хірургічного відділення.

**Кількість учасників:** по 12 осіб у кожній групі (експериментальній та контрольній).

**Час, необхідний для проведення тренінгу:** 15 годин, 6 днів по 2 год. 30 хв., заняття проводились двічі на тиждень (тренінг тривав один календарний місяць). Враховуючи специфічність хірургічної діяльності та професійну зайнятість інтернів хірургічного відділення, ми вважаємо, що комплексність та ємкість тренінгової роботи сприятиме активізації процесу розвитку їх особистісних властивостей, які обумовлюють формування продуктивних копінг-стратегій хірургів.

**Обладнання:** простора кімната зі стільцями, папір формату А4, олівці, кулькові ручки та інші допоміжні матеріали для забезпечення роботи учасників тренінгу.

На нашу думку, практичні вправи, які представлені в тренінговій програмі, є ефективними для досягнення поставленої мети. Вони також є профілактичними засобами попередження виникнення негативних психосоматичних та фізіологічних симптомів у спеціалістів, емоційного та професійного вигорання.

Експериментальна та контрольна групи досліджуваних (інтернів хірургічного відділення, по 12 осіб у кожній віком від 24 до 27 років) формувалися за допомогою методу рандомізації. Групи урівноважені за статтю, віком і показниками копінг-стратегій за результатами попереднього тестування груп за методиками долаючої поведінки особистості Дж. Вейнтрауб, К. Карвера, Р. Лазаруса, С. Фолкмана; М. Шейера [83; 202; 209]. Оскільки методики містять велику кількість копінг-стратегій, то за попереднім тестування існувала велика кількість претендентів на участь у тренінгу, однак у процесі рандомізації до експериментальної та контрольної груп увійшла невелика кількість осіб.

У експериментальному дослідженні незалежна змінна становила особистісні властивості інтернів, а залежна – копінг-стратегії.

### **3.2. Формування продуктивних копінг-стратегій та визначення особистісних ресурсів хірургів як результати впровадження навчально-формульованого тренінгу**

Результати формульованого експерименту показали, що в експериментальній групі інтернів з помірного рівня до вираженого зросло використання таких чотирьох копінг-стратегій: самоконтролю, планування розв'язання проблем, гумору, прийняття відповідальності; а використання психоактивних речовин різко зменшилося: з вираженого до рідкісного рівня.

У контрольній групі значущі зміни відбулися в динаміці лише двох стратегій, і ці зміни менш виражені, ніж у контрольній групі: використання психоактивних речовин зменшилося з вираженого рівня до помірного, а прийняття відповідальності зросло з помірного до вираженого, але меншою мірою. Отже, загалом в експериментальній групі значущі позитивні зміни відбулися у використанні п'яти копінг-стратегій інтернів, а в контрольній – лише у двох.

Таблиця 3.2

**Особливості використання копінг-стратегій в експериментальній та контрольній групі інтернів-хірургів після тренінгу**

Копінг-стратегії	Рівні використання копінг-стратегій						Різниця показників ( $\bar{x}_2 - \bar{x}_1$ )
	у контрольній групі			в експериментальній групі			
	рідкісн е ( $\bar{x}_1$ )	помірн е ( $\bar{x}_1$ )	виражен е ( $\bar{x}_1$ )	рідкісн е ( $\bar{x}_2$ )	помірн е ( $\bar{x}_2$ )	виражен е ( $\bar{x}_2$ )	
Самоконтроль Uemp.=85,500*		58,2				<b>62,4</b>	4,2
Планування розв'язання проблем Uemp.=95,000**		46,4				<b>63,1</b>	16,7
Гумор Uemp.=88,500*		55,6				<b>61,8</b>	6,2
Психофізіолол. рівень: вживання психоактивних речовин Uemp.=105,000**		47,2		36,5			-10,7
Прийняття відповідальності Uemp.=157,000 <sup>#</sup>			<b>61,2</b>			<b>63,6</b>	2,4

*Умовні позначення:* \*на рівні значущості  $p \leq 0,01$ ; \*\* на рівні значущості  $p \leq 0,05$ ; <sup>#</sup>значимість відсутня  $p \geq 0,05$

Також нами визначено статистично значущі відмінності у копінг-стратегіях експериментальної та контрольної груп респондентів (за критерієм Манна-Уїтні, табл. 3.2). Слід зазначити, що хоча вияв копінг-стратегії



прийняття відповідальності не є статистично відмінною в групах респондентів, проте Т-бал копінгу вищий саме в експериментальній групі. Цей копінг є одним із провідних у хірургів, він активно формується в природних умовах професійної діяльності інтернів, тому зважаючи на його психологічну значущість наводимо в таблиці показники цього копінгу.

Слід зазначити, що відповідальність базується на суб'єктивному ставленні особистості до ситуації. Себто виражена відповідальність хірурга поряд з тривожністю, відсутністю емоційної та соціальної підтримки від колег може супроводжуватися почуттям провини, незадоволеністю виконанням завдань, завищеною самокритикою, що може призводити до погіршення здоров'я хірурга. Тому так важливо хірургу правильно інтерпретувати свої емоційні стани та за необхідністю коректно виражати власну потребу в емоційній та соціальній підтримці, чому й було приділено увагу в нашому тренінгу.

Виражене використання копінг-стратегії планування розв'язання проблем відображає активність інтернів у вирішенні стресогенної ситуації за допомогою продукування можливих конструктивних рішень, логічного аналізу та реалізації власних задумів й стійкій зосередженості на вирішенні професійних завдань. Даний копінг спрямований на взаємодію зі стресором, на боротьбу з ним та, мимоволі, на боротьбу з власними емоційними перешкодами (хвилюванням). Актуалізація даного копінгу є типовим прикладом проблемно-сфокусованого копінгу, який спрямований на раціональний аналіз розв'язання стресогенної ситуації та на уникнення негативних емоцій.

Виражене використання копінг-стратегії самоконтролю свідчить про придушення особою власних емоційних переживань та передбачає раціональне вирішення стресогенних ситуацій. Зверхній самоконтроль поведінки призводить до ригідності реагування на непередбачувані події, що для лікаря-хірурга є неприпустимим. Позитивною ознакою цього копінгу є

уміння особи бути зосередженою на виконанні одночасно декількох професійних завдань.

Хоча стратегії долаючої поведінки особистості не є суто правильними або помилковими, звернемо увагу на те, що серед інтернів хірургічного відділенні виокремилися саме проблемно-орієнтовані копінг-стратегії, які спрямовані на взаємодію зі стресором задля конструктивного вирішення стресогенні ситуації. Адже емоційно-орієнтовані копінги, що спрямовані на фокусування на емоціях, які характеризуються намаганнями оволодіти емоційними переживаннями, а не залученням мислення та практичних дій у процес саморегуляції (конфронтація, самоконтроль та ін.), визначають гірші результати у розв'язання нагальних стресогенних ситуацій [138].

З метою визначення, які саме особистісні чинники в експериментальній та контрольній групі впливають на формування копінг-стратегій інтернів хірургічного відділення ми використали множинний лінійний регресійний аналіз даних. На основі застосованого математико-статистичного аналізу даних ми отримали такі регресійні рівняння для хірургів-інтернів з експериментальної групи (табл. 3.3). Подані регресійні рівняння були перевірені на мультиколеніарність (виявлені кореляційні зв'язки нижчі  $r=0,7$ ).

Отже, у штучно змодельованих умовах експерименту (експериментальна група) виявлено, що копінг-стратегія самоконтролю хірургів-інтернів обумовлюється дипломатичністю, самодисципліною та підкореністю. Дипломатичність – це риса зрілої, мудрої особистості, яка володіє умінням коректно донести до співбесідника власну думку, взаємовигідно вирішувати конфліктні ситуації, проявляти доброзичливість та повагу до оточуючих, а також досягати намічених цілей. Самодисципліна є одним з інструментів особистісного розвитку людини, що характеризується самовладанням нею власним емоційним станом та примушує її діяти на користь результату праці (розумової або фізичної) незалежно від настрою та актуальних бажань

людини; ця риса особистості свідчить про внутрішній контроль поведінки людини. Отриманий коефіцієнт самодисципліни свідчить про здатність людини усвідомлювати особливості стресогенної ситуації та активізувати стратегії долаючої поведінки відповідно до вимог таких ситуацій. У самодисциплінованих особистостей сформоване уявлення щодо власних можливостей, ресурсів та щодо того, як за допомогою внутрішніх резервів сприяти доланню стресогенних ситуацій та реалізовувати власні амбіції.

Р. Кеттел визначає підкореність особистості як невпевненість людини в собі, схильність до самозвинувачення, бажання уникати перешкод, чітко виконувати інструкції, слухняність та невміння аргументувати й захищати власну позицію. Така особистість керується думкою оточуючих, легко піддається авторитету, її поведінка виявляється у пасивності, зневірі у себе та своїх можливостях, а також характеризується схильністю брати на себе провину. Слід зазначити, що фактор підкореності присутній у невротичних станах особистості або виявляється як симптом розвитку депресивного стану людини. Проте, у дослідженнях А. Рукашнікова та М. Соколової доведено, що прихованим підґрунтям підкореності особи є агресивність, а скромність й інструкційне виконання професійних завдань ніби нівелює агресивні нахили особистості. Отже, припускаємо, що однією з тенденцій поведінки хірургів є прояв агресивних (або аутоагресивних) тенденцій

Таким чином, формування копінг-стратегії самоконтролю визначається самодисципліною (що цілком логічно), яка, в свою чергу, судячи з двох інших предикторів стратегії, детермінована підвладністю та залежністю інтернів від старших колег по роботі, що органічно поєднується з дипломатичністю молодих людей.

Копінг-стратегія прийняття відповідальності обумовлена емоційною стійкістю, приятельством та доброзичливістю. Емоційна стійкість особи характеризується відсутністю у неї невротичних симптомів (В. Менділевич), стійкістю до професійних та життєвих інтересів, збереженням

продуктивності діяльності в умовах емоціогенних впливів на психічну організацію людини (О. Семенова), наполегливістю та умінням протистояти особливостям стресогенної ситуації. Розглядаючи емоційну стійкість як детермінанту адаптації особистості до умов стресогенної ситуації, слід звернути увагу на погляди І. Аршави [10]. Дослідниця розглядає емоційну стійкість людини як інтегративну властивість, яка виконує функцію підтримки та відновлення рівноваги організму людини, сприяє збереженню працездатності та здоров'я людини.

Таблиця 3.3

**Коефіцієнти регресійних рівнянь для копінг-стратегій хірургів-інтернів з експериментальної групи**

<b>Залежна змінна: копінг-стратегії.</b>	<b>Коефіцієнти регресії (<math>\beta</math>).</b>	<b>Показники регресійних рівнянь.</b>
Копінг-стратегія самоконтроль	Дипломатичність ( $\beta=0,276$ )	$R^2=25,3\%$ ; $F=3,26$ ; $p\leq 0,05$
	Самодисципліна ( $\beta=0,264$ )	
	Підкореність ( $\beta=0,238$ )	
Копінг-стратегія прийняття відповідальності	Емоційна стійкість ( $\beta=0,243$ )	$R^2=25,3\%$ ; $F=3,26$ ; $p\leq 0,05$
	Приязливість ( $\beta=0,277$ )	
	Добррозичливість ( $\beta=0,256$ )	
Активний копінг.	Чутливість до нового ( $\beta=0,245$ )	$R^2=18,6\%$ ; $F=3,18$ ; $p\leq 0,05$
	Авторитарність ( $\beta=0,254$ )	
	Тривожність ( $\beta=0,279$ )	

Приязливість (товариськість) особистості виражається у її доброті, сердечності, відкритості та довірливому ставленні до оточуючих. Товариські стосунки переважно базуються на узгодженості професійних або

громадських інтересів, тимчасових проявах особистих симпатій між учасниками спілкування. Рівень товариських стосунків виявляється в обміні думками,можливому виконанні взаємних прохань. Проте товариство не ґрунтується на цінностях дружніх взаємин, душевної близькості, а тому досить просто руйнується.

Наступним предиктором впливу на прийняття відповідальності є доброзичливість, яка виявляється у бажанні допомогти оточуючим порадою (друзям), інформативно (колегам) або дієво-професійно (пацієнтам). Доброзичливість особистості виявляється в уважності до оточуючих, тактовності, толерантності та готовності до співробітництва. Тому не дивно, що такі предиктори як приятельство й доброзичливість опинилися у статистично-значимому зв'язку, оскільки мають єдину природу функціонування у психіці людини. На нашу думку, за умови відсутності доброзичливого ставлення до оточуючих неможливо приятелювати, підтримувати дружні стосунки.

Якщо розглянути визначення копінг-стратегії прийняття відповідальності в лікарів-хірургів за допомогою їхніх особистісних властивостей як певну ідеальну модель формування цього копінгу, то порівняння регресійних рівнянь лікарів та інтернів експериментальної групи покаже, що спільним для цих рівнянь чинником є емоційна стійкість. Отже, соціально-психологічний тренінг зміг змоделювати такі умови актуалізації розвитку особистості інтерна, які базуються на певних універсальних закономірностях цього розвитку. Однак, у лікарів-хірургів копінг-стратегія прийняття відповідальності визначається також самостійністю та інтелектуальністю, а в хірургів-початківців (інтернів) товариськістю та доброзичливістю. Цю різницю в предикторах прийняття відповідальності ми відносимо на рахунок вияву вікових особливостей інтернів і лікарів. Крім того вправи, які були використані в соціально-психологічному тренінгу, спрямовувалися як на розвиток емоційної стійкості, так і на розвиток

міжособових стосунків, що становлять особистісні та мікросоціальні копінг-ресурси інтернів хірургічного відділення.

Активний копінг обумовлений чутливістю до нового, авторитарністю та тривожністю. Чутливість до нового свідчить про гнучкість мислення особистості, швидкість прийняття рішень, знаходження оптимальних й різних шляхів вирішення стресогенних ситуацій, аналізуючи які вона орієнтується на новаторські підходи вивчення актуального питання. Авторитарність особистості характеризується схильністю до диктатури, ригідністю мислення й поведінки, слабкою рефлексією та підкоренню оточуючих своєму впливу. Авторитарний стиль особистості свідчить про те, що особа бере на себе повноваження активного діяння в умовах стресогенної ситуації, структурує роботу колег (підлеглих) й практично не надає свободи своїм колегам у прийнятті рішень. Враховуючи особливості хірургічної діяльності, їм необхідно завжди діяти швидко та правильно. Недоліками авторитарного стилю взаємодії особистості з оточуючими є придушення ініціативності та творчості колег, можливості їх професійного зростання, самовиховання самостійності та лідерських якостей. Ймовірним є виникнення конфліктів у професійній групі хірургів, оскільки за умов авторитарного стилю у працівників виникає незадоволення характером й змістом додання професійних (хірургічних) ситуацій, відсутністю професійного групового мислення, єдності думки. Поряд з цим присутні й позитивні наслідки впливу авторитарності, а саме максимальна продуктивність роботи, оскільки не розсіюється увага особи на вторинні питання. Попередньо ми вже визначали, що авторитарність є провідним типом побудови стосунків серед лікарів-хірургів, а навчання в інтернатурі сприяє формуванню саме такого стилю взаємовідносин серед хірургів. Цей тип взаємодії нагадує стиль поведінки у військовій частині або під час воєнних дій, коли від правильності, злагодженості, швидкості та чіткості

виконання дій учасників взаємодії залежить не лише ефективність виконання завдань, які стоять перед ними, а й власне збереження їх життя.

Наступним предиктором впливу на активний копінг є тривожність, що характеризується схильністю особистості до надмірних переживань та чутливості до схвалення оточуючих. На нашу думку, саме тривожність особистості провокує до прояву авторитарних манер поведінки, оскільки таким способом людина має сумнівну впевненість у тому, що все знаходиться під її контролем. Наявність високої тривожності в інтернів хірургічного відділення згубно впливає на успішне додання ними стресогенних ситуацій, оскільки особистість, яка регулярно перебуває у стані неспокою та очікує неуспіх у вирішенні професійних завдань, не може відчувати себе комфортно та продуктивно організовувати свою активність. На наш погляд, виявлений регресійний зв'язок активного копінгу та тривожності слід трактувати обернено. Тобто, активне додання інтернам професійних завдань є наслідком її тривожного стану, проте активність людини не завжди є продуктивною. Подібна поведінка характеризується метушливістю, яка виявляється внаслідок нервового, емоційного напруження особи. Це пов'язано з тим, що надмірна активність людини пригнічує рівень кортизолу (гормон стресу), але не свідчить про продуктивність праці та практичні результати професійної діяльності особи. Але, як ми вже зазначали, тривожність виконує й позитивні функції, вона немов сигналізує про ймовірні негаразди, малоімовірні помилки, примушує лікаря ретельно ставитися до пацієнтів. Тривожність базується на високій чутливості особистості, тому таке поєднання рис особистості цілком органічне. Чутливість і тривожність змушують інтернів активно діяти в стресогенних ситуаціях. Поєднання цих рис з авторитарними схильностями у взаємодії, коли розпорядження та настанови віддаються іншим, сприяють ще більшому формуванню активного копінгу.

Безумовно, активізація процесу розвитку в інтернів чутливості до нового, що було одним із завдань нашого формувального експерименту, водночас активізувала і їхню тривожність. Отже, в умовах експерименту, під впливом активізації розвитку особистісних властивостей інтернів хірургічного відділення формуються копінг-стратегії, які ми попередньо визначили провідними для діяльності хірурга та які відповідають критеріям продуктивного додання стресогенних ситуацій.

З дев'яти властивостей особистості, які визначають формування копінг-стратегій інтернів експериментальної групи, п'ять є тими, на активізацію розвитку яких був спрямований соціально-психологічний тренінг: самодисципліни, емоційної стійкості, товаришкості, доброзичливості, чутливості до нового (що становить 56% від загальної кількості предикторів). Дипломатичність не є характерною рисою особистості лікарів-хірургів, але разом із тим, вона не є й тою, що заважає продуктивному доданню стресу. Хоча ця риса є протилежною сміливості хірургів у соціальних контактах, негативну роль ця риса відіграє у формуванні їх непродуктивних копінг-стратегій в поєднанні з іншими рисами особистості.

Підкореність і авторитарність визначають формування різних копінг-стратегій інтернів, але їх фіксація як предикторів долаючої поведінки свідчить на користь попередньо висловленої нами думки про соціально-психологічні умови становлення особистості лікаря-хірурга в умовах інтернатури як такі, що сприяють формуванню авторитарної особистості (розділ 2). Крос-культурні дослідження цього питання могли б дати відповідь про специфічність соціально-психологічних умов становлення лікаря-хірурга в нашій країні або ж універсальну притаманність лікарям-хірургам авторитарного стилю взаємодії з пацієнтами та залежними від них інтернами та медичним персоналом.

На основі застосованого математико-статистичного аналізу даних ми отримали такі регресійні рівняння для інтернів-хірургів контрольної групи



(табл.3.4). Подані регресійні рівняння були перевірені на мультиколеніарність (виявлені кореляційні зв'язки нижчі  $r=0,7$ ).

Таблиця 3.4

**Коефіцієнти регресійних рівнянь для копінг-стратегій хірургів-інтернів з контрольної групи**

<b>Залежна змінна: копінг-стратегії.</b>	<b>Коефіцієнти регресії (<math>\beta</math>).</b>	<b>Показники регресійних рівнянь.</b>
Копінг-стратегія планування розв'язання проблем	Самостійність ( $\beta=0,268$ )	$R^2=28,6\%$ ; $F=3,41$ ; $p \leq 0,05$
	Напруженість ( $\beta=0,242$ )	
	Безпечність ( $\beta=0,249$ )	
	Альтруїзм ( $\beta=0,255$ )	
Копінг-стратегія використання емоційно- соціальної підтримки	Дипломатичність ( $\beta=0,248$ )	$R^2=22,3\%$ ; $F=3,49$ ; $p \leq 0,05$
	Інтелектуальність ( $\beta=0,262$ )	
	Егоїстичність ( $\beta=0,283$ )	
Копінг-стратегія позитивного перевизначення та особистісного розвитку	Мрійливість ( $\beta=0,256$ )	$R^2=20,6\%$ ; $F=3,26$ ; $p \leq 0,05$
	Сміливість у соціальних контактах ( $\beta=0,253$ )	
	Доброзичливість ( $\beta=0,268$ )	

Зразу зазначимо, що серед предикторів копінг-стратегій інтернів контрольної групи відсутні емоційна стійкість та самодисципліна, формуванню яких ми багато приділили часу в формувальному експерименті. Із десяти властивостей особистості, які визначають вияв копінг-стратегій, лише чотири є тими, на активізацію розвитку яких був спрямований соціально-психологічний тренінг, що становить 40% від загальної кількості предикторів. Лише доброзичливість і дипломатичність є спільними властивостями особистості, які визначають формування копінг-стратегій у

контрольній та експериментальній групах. Ці властивості, як ми попередньо визначили, як такими що не є характерними для особистості лікарів-хірургів, отже їх розвиток у природних умовах діяльності хірурга носить індивідуальний характер.

Копінг-стратегія планування вирішення проблем обумовлена самостійністю, напруженістю, безпечністю та альтруїзмом. Самостійність особистості визначається її спроможністю у складанні ефективного, на її погляд, алгоритму дій в умовах стресогенної ситуації шляхом мобілізації власних ресурсів, спрямованих на конструктивне вирішення стресогенної ситуації. Позитивною ознакою такого алгоритму дій є існування вже існуючих й апробованих особою шляхів вирішення професійних завдань.

У свою чергу, коефіцієнт регресії напруженості свідчить про ослаблення когнітивних процесів, відчуття тривожності та погіршення психічної активності емоційно-моторних реакцій особистості. Важливого значення набувають зміни у сенсомоторних діях хірурга, оскільки від вправності дрібної моторики інтерна залежить життя людини. А коефіцієнт безпечності характеризує неуважну та безвідповідальну особистість, яка не докладатиме зусиль щодо розв'язання стресогенних ситуацій, пошуку шляхів вирішення професійних завдань або усунення наслідків неприйнятних для професійної діяльності ситуацій (наприклад, некоректне вивчення анамнезу хворого й випущення з уваги одного з симптомів захворювання). Здебільшого безпечність, у вираженому її прояві, властива творчим особистостям або вченим, які занадто захопилися розв'язанням або вивченням конкретного питання й відсторонюються від реального вирішення нагального професійного завдання. Звертаємо увагу на те, що безпечність і напруженість – протилежні властивості особистості, але наявні в одному регресійному рівнянні. Отримані емпіричні дані, можуть свідчити на користь доцільності використання нами метафори «бентежної особистості» в описі «енергійно-квапливої» особистісної стратегії долаття стресу інтернами

(підрозділ 2.8). Поряд із цим безпечність може виконувати захисну функцію маскування тривожності на рівні зовнішніх, поведінкових виявів особистості інтерна.

Альтруїзм також визначає використання копінг-стратегії планування розв'язання проблем. Як ми вже зазначали, альтруїзм свідчить про здійснення особою благих намірів без будь-яких корисливих думок та без їх заохочення соціальним середовищем. Поряд з позитивною характеристикою альтруїстичних намірів людини, науковці стверджують, що альтруїзм є проявом прихованого егоїзму або агресії [85; 94]. Альтруїзм інтернів досить природно поєднується з самостійністю як чинники стратегії планування розв'язання: вони свідомо хочуть допомагати людям, самостійно планують, як це робити. Так і вчиняють малодосвідчені та безпечні інтерни.

На нашу думку, досить суперечливим є поєднання зазначених дескрипторів та їх вплив на копінг-стратегію планування розв'язання проблем, який характеризується цілеспрямованим аналізом особистості стресогенної ситуації та плануванням можливих варіантів її вирішення. Зазначену суперечливість ми пояснюємо такими аргументами: або інтерни контрольної групи вдають видимість активної діяльності та пошуку нагальних питань і таким чином «заслуговують» на соціальну бажаність; або інтерни контрольної групи лише розмірковують про шляхи долання стресогенних ситуацій, проте не активно діють. Мислення – це звісно активний процес, проте коли він не спирається на реальні способи, шляхи розв'язання, а базується лише на вербальному розмірковуванні, то він не має перспектив реалізації.

Копінг-стратегія використання емоційно-соціальної підтримки обумовлена дипломатичністю, інтелектуальністю та егоїстичністю. Даний копінг базується на можливості вирішення особою стресогенної ситуації за допомогою залучення соціальних ресурсів (сім'ї, друзів, колег) та емоційної підтримки. За таких умов долаюча поведінка хірурга характеризується

комунікативною та емоційною взаємодією з близьким оточенням, намаганням отримати цінну пораду, практичний досвід або знання від старших колег та прагнення бути вислуханим. Позитивною ознакою даного копінгу є використання допоміжних соціальних ресурсів задля позитивного долаання стресогенної ситуації. Проте наполегливість в отриманні зовнішньої, соціальної підтримки може бути проявом залежної форми поведінки, що для лікаря-хірурга є негативним, оскільки сформована звичка спиратися на допомогу колег може негативно відзначитися у непередбачуваних для особи стресогенних ситуаціях.

Вважаємо, що дипломатичність вдало взаємодіє з інтелектуальністю інтернів, бо допомагає їм швидко знаходити причинно-наслідкові зв'язки між явищами за допомогою дипломатичного спілкування з колегами. І саме зв'язок дипломатичності й інтелектуальності у інтернів контрольної групи є фундаментом у прояві егоїстичних намірів людини та її суб'єктивній схильності бути лідером у колі медичних практиків, однодумців.

Егоїстичність особистості характеризується орієнтацією на власні прагнення, мотиви, бажання, прагнення задовольнити суто свої потреби та ігноруванням інтересів колег й соратників. Людина з егоїстичними намірами здатна порушити встановлені правила на норми, які встановлені у професійній групі заради досягнення власної мети. Варто враховувати, що розвиток егоїстичних намірів особистості залежить від дитячо-батьківських відносин та виховання людини. У дорослому віці прояв егоїзму, байдужості до намірів й почуттів оточуючих, а разом з цим звернення уваги на себе й високою стурбованістю лише власними інтересами та потребами, може призводити до виникнення конфліктів у професійній діяльності хірургів. Поєднання цих трьох особистісних властивостей у формуванні копінгу соціально-емоційної підтримки змальовує особистість, яка вдало використовує свої і чужі ресурси (можливо, переважно – чужі) у розв'язанні власних проблемних ситуацій.

Важливо приділити особливу увагу копінг-стратегії позитивного перевизначення та особистісного розвитку. Даний копінг передбачає долання стресогенних ситуацій за рахунок позитивної рефлексії, філософського ставлення до виникнення стресогенних, напружених ситуацій, вирішення яких слугує стимулом особистісного розвитку для інтернів. Проте, негативним наслідком активізації даного копіngu може бути недосконале розуміння хірургом усієї важливості та серйозності наслідків актуальних стресогенних ситуацій.

Мрійливість – це здатність особистості створювати уявні образи бажаного майбутнього; у мрійливості вагому роль відіграє розвиток фантазії людини. Вважаємо, що за допомогою мрійливості інтерн перспективно ототожнює себе з професіоналом хірургом, фантазує щодо своєї поведінки та положення у тенетах професійної діяльності, а також продукує шляхи розв'язання хірургічних питань у майбутньому. Взагалі, фантазійність особистості це дуже сильний ресурс (за виключенням патологічної фантазійності) у досягненні своєї мети, виконанні поставлених задач тощо, оскільки у кінцевому випадку «ми стаємо тими, про кого мислимо».

Сміливість у соціальних контактах характеризується відвагою особистості в процесах спілкуванні та взаємодії з іншими, що виявляється у відповідальній відвертості хірурга з пацієнтами, активності в професійних дискусіях, відсутності страху звернутися за порадою до колег або наставників. На нашу думку, саме доброзичливість інтернів у цьому випадку відіграє важливу роль, оскільки загальновідомо, що відповідь опонента залежить від того, з яким ставленням (дружнім/недружнім) або проханням (зрозумілим/незрозумілим) звернутися до іншого.

Аналізуючи результати множинного регресійного аналізу, ми помітили, що деякі спільні особистісні властивості впливають на формування копінгів інтернів експериментальної та контрольної груп. Так, дипломатичність та доброзичливість впливають на формування копінг-стратегій респондентів

обох груп. Але в експериментальній групі дипломатичність впливає на копінг-стратегію самоконтролю, а у контрольній групі – на використання емоційно-соціальної підтримки; доброзичливість в експериментальній групі впливає на копінг-стратегію прийняття відповідальності, а в контрольній групі – на позитивне перевизначення та особистісний розвиток. Також ми помітили, що копінг-стратегії обох груп респондентів набули активних форм долаючої поведінки, однак в експериментальній групі всі стратегії, які визначаються розвитком особистісних властивостей, відповідають критеріям продуктивності, а в контрольній групі стратегії емоційно-соціальної підтримки та позитивного перевизначення не завжди можуть спрацювати як раціонально-продуктивні стратегії саме під час додання стресу та ефективного розв'язання актуальних завдань діяльності хірурга. Позитивне перевизначення та емоційно-соціальна підтримка можуть набувати важливого значення в доданні негативних наслідків стресогенної ситуації, в процесі осмислення причин її виникнення, структурування власного досвіду та означення як особистісного ресурсу для передбачення та ефективного додання ймовірних майбутніх складних емоційно напружених ситуацій. В експериментальній групі визначені нами емпірично стратегії інтернів безпосередньо спрямовані на продуктивне додання стресу «тут і зараз».

В експериментальній групі респондентів вплив визначених особистісних чинників на формування копінг-стратегій базується на єдності емоційного та раціонального ставлення до стресогенних ситуацій хірургічної діяльності, що виражається у відповідному *поєднанні когнітивних та емоційних складових долаючої поведінки*; натомість у контрольній групі респондентів вплив визначених особистісних чинників на формування копінг-стратегій відбувається здебільшого неузгоджено, бентежно.

На нашу думку, це пов'язано з активним етапом проходження адаптації інтернів хірургічного відділення до умов хірургічної діяльності. Відмінність між групами респондентів обумовлена проведенням тренінгової

програми в експериментальній групі. Звісно, копінг-стратегії особистості як динамічний процес формуються в актуальних для людини умовах, проте з допомогою тренінгу ми вплинули на їх формування, активізували ті особистісні властивості, які є ресурсними для інтерна у долатті стресогенних ситуацій.

У теоретично-оглядовому розділі дисертації ми зазначали, що копінг-стратегії – це цілеспрямований, свідомий процес особистості, спрямований на розв'язання стресогенних ситуацій. На нашу думку, з методологічного аспекту будь-який процес має свої етапи розвитку, серед яких: зародження, активний етап розвитку та закріплення. Ми вважаємо, що копінг-стратегії експериментальної групи інтернів знаходяться на етапі закріплення; а копінг-стратегії контрольної групи знаходяться на етапі «емоційного розвитку», оскільки з еволюційного погляду, емоції людини є першоджерелом у пізнанні світу.

Отже, на відміну від виявленого нами в звичайних умовах професійної діяльності інтернів хірургічного відділення впливу особистісних чинників лише на формування копінг-стратегій, які рідко використовуються та мають негативну динаміку розвитку, в експериментальній групі респондентів нами зафіксовано вплив особистості на провідні копінгі, які мають позитивну динаміку свого розвитку та виражено використовуються інтернами в своїй діяльності (самоконтроль, прийняття відповідальності та активний копінг). Крім того ті ж самі особистісні властивості, які впливали на формування пасивного пристосування інтернів до стресогенних умов на попередньому етапі дослідження (чутливість до нового, напруженість, самодисципліна обумовлювали дистанціювання від ситуації та концентрування на емоціях) тепер формують активні копінгі, які свідчать про свідоме та виважене ставлення до обраного виду професійної діяльності, прийняття її особливостей. Хоча нами й зафіксовано відносно різні механізми зв'язку рис особистості з прийняттям відповідальності в лікарів і інтернів, але

обумовленість формування цього копінгу емоційною стійкістю відстежується в обох випадках. Ймовірно, що в подальшому в опануванні цього копінгу інтерни будуть усе більше спиратися на інтрасуб'єктні свої властивості, як це роблять їх старші колеги, залишаючи використання приятельства та доброзичливості не для ситуацій долання стресу, а на інші цілі.

Хоча за допомогою аутогенних технік ми і намагалися нівелювати вплив тривожності інтернів на розв'язання завдань їх діяльності в емоційно напружених ситуаціях, однак повністю вилучити цей чинник з регуляції поведінки хірургів мабуть неможливо і більш досконаліми методами боротьби зі стресом, ніж навчально-формувальний тренінг. Тривожність сигналізує про небезпечність певної ситуації та активізує ресурси особистості з її долання. Діяльність людини в емоційно напружених і обмежених у часі для прийняття рішення ситуаціях, безумовно, буде викликати тривожність, яка провокуватиме вияв авторитарних манер її поведінки, оскільки в такий спосіб вона отримує впевненість в тому, що все знаходиться під її контролем. Ось чому саме авторитарність, тривожність, чутливість завжди будуть присутні в регуляції поведінки лікарів-хірургів як особистісні чинники долання стресу. Незважаючи на те, що відсутня значуща різниця між групами респондентів у використанні активного копінгу і він виражено використовується обома групами, але вплив особистісних чинників на його формування нами зафіксовано лише в експериментальній групі.

Хоча копінг-стратегії, які визначаються особистісними чинниками, в контрольній групі і важливі для інтернів у доланні стресу, але вони використовуються ними, як показують результати констатувального етапу дослідження, здебільшого помірно. Не зважаючи на те, що деякі з наведених у формулах особистісних чинників (інтелектуальність, сміливість) загалом відіграють вагому роль у прийнятті відповідальності хірургами та формуванні інших провідних копінгів хірургів, але поєднання цих властивостей з егоїстичністю, мрійливістю обумовило вибір особистістю



інших копінгів: які не завжди є провідними, які не свідчать про їх суб'єктність (емоційно-соціальна підтримка), а іноді є неоднозначними для особистості хірурга (позитивне перевизначення). Якщо в експериментальній групі лише підкореність можна віднести до тих властивостей, які не є визначальними в структурі особистості хірурга, то в контрольній таких властивостей уже декілька. Інтерни контрольної групи на відміну від експериментальної групи не мали орієнтирів або додаткової інформації щодо шляхів долаання стресогенної ситуації, тому вони нібито експериментують із стресогенною ситуацією з метою знаходження певного способу діяти в таких умовах.

Підведення підсумків навчально-формувального тренінгу в експериментальній групі та колективне обговорення його результатів дали можливість зазначити важливість для інтернів-хірургів формування своєї рольової ідентичності в процесі взаємодії з їх більш досвідченими колегами – лікарями-хірургами, прийняття ролі «дорослого» та зняття дитячих стереотипних, захисних моделей поведінки. Рольові моделі поведінки «дорослого» є хорошими мікросоціальними ресурсами особистості, які мінімізують негативний вплив механізмів психологічного захисту. Сміливість у соціальних контактах у поєднанні з тактовністю та товариськістю у взаємодії сприяють реальному сприйняттю обставин хірургічної діяльності, а не дистанціюванню від них; і це також є виявом відповідального, дорослого, особистісно зрілого ставлення інтернів-хірургів до розв'язання проблемних і водночас для них стресогенних ситуацій. Отже, якісний аналіз результатів соціально-психологічного тренінгу серед інтернів-хірургів суттєво доповнив і уточнив його кількісні показники, що підтверджені математично-статичними розрахунками.

Загалом можна сказати, що зафіксований нами вплив особистісних властивостей на провідні копінг-стратегії інтернів контрольної групи відобразив стихійний, бентежно-хвилюючий, сповнений емоціями процес

знаходження ними особистісних ресурсів долаття стресу. В експериментальній групі вплив емоційних чинників на формування копінг-стратегій поєднувався з раціональним ставленням інтернів до розв'язання проблем, які виникають у їх професійній діяльності, більшою мірою відображав особливості стресогенних ситуацій, які можуть виникати в ній. Таким чином, за допомогою експерименту визначено можливості цілеспрямованого формування копінг-стратегій інтернів хірургічного відділення під впливом актуалізації процесу розвитку їх особистісних властивостей.

Отже, в експериментальному дослідженні ми формували низку властивостей особистості інтернів хірургічного відділення, серед яких основними є такі: емоційна стабільність, самостійність і самодисципліна, інтелектуальність, комунікативна компетентність і доброзичливість. У предикторах формування продуктивних копінг-стратегій виявилися усі з наведених вище блоків властивостей: емоційна стабільність, самодисципліна, інтелектуальна чутливість до нового, доброзичливість, товарицькість і дипломатичність, які так важливі в соціально-психологічній підтримці на етапі становлення особистості лікаря-хірурга.

Базуючись на результатах емпіричного дослідження та узагальнюючи результати формувального експерименту, зробимо висновок: задля успішного долаття стресогенних ситуацій інтернам необхідно більш широко використовувати раціональні копінг-стратегії планування розв'язання проблем, за обставинами – м'який гумор, а лікарям-хірургам – ті, які спрямовані на емоційну взаємодію з референтним колом спілкування колег і учнів. Зменшення застосування стратегії використання психоактивних речовин буде залежати від: мінімізації дії психологічних захистів (регресії та заперечення) та натомість використання для протидії цим механізмам нових моделей рольової поведінки, певних особистісних властивостей і копінг-стратегій – шляхом взяття на себе ролі «дорослого» та вияву сміливості в

спілкування з пацієнтами та прийняття реальних обставин стресогенної ситуації. Використання більшої різноманітності копінгів, заміна пасивних копінгів на активні, а також розширення сфер пошуку засобів долаття стресу – в процесі соціальної взаємодії за рахунок розвитку як інтрасуб'єктних, так і інтерсуб'єктних властивостей особистості хірурга – становитимуть особистісні та організаційно-діяльнісні ресурси формування його конструктивних копінг-стратегій.

Отже, проведений нами навчально-формувальний тренінг, спрямований на активізацію розвитку особистісних властивостей інтернів хірургічного відділення, сприяв формуванню в них активних форм копінг-стратегій.

### **Висновки до третього розділу**

1. На відміну від виявленого нами в повсякденних, звичайних умовах професійної діяльності інтернів-хірургів впливу особистісних чинників лише на формування копінг-стратегій, які рідко використовуються та мають негативну динаміку розвитку, в даному випадку нами зафіксовано вплив особистості на провідні копінги хірургів, які мають позитивну динаміку свого розвитку та виражено використовуються інтернами. Отже, запропоновані нами активні методи соціально-психологічного впливу на формування копінг-стратегій доводять можливість цілеспрямованого впливу особистості на цей процес. В експериментальній групі вплив емоційних чинників на формування копінг-стратегій поєднувався з раціональним ставленням інтернів до розв'язання проблем, які виникають у їх професійній діяльності, більшою мірою відображав особливості стресогенних ситуацій, які можуть виникати в ній. Вплив особистісних чинників на формування активного копінгу зафіксовано лише в цій групі. У контрольній же групі процес формування копінг-стратегій відобразив

стихийний, сповнений емоціями процес знаходження інтернами особистісних ресурсів додання стресу.

2. Згідно теоретичної моделі нашого дослідження та на основі узагальнених результатів емпіричного дослідження (констатувального та формувального етапів) до особистісних ресурсів продуктивного додання стресу лікарями-хірургами слід віднести:

– на особистісному рівні: активізацію властивості особистості, які поєднують когнітивні та емоційні її складові (інтелектуальність, чутливість до нового, емоційну стійкість та ін.); мінімізацію дії психологічних захистів, таких як регресія та заперечення;

– на організаційно-діяльнісному рівні: взяття на себе ролі «дорослого» та вияву сміливості в процесі взаємодії та прийняття реальних обставин стресогенної ситуації;

– на регулятивно-поведінковому рівні: у ширшому використанні продуктивних копінг-стратегій, які сприяють усуненню емоційного напруження, відновленню активності особистості та здобуття результативного розв'язання проблеми без суб'єктивного сприйняття надмірності витрачених особою зусиль задля досягнення цього позитивного результату своєї діяльності; до таких копінг-стратегій відносяться: планування розв'язання проблем, особистісний розвиток, прийняття відповідальності, інформаційна та емоційна взаємодія з референтним колом спілкування.

Основні наукові результати розділу представлено в одній праці, яка опублікована у фаховому виданні [118]

## ВИСНОВКИ

У дисертації представлено теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової проблеми визначення особистісних чинників формування копінг-стратегій лікарів-хірургів та з'ясування їхніх ресурсів у продуктивному доланні стресу. Отримані результати дають підстави для таких висновків:

1. На основі теоретико-методологічного аналізу психологічної природи копінг-стратегій та передумов їх формування в діяльності лікарів-хірургів побудовано теоретичну модель впливу особистісних чинників на формування копінг-стратегій, яка містить структурні рівні формування копінг-стратегій лікарів-хірургів, що репрезентують вплив особистісних чинників на цей процес: власне особистісний (риси особистості та механізми психологічного захисту), організаційно-діяльнісний (завантаженість і стресованість особистості, особливості виконуваних нею ролей, її міжособові стосунки, що відображають специфіку емоційно-напруженої діяльності) та поведінково-регулятивний, який описує способи реагування, психічну активність та дії особистості в стресовій ситуації (окремі копінги або копінг-стратегії). Кожен із рівнів не функціонує окремо від інших, а утворює індивідуальні цілісні патерни психічної саморегуляції особистості.

Аналіз процесу формування копінг-стратегій лікарів-хірургів під впливом особистісних чинників на цих рівнях дає змогу розкрити механізми психічної регуляції поведінки особистості в стресогенних ситуаціях під впливом свідомих і несвідомих індивідуальних, міжособових, суб'єктивно оцінених ситуаційних чинників. Такий підхід дає можливість більш широко виявляти ресурси особистості в доланні стресогенних ситуацій.

2. Установлено, що процес формування копінг-стратегій в інтернів-хірургів є більш динамічним, а в лікарів-хірургів – поступовим та диференційованим; у ситуації стресу інтерни здебільшого використовують позитивну переоцінку та емоційно-соціальну підтримку, а лікарі беруть на себе відповідальність та активно діють, що свідчить про обумовленість

долаючої поведінки лікарів-хірургів віковими, професійними та діяльними складовими їхньої особистості. З'ясовано, що активне додання, прийняття відповідальності, самоконтроль, соціальна та емоційна підтримка, планування є тими засобами додання стресу, використання яких має позитивну динаміку та досягає високого рівня, що свідчить про готовність хірургів, як досвідчених, так і початківців, осмислювати стресогенну ситуацію та сприймати процес її додання як один із шляхів власного особистісного саморозвитку. Поряд із цими конструктивними стратегіями як інтерни, так і лікарі постійно та з наростаючою динамікою використовують копінг вживання психоактивних речовин, що активізується на психофізіологічному рівні та не сприяє продуктивному доданню стресогенних ситуацій.

3. Виявлено, що характерні для лікарів-хірургів риси особистості, такі як емоційна стабільність, самоконтроль, інтелектуальність, а також механізми психологічного захисту – раціоналізація та заміщення – обумовлюють формування в них провідного копінгу прийняття відповідальності. Відносно протилежні за змістом риси особистості (емоційна нестабільність, дипломатичність як полюсний вияв сміливості в соціальних контактах) та механізми психологічного захисту – регресія та заперечення, призводять до вживання лікарями-хірургами психоактивних речовин. Нехарактерні для інтернів-хірургів особистісні властивості та значний вплив механізмів психологічного захисту обумовлюють вияв другорядних копінг-стратегій у структурі їх долаючої поведінки, що опосередковано вказує на їх внутрішній опір змінам, яких вимагає їхня хірургічна діяльність. Динаміка формування копінг-стратегій хірургів під впливом особистісних чинників підтверджує основну роль їхніх інтрасуб'єктних якостей у доданні стресу порівняно з інтерсуб'єктивними, однак на певних етапах становлення особистості лікаря, у період інтернатури важливими стають і ті, які сприяють їхній емоційній і соціальній підтримці.

Загалом особистісні стратегії додання стресу лікарями-хірургами можна визначити як активно-раціонально-авторитарну, емотивно-дипломатичну та пасивно-неемоційну, а інтернами-хірургами – як пасивно-неемоційну, пасивно-неквапливу, енергійно-квапливу та стратегію «тривожного планувальника».

4. Доведено, що завдяки виявленню особистісних ресурсів додання стресу на різних рівнях їх функціонування та створенню психологічних умов для їх актуалізації та розвитку (прийняття реальних обставин і планування діяльності, мінімізація дії деяких механізмів психологічного захисту, оптимізація процесів міжособової взаємодії, ідентифікація ролей тощо) хірурги можуть частіше використовувати копінги активного додання стресу, самоконтролю, планування розв'язання проблем, прийняття відповідальності та водночас рідше – копінги пасивного пристосування до стресу.

**Перспективи подальших досліджень** вбачаємо в з'ясуванні зв'язку між копінг-стратегіями і психосоматичними захворюваннями лікарів-хірургів з метою визначення психологічних чинників та засобів збереження їхнього професійного здоров'я.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Абитов И. Р. Антиципационная состоятельность в структуре совладания (в норме и при психосоматических и невротических расстройствах): дис. канд. психол. наук. Казань, - 2007. – 159 с.
2. Абитов И.Р. Взаимосвязь механизмов антиципации, психологической защиты и копинга / И.Р. Абитов // Материалы международной межвузовской – 467 с.
3. Абрамов В. В. Особливості копінг-поведінки в залежності від часової орієнтації особистості: автореферат дисертації на здобуття наук. ст. канд. психол. наук: спец. 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології» / В. В. Абрамов. – Київ, 2014. – 16 с.
4. Абульханова-Славская К.А. О путях строения личности / К.А. Абульханова-Славская // Психологический журнал. – 1983. – Т.4 – №1. – С. 14-29.
5. Александровский Ю. А. Социально-стрессовые расстройства / Ю.А. Александровский // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. – 1992. – В.2. – С. 5-10.
6. Анохин П. К. Теория функциональной системы как основа для понимания компенсаторных процессов организма / П. К. Анохин // Учёные записки МГУ. Психология. Вопросы восстановления психофизиологических функций. - 1947.- Т. 2. - С. 32-41.
7. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем / П.К. Анохин. - М., 1975.- 447 с.
8. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л. И. Анцыферова // Психологический журнал. - 1994. - Т.15, №1. - С. 3–19.
9. Арестова О.Н. Индивидуальные особенности функционирования защитных механизмов / О. Н. Арестова, Н.В. Калинина // Вестник Московского университета. – 2000. – № 1. – С. 20-29.



10. Аршава І. Ф. Сучасні напрями зарубіжної психології. Психологія особистості (підручник з Грифом МОН України) / Е. Л. Носенко, І. Ф. Аршава – Д.: Вид-во ДНУ, 2010. – 364 с.
11. Аршава І. Ф. Емоційна стійкість людини та її діагностика: монографія / І. Ф. Аршава. – Д.: Вид-во ДНУ, 2006. – 336 с.
12. Аршава І. Ф. Особистісні детермінанти вибору людиною конструктивної та неконструктивної форм проактивної копінг-поведінки / І. Ф. Аршава, Д. В. Носенко // Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький держ. пед. ун-т імені Г. Сковороди» : тематичний випуск «Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання». – К.: Гнозис, 2013 р. – Т. 4, дод. 1 до Вип. 29. – С. 42-50.
13. Аршава І.Ф. Аспекти імпліцитної діагностики емоційної стійкості людини: моногр. / І. Ф. Аршава, Е. Л. Носенко. – Д.: Вид-во ДНУ, 2008. – 468с.
14. Бассин Ф. В. Проблема бессознательного / Ф.Б. Бассин. - М. : Медицина, 1968. – 196 с.
15. Бассин Ф. В. О некоторых современных тенденциях развития теории бессознательного: установка и значимость (заключительная статья) / Ф. В. Бассин // Бессознательное: природа, функции, методы исследования. – Тбилиси, 1985. – Т. 4. – 340 с.
16. Белова М.Э. Система тренинговых занятий как способ коррекции уровня стрессоустойчивости сотрудников негосударственных предприятий безопасности. / М. Э. Белова // Наука і освіта. Одеса, 2008.- № 8-9.С. 14 – 18.
17. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. — Л.: Наука , 1988. — 270 с.
18. Берн Э. Групповая психотерапия / Э. Берн. – Пер. с англ. А. Калмыкова, Е. Калмыковой, В. Калиненко. – Предисл. В. Калиненко. – М.: Академический Проект, 2000. – 464 с.
19. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. / Э. Берн. – С.П.: Университетская книга, 1997. – 256 с.

20. Бодров В. А. Информационный стресс / В.А. Бодров – М.: ПЕР СЭ, 2000. – 352с.
21. Бодров В. А. Проблема преодоления стресса. «COPING STRESS» и теоретические подходы к его изучению / В. А. Бодров // Психол. журнал. – 2006. - Т. 27. - № 1. - С. 122-133.
22. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь : теория и практика / Александр Федорович Бондаренко. М. : Класс, 2001. – 331 с.
23. Боснюк В. Ф. Зв'язок механізмів психологічного захисту з копінг- стратегіями у рятувальників / В. Ф. Боснюк // Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. – сер. психологія. – Харків : ХНПУ, 2011. – Вип. 41. – С. 33– 42.
24. Боснюк В. Ф. Зв'язок професійної успішності рятувальників з копінг- стратегіями / В. Ф. Боснюк // Наукове забезпечення службово-бойової діяльності внутрішніх військ МВС України : IV науково-практична конференція (Харків, 22 лютого 2012 року). – Харків : АВВМВСУ, 2012. – С. 80–81.
25. Васильев И. А. Место и роль эмоций в психологической системе / И.В. Васильев. – Вестник Московского университета – Сер.14. – 2008. – №2 – с.113-127.
26. Василюк Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. – М.: Издательство Московского университета, 1984. – 71с.
27. Василюк Ф. Е. Жизненный мир и кризис: типологический анализ критических ситуаций / Ф. Е. Василюк // Журнал практической психологии и психоанализа – 2001. - № 4. – С.12–20.
28. Вассерман Л. И. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика / Л. И. Вассерман В. А. Абабков, Е. А. Трифонова. – СПб.: Речь, 2010 – 192с.
29. Величковский Б. Б. Комплексная диагностика индивидуальной устойчивости к стрессу в рамках модели «состояние – устойчивая черта» / Б. Б. Величковский, М. И. Марьин // Вестник Московского университета. – 2007. – № 2. – С. 34–47.

30. Ветрова И. И. Сравнение динамики психологических механизмов регуляции поведения (совладания, психологических защит и контроля поведения) у подростков в лонгитюдном исследовании и методом срезов // Вестник Костромского государственного университета им. Н. А. Некрасова. Серия «Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социогенетика». 2009. Т. 15. №4. С. 233-237.
31. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса / Н.Е. Водопьянова. – СПб. : Питер, 2009. – 336 с.
32. Газета МОЗ України і галузевої профспілки [Електронний ресурс] // Міністерство охорони здоров'я України, 2015. – Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/vz/doctors/cardiology>
33. Гантен Д. Эмоциональный стресс и болезни / Д. Гантен, Н.А. Николаев, К.В. Судаков. – Журнал «Наука и человечество». – М., 1986. – с.23-25.
34. Герриг Р., Зимбардо Ф. Психология и жизнь / Р. Герриг, Ф. Зимбардо. – М.: Питер, 2004. – 954 с.
35. Годфруа Ж. Что такое психология: в 2-х т. Изд. 2-е, стереот. Т. 2: Пер. с франц. – М. : Мир, 1996. – 376 с.
36. Горностай П. П. Теория и практика психологического консультирования: проблемный подход / П. П. Горностай, С. В. Васьковская. – Киев : Наукова думка, 1995. – 128 с.
37. Горностай П. Психологічна допомога молоді в умовах соціально-економічної кризи / П. Горностай // Психолого-педагогічна наука і суспільна ідеологія. – К., 1998. – С. 312-317.
38. Готтсданкер Р. Основы психологического эксперимента / Р. Готтсданкер. –
39. Грановская Р. М. Система психологической защиты и копинг-стратегии / Р. М. Грановская // Психология совладающего поведения: материалы Междунар. науч.- практ. конф. / отв. ред.: Е. А. Сергиенко, Т. Л. Крюкова. – Кострома : КГУ им. Н. А. Некрасова, 2007. – С. 26-28.

40. Гутман Л. Основы шкалограммного анализа // Математические методы в современной буржуазной социологии. М.: Прогресс, 1966. С. 288-343.
41. Джеймс М. Транзакционный анализ с гештальт упражнениями: пер. с англ. / М. Джеймс, Д. Джонгвард; под общ. ред. и послесл. Л. А. Петровской. – М.: Прогресс, 1993. – 336 с.
42. Диагностика здоровья. Психологический практикум / под ред. проф. Г. С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2007. – 950 с.
43. Диагностика профессионального выгорания / К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е.Водопьяновой. – Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. // Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., 2002. С.360-362
44. Дикая Л. Г. Исследование индивидуального стиля саморегуляции психофизиологического состояния / Л. Г. Дикая, В. В. Семикин, В. И. Щедров // Психол. журн. 1994. – Т. 15, № 6. – С.28-37.
45. Дикая Л. Г. Отношения человека к неблагоприятным жизненным событиям и факторы их формирования / Л. Г. Дикая, А. В. Мохнач // Психологический журнал. – 1996. – № 3. – С. 137-149.
46. Долгова В. И., Кондратьева О. А. Психологическая защита / монография. – М.: Издательство Перо, 2014. – 160 с.
47. Доценко О. Н. Эмоциональная направленность как фактор «выгорания» у представителей социномических профессий / О. Н. Доценко // Психологический журнал. –2008. – №5. – С.29.
48. Дробницкий О. Г. Некоторые аспекты проблемы ценностей / О. Г. Дробницкий // Проблемы ценностей в философии / под ред. А. Г. Харчева [и др.] – М: Наука, 1966. – С.25-40
49. Дружилов С. А. Становление профессионализма как процесс формирования концептуальной модели профессиональной деятельности // Журнал прикладной психологии. 2004. № 6. С. 56–60.

50. Дружинин В.Н. Экспериментальная психология. - СПб: Изд-во "Питер", 2000. - 320 с.
51. Евтихов А. В. Практика психологического тренинга / О. В. Евтихов – СПб. : Издательство «Речь», 2004. — 256 с.
52. Евтихов, О.В. Структурная модель лидерских качеств организационного лидера / О.В. Евтихов // Вестник высшей школы. – 2011. – №5. – С. 41-46.
53. Зацепин П. М. Комплексная безопасность потребителей эксплуатационных характеристик строений / П. М. Зацепин, Н. Н. Теодорович, А. И. Мохов // Промышленное и гражданское строительство. – 2009.— № 3.— С. 42.
54. Зинченко В. П., Мещеряков Б. Г. «Большой психологический словарь» – М.: Прайм Еврознак. Под ред. Б. Г. Мещерякова, акад. В. П. Зинченко. 2008. – 857 с.
55. Камінська І. П. Проблеми деонтологічного виховання і морального розвитку студентів медиків / І. П. Камінська // Розвиток сучасної освіти: теорія, практика, інновації : зб. матеріалів Міжнар. наук. - практ. конф., (Київ, 14 – 16 травня 2015 р.). – К.: Міленіум, 2015. – С. 92 – 93.
56. Карамушка Л. М. Психологічні особливості професійного стресу у працівників медичних установ/ Л. М. Карамушка, О. О. Раковчена// Главный врач. - №12. – К.: Блиц-Информ, 2009. – С.88-93.
57. Карвасарский Б. Д. Неврозы / Б. Д. Карвасарский. - М.: Медицина, 1990. - 576 с.
58. Карпенко Є. В. Захисні механізми як фактор професійного становлення особистості / Є. В. Карпенко // II Міжнар. наук. - практ. конференція «Генеza буття особистості» (19 – 20 грудня 2011 року). – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2011. – Т. II. – С. 235 – 238.
59. Карпенко Є. В. Трансформація захисних механізмів у копінг-стратегії в процесі професійної соціалізації особистості / Зіновія Карпенко, Євген Карпенко // Проблеми загальної та педагогічної психології : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. С. Д. Максименка. – Т. XIV. – Ч. 2. – К., 2012. – С. 140 – 151.

60. Кириленко Т. С. Психическая напряженность и ее проявления в зависимости от особенностей деятельности: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.03 / Т. С. Кириленко. – Л., 1977. – 17 с
61. Кирпенко Т. М. Психологічний самозахист особистості як соціально-психологічна проблема / Т. М. Кирпенко // Наукова спадщина І. О. Синиці в контексті сучасної педагогічної психології : матеріали круглого столу присвяченого наук. творчості відомого укр. психолога. – К. : ДП «Інф.-аналіт. Агентство», 2014. – С. 31–32.
62. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса / Л. А. Китаев-Смык. - М.: Наука, 1983. – 168 с.
63. Китаев-Смык Л. А. Стресс войны: фронтовые записки врача-психолога / Л. А. Китаев-Смык. – М. : Рос. ин-т культурологии, 2001. – 79 с.
64. Китаев-Смык Л. А. Факторы напряженности творческого процесса / Л. А. Китаев-Смык // Вопросы психологии. – 2007. – № 3. – С. 69–82.
65. Кляпець О. Я. Феномен емоційного вигоряння в сім'ї // Соціальна психологія. – 2006. – №4 (18). – С. 168-176.
66. Кляпець О. Я. Профілактика порушень адаптації молоді до сімейних стресів та криз / О. Я. Кляпець // Соціально-психологічна профілактика порушень адаптації молоді до повсякденного стресу : методичні рекомендації / за ред. Т. М. Титаренко. – К., 2010. – С. 27-40.
67. Коваленко А. Б. Дослідження копінг-поведінки: Тенденції та перспективи / А. Б. Коваленко, Н. В. Родіна // Наука і освіта. – 2011. - №9.- С. 110-113.
68. Ковтун Е. В. Совладание со стрессом и саморегуляция в экстремальных условиях деятельности [Текст] / Е. В. Ковтун // «Психология стресса и совладающего поведения»: материалы Междунар. науч.- практ. конф.– Кострома, 26–28 сентября 2013 года / КГУ им. Н. А. Некрасова. – Кострома, 2013. – С. 240 – 242.
69. Козьмина Л. Б. Психологическое благополучие как актуальное переживание личностью событий своей жизни во временном континууме/ Л. Б. Козьмина //

- Вестник сибирской академии права, экономики и управления. – №1 (15). – 2012. – С. 55-60.
70. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини : психофізіол. аспект забезпечення діяльн. : монографія / О. М. Кокун. – К. : Міленіум, 2004. – 265 с.
71. Кокун О. М. Теоретико-методологічні та практичні засади дистанційної психодіагностики в професійній сфері // Практична психологія та соціальна робота. - 2010. - № 7. - С. 65 - 68.
72. Колосов А. Б. Изучение психологических ресурсов спортсмена в контексте преодоления стрессовых ситуаций // Материалы VII междунар. науч. сессии БГУФК и НИИФКиС РБ по итогам науч.- исслед. работы за 2003 г. – Минск: БГУФК, 2004. – С.368 – 369.
73. Конопкин О. А. Связь учебной успеваемости студентов с индивидуально-типологическими особенностями их саморегуляции/О.А. Конопкин, Г.С. Прыгин // Вопросы психологии. –1984. –№ 3. – С. 42-52.
74. Корнієнко І. О. Факторний аналіз методів діагностики опанувальної поведінки / І. О. Корнієнко // Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка. – К. : ГНОЗІС, 2008. – Т. 10, ч. 5. – С. 230–240.
75. Корнієнко І. О. Шляхи корекції неконструктивних стратегій опанування складними ситуаціями за допомогою тренінгу / І. О. Корнієнко // Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Актуальні проблеми психології / за ред. С. Д. Максименка. – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2007. –Т. 5. – С. 130–135.
76. Королюк Т. І. Проблема використання вітчизняних психотехнік у консультативній та психотерапевтичній роботі // Практична психологія та соціальна робота. – К., 2013. – № 2. – С. 57-63.
77. Косарев В. В. Состояние здоровья и качество жизни медицинских работников, имеющих профессиональные заболевания /В. В. Косарев, С. И. Двойников,

- Н. В. Дудинцева // Охрана труда и техника безопасности в учреждениях здравоохранения. – 2013. – № 2. – С. 12–15
78. Костюк Г.С. Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості / Г.С. Костюк. – К.: Рад. Школа, 1989. – 608 с.
79. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості : [монографія] / В. М. Крайнюк. – К. : Ніка-Центр, 2007. – 432 с.
80. Крюкова Т. Л. Психология совладающего поведения / Т.Л.Крюкова. – Кострома КГУ им. Н. А. Некрасова, 2010. – 296 с.
81. Крюкова Т. Л. Человек как субъект совладания // Психология совладающего поведения: материалы Международн. науч.- практич. конф. / отв. ред.: Е. А. Сергиенко, Т. Л. Крюкова. – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2007. – С. 41-44.
82. Кузнецов М. А. Специфика эмоциональных переживаний в условиях предэкзаменационного стресса у студентов, стремящихся к успеху и ориентированных на избегание неудачи / М. А. Кузнецов, А. В. Егорова // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія № 12. Психологічні науки: Зб. наукових праць. — К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. — № 26 (50). — Част. I., С. 280-286.
83. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс / Р. Лазарус/ Под ред. Л. Леви. – Л.: Медицина, 1970. – С.178-208.
84. Лебедев В. И. Личность в экстремальных ситуациях / В. И. Лебедев. - М.: Политиздат, 1989.- 304 с.
85. Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. – К.: Вища Школа, 1981. - 392 с.
86. Леонова А. Б. Профессиональный стресс в процессе организационных изменений / А. Б. Леонова, И. А. Мотовилина // Психологический журнал. – 2006. – Т. 27, № 2. – С. 79–92.



87. Леонтьев Д. А. От социальных ценностей к личностным: социогенез и феноменология ценностной регуляции деятельности / Д. А. Леонтьев // Вестник Московского ун-та. Сер. 14: Психология. – 1996. – №4. – С. 35-44.
88. Леонтьев Д. А. Психологические ресурсы преодоления стрессовых ситуаций: к уточнению базовых понятий // Психология стресса и совладающего поведения: материалы II Междунар. науч. - практ. конф. / Отв. ред. Т. Л. Крюкова, М. В. Сапоровская, С. А. Хазова. Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 2010. С. 40–42.
89. Либин А.В., Либина А.В. Стили реагирования на стресс: психологическая защита или совладание со сложными ситуациями // Стиль человека: психологический анализ / под ред. А.В. Либина. – М., 1998. – С.190-204.
90. Либина А. В. Совладающий интеллект: человек в сложной жизненной ситуации / А. В. Либина. – М.: Эксмо, 2008. – 400 с.
91. Либина Е. В. Индивидуальные различия в стратегиях разрешения человеком сложных жизненных ситуаций: дис. канд. психол. наук / Е. В. Либина. – М.: РКБ, 2003. – 165 с.
92. Ложкін Г. В., Блінов О. А. Військова психологія в Україні з 1990 по 2012 рік / Г. В. Ложкін, О. А. Блінов // Вісник Національного університету оборони України. Зб-к наук. праць. – К. : НУОУ, 2013. – Вип. 1 (32). – С. 221–228.
93. Мадди С. Теории личности: сравнительный анализ / С. Мадди. - СПб.: Издательство "Речь", 2002. - 539 с.
94. Мак-Вильямс Н. М. Психодинамическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н.М. Мак-Вильямс. - М.: Класс, 1998. - 480с.
95. Маклаков А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях / А. Г. Маклаков // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22. – № 1. – С. 16–24.
96. Маклаков, А. Г. Общая психология: учебное пособие для вузов / А. Г. Маклаков. – СПб.: Питер, 2001. – 563 с.

97. Максименко С.Д. Генеза здійснення особистості / С.Д. Максименко. - К.: КММ, 2006. - 240 с.
98. Максименко С.Д. Теорія і практика психолого-педагогічного дослідження. - К.: НДП, 1990. - 239 с.
99. Малахова С. И. Взаимосвязь стилей совладания и интеллектуальных предпосылок саморегуляции в учебной деятельности студентов / С. И. Малахова // Материалы II международной научно-практической конференции "Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе". - Кострома - 2010. - С.42-44.
100. Малахова С. И. Связь показателей обучаемости и стилей совладания у студентов гуманитарной и негуманитарной специальностей / Т.В. Корнилова, С. И. Малахова // Материалы III международной научно-практической конференции "Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе". - Кострома - 2013. - С.185-186.
101. Маркова А. К. Психология профессионализма / А. К. Маркова. - М., 1996. – 308 с.
102. Марковець О. Л. Психологічні особливості професійного стресу та попередження його виникнення у майбутніх вчителів : автореф. дис. канд. психол. наук : 19.00.07 / О. Л. Марковець ; Нац. пед. ун-т ім. М. Драгоманова. – К., 2005. – 20 с.
103. Маслоу А. Мотивация и личность / Маслоу А. – [3-е изд.] – СПб.: Питер, 2006. – 352 с.
104. Мельничук М. М. Емпіричне дослідження феномену толерантності як багаторівневої характеристики особистості студента: кореляційний аналіз / М. М. Мельничук // Актуальні проблеми психології : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. – Київ, 2013. – Том 11. – Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Вип. 8. – Частина 2. – Ніжин : ПП Лисенко М.М., 2013. – С. 234-242.

105. Методики вивчення нервово-психічного напруження у професійній діяльності медичних сестер: Метод. рек. / Уклад. Т.М. Павлюк. – Луцьк: РВВ «Вежа» : Волин. держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 2006. – 37 с.
106. Методики вивчення повсякденного стресу і способів розв'язання кризових життєвих ситуацій : для працівників шкільної психологічної служби, державних соціальних служб у справах сім'ї / О. Я. Кляпець, Б. П. Лазоренко, Л. А. Лепіхова та ін. – К. : Ін-т соц. та політ. психології, 2009. – 120 с.
107. Ми пережили: техніки відновлення для сімей, військових, цивільних та дітей [Текст]: наук. ред. Г. Циганенко, Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, Посольство Великої Британії в Україні, Психологічна кризова служба . — [Україна] : Ін-т соц. та політ. психології НАПН України, 2015 — 200 с.
108. Моляко В.О. Проблема функціонування творчого сприймання в умовах надлишку інформації різної модальності та значимості // Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Т. XII. Психологія творчості. – Випуск 16: статті / В. О. Моляко. – К.: Фенікс, 2013. – С. 7–19.
109. Мясищев В. Н. Психология отношений: Избранные психологические труды / В. Н. Мясищев / под. ред. А. А. Бодалева – М.: Институт практической психологи. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. – 356 с.
110. Нартова-Бочавер С. К. «Coping-behavior» в системе понятий психологии личности / С. К. Нартова-Бочавер // Психологический журнал. – 1997. –Т. 18. – № 5. – С. 20-30.
111. Наумова И. Ф. Социологические и психологические аспекты целенаправленного поведения / И. Ф. Наумова. – М., 1988. – 199с.
112. Научно–практической конференции студентов, аспирантов и молодых специалистов «Психология XXI века» – Санкт-Петербург, 2007.– С. 115 – 116.
113. Некрасова І. М. Підходи до діагностики способу життя людини / І. М. Некрасова // Психологія і суспільство. 2010. – №4. – С. 65-71.

114. Никольская И. М. Психологическая защита у детей / И.М. Никольская, Р. М. Грановская. – СПб.: Речь, 2000. – 507 с.
115. Никоненко И. А. Характерологические черты врачей-хирургов и интернов хирургического отделения: становление личности / И. А. Никоненко // Vědecký apraktický časopis AKADEMICKÁ PSYCHOLOGIE. – 2016. – №1. – С. 28–31.
116. Никоненко І. О. Порівняльний аналіз копінг-стратегій лікарів-хірургів та інтернів хірургічного відділення / І. О. Никоненко // Вісник ОНУ ім. І. І. Мечникова. Серія: Психологія. – 2015. – Т. 20. Вип. 4(38). – С. 107–117.
117. Никоненко І. О. Механізми психологічного захисту як чинники формування копінг-стратегій особистості / І. О. Никоненко // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. – 2015. – Вип. 2. – Т. 1. – С. 57–60.
118. Никоненко І. О. Особистісні чинники формування копінг-стратегій лікарів-хірургів: результати та перспективи дослідження / І. О. Никоненко // Наукові студії із соціальної та політичної психології НАПН України: зб. статей – К., Міленіум : 2016. – Вип. 37 (40). – С. 189–200.
119. Никоненко І. О. Особливості стресогенних ситуацій у професійній діяльності лікарів-хірургів / І. О. Никоненко // Технології розвитку інтелекту [Електронне наукове фахове видання]. – 2015. – №10. – Режим доступу до збірника: [http://psytir.org.ua/index.php/technology\\_intellect\\_develop/issue](http://psytir.org.ua/index.php/technology_intellect_develop/issue)
120. Никоненко І. О. Психолого-організаційні умови професійної діяльності лікарів-хірургів / І. О. Никоненко // Наукові записки. Національного університету «Острозька академія» Серія «Психологія» / ред. кол. : І. Д. Пасічник, Р. В. Каламаж, Л. В. Засєкіна та ін. – Острог : Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2015. – Вип. 2. – С. 101–109.
121. Носенко Д.В. Феномен «самоінвалідизації» у структурі форм прояву копінг-поведінки і його особистісні детермінанти / Д.В. Носенко // Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка НАПН

- України. – К.:2013. – Т.11: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості, вип. 7., ч. 1. – С. 459 - 472.
122. Носенко Е. Л. Емоційна розумність як детермінанта успішності життєдіяльності людини і шляхи її операціоналізації / Е. Л. Носенко, Н. В. Коврига // Вісник Дніпропетровського університету. - 2000. – № 6. – С. 3–9.
123. Носенко Е. Л. Форми відображеної оцінки емоційної стійкості та емоційної розумності людини: моногр. / Е. Л. Носенко, І. Ф. Аршава, К. П. Кутовий. – Д.: Інновація, 2011. – 178с.
124. Носенко Е.Л. Особистісні фактори успішності вирішення людиною основних життєвих задач (у світлі сучасних теорій особистості) / Е. Л. Носенко // Матеріали II Всеукраїнського психологічного конгресу, присвяченого 110 річниці від дня народження Г.С. Костюка (19-20 квітня 2010 р.). – Т. 1. – К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2010. – С. 273–278.
125. Окладников В. И. Типология адаптационные состояния личности: монография / В.И. Окладников. – Иркутск: ИГМУ, 2000. – 171 с.
126. Павлюк Т. М. Проблема професійної деформації та емоційного вигорання особистості // Актуальні проблеми сучасної психології: Матеріали доповідей і повідомлень на V звітно-наук. конф. професорсько-викладацького складу та студентів. – Луцьк, 2006. – С. 379-383.
127. Павлюк Т. М. Психологічні параметри професійної адаптації особистості // Проблеми загальної та педагогічної психології: Зб. наук. пр. - Київ, 2005. - Т. 7. - Вип. 6. - С. 244-249.
128. Павлюк Т. М. Психологія обходження з хворими: діагностика професійного типу медичних сестер // Практична психологія і соціальна робота. – 2006. – № 2. – С. 75-78.
129. Панченко В. М. Психокорекційна програма підвищення ефективності використання активних копінг-стратегій як чинників соціальної зрілості

- студентів-випускників / В. М. Панченко // Практична психологія та соціальна робота. – 2012. – № 10. – С. 22-31.
130. Партико Т. Б. Загальна психологія: підруч. для студ. вищ. навч. закл./ Т. Б.Партико. – К.: Видавничий Дім «Ін Юре», 2008. – 416 с.
131. Подорожня А. В. Теоретичний аналіз проблеми копінг-поведінки особистості / Подоржня А. В. // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. –2007. – Том 2, Вип. 72 - С. 129-132.
132. Попіль М. І. Профілактика і корекція синдрому "емоційного вигорання" у працівників сфери "людина-людина" / М. І. Попіль // Зб. матеріалів V Міжнар. наук.–практ. конф. ["Молодіжна політика: проблеми і перспективи"] / ред. С. А. Щудло. – Дрогобич: ДДПУ ім. І. Франка, 2008. – С. 328 – 330.
133. Попіль М.І. Психологічні проблеми набуття професійної ідентичності медичними сестрами у контексті здорового способу життя / М.І. Попіль // Реалізація здорового способу життя – сучасні підходи: монографія / [ред. М. Лук'янченко, А. Матвєєв, А. Подольські, Ю. Шкрєбтій]. – Дрогобич: КОЛО, 2007. – С. 526 – 530.
134. Профілактика порушень адаптації молоді до повсякденних стресів і кризових життєвих ситуацій: навч. посіб. / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології; за наук. ред. Т.М.Титаренко. –К.: Міленіум, 2011. –272с.
135. Психология состояния : хрестоматия / сост.: Т. Н. Васильева, Г. Ш. Габдреева, А. О. Прохоров ; под ред. А. О. Прохорова. – М. : ПЕРСЭ ; СПб. : Речь, 2004. – 680 с.
136. Психологія особистості: Словник-довідник / За ред. П. П. Горностая, Т. М. Титаренко. – К.: Рута, 2001. – 320 с.
137. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособие / Д. Я. Райгородский. – Самара: Изд. дом «БАХРАХ-М», 2002. – 672 с.
138. Рассказова Е. И. Копинг – стратегии в психологи стресса: подходы, методы и перспективы [Электронный ресурс] / Е. И. Рассказова, Т. О. Гордеева //

Психологические исследования: электрон. науч. журнал. – 2011. – № 3(17).  
 URL: <http://psystudy.ru>

139. Рогач І. М. Морально – етичні та психологічні аспекти медичної діяльності лікарів загальної практики / І. М. Рогач, Л. О. Качала, Р. Ю. Погоріляк. – Ужгород, 2010. – 64 с. – (Навчально – методичний посібник, підготовлений на кафедрі громадського здоров'я факультету післядипломної освіти Ужгородського національного університету.).
140. Родина Н. В. К проблеме соотношения понятий «Копинг – стратегии» и «Защитные механизмы» / Н.В. Родина // Актуальні проблеми соціології, психології та педагогіки. - 2006. – С. 98-104.
141. Родина Н. В. Психологія копінг-поведінки: системне моделювання: монографія / Н.В. Родина. – Одеса: видавець Букаєв В. В., 2011. – 364 с.
142. Родина Н.В. Особистісні характеристики як ресурси долаючої поведінки. Огляд деяких сучасних теорій копінгу / Н.В. Родина // Проблеми сучасної психології. – 2010. - № 7. - С. 608-633.
143. Розенфельд Г. Деструктивный нарциссизм и инстинкт смерти / Г. Розенфельд // Журнал практической психологии и психоанализа. – М.: Институт практической психологии и психоанализа. – 2008. – 166 с.
144. Рябченко И. В. Психология совладающего поведения сотрудников ОВД // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2007. №2. С. 59-61. [Электронный ресурс] URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/psihologiyasovladayuschego-povedeniya-sotrudnikov-ovd>
145. Саганенко Г. И. Эксперимент на сопоставление различных методов ранжирования качественных признаков / Г. И Саганенко // Личность и ее ценностные ориентации; отв. ред. В. Л. Ядов, И. С. Кон. – Вып. I – М., 1969. – С. 136-137.
146. Сергиенко Е. А. Контроль поведения как психологический механизм саморегуляции субъекта // Ежегодник Российского психологического общества. Специальный выпуск. М., 2005. Т. 1. С. 225–226.

147. Серкин В. П. Профессиональная специфика образа мира и образа жизни / В. П. Серкин // Психологический журнал. 2012. – Т. 33, № 4. – С. 78-90.
148. Сивогракова З. А. Вивчення індивідуально-психологічних особливостей особистісного подолання (coping) студентів ВНЗ / З. А.Сивогракова // Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Серія №12. Психол. науки: Зб. наукових праць. – К. : НПУ імені М.П.Драгоманова, 2007. – № 16 (40). – С. 269–275.
149. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти. Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядиплом. освіти / За наук. ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки, Т. В. Зайчикової. – К.: Міленіум, 2004. – 264 с.
150. Слухенська Р. В. До проблеми формування професійного портрета майбутнього лікаря у процесі фахової підготовки / Р. В. Слухенська // Сучасні тенденції та фактори розвитку педагогічних та психологічних наук : матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, Україна, 6–7 лютого 2015 року). – Київ: ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2015. – С. 79–81.
151. Слухенська Р. В. Педагогічні засади розвитку професійного клінічного мислення майбутнього лікаря в процесі формування його духовно-творчого потенціалу / Р. В. Слухенська // Науковий журнал «Молодий вчений». – 2015. – №3 (18). – С. 34-37.
152. С овладающее поведение: Современное состояние и перспективы / Под ред. А.Л. Журавлева, Т. Л. Крюковой, Е. А. Сергиенко. - М.: Изд-во “Институт психологии РАН”, 2008. - 474 с.
153. Соколова Е. Т. Феномен психологической защиты // Вопросы психологи. – 2007. - №4. – С. 66-80.
154. Социология и психология управления: Учебное пособие / Данилова И. А. - Саратов : Научная книга, 2012. - 98 с. URL: <http://www.iprbookshop.ru/6335>



155. Соціально-психологічна профілактика порушень адаптації молоді до повсякденного стресу: метод. рек./ Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології; за наук. ред. Т.М.Титаренко. –К.: Міленіум, 2010. – 84с.
156. Старовойтенко Е. Б. Современная психология: формы интеллектуальной жизни. – М.: Академический Проект. 2001. – 544 с.
157. Стресс, выгорание, совладание в современном контексте / под ред. А. Л. Журавлева, Е. А. Сергиенко. – М. : Институт психологии РАН, 2011. – 512 с.
158. Субботина Л. Ю. Психологическая защита и стресс. – М. : Гуманитарный центр, 2013 – 300 с.
159. Судаков К. В. Церебральные механизмы эмоционального стресса / К. В. Судаков // Эмоциональный стресс: теоретические и клинические аспекты / под ред. К. В. Судакова, В. И. Петрова. – Волгоград, 1997. – С. 59 – 74.
160. Супрун Л. Н. Психологический анализ готовности будущих медсестер к профессиональной деятельности: Дис. канд. психол.наук: 19.00.01 / АПН Украины. — К., 1994. — 138л.
161. Технології роботи організаційних психологів: Навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядиплом. освіти / За наук. ред. Л.М. Карамушки. — К.: Фірма «ІНКОС», 2005. — 366 с.
162. Титаренко Т. М. Життєстійкість особистості: соціальна необхідність та безпека: навч. посіб. / Т.М.Титаренко, Т.О.Ларіна. –К.: Марич, 2009.–76с.
163. Титаренко Т. М. Психологія життєвої кризи / Відп. ред. Т.М. Титаренко. - К.: Агропромвидав України, 1998.–348 с.
164. Титаренко Т. М.Психологічна профілактика стресових перевантажень серед шкільної молоді: наук.-метод. посіб. / Т.М.Титаренко, Л.А.Лєпіхова. –К.: Міленіум, 2006. – 204с.
165. Трифонова Е. А. Адаптационный потенциал личности и психосоматический риск: проблема копинг-компетентности // Известия РГПУ им. А. И. Герцена.

2013. №155. [Электронный ресурс] URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/adaptatsionnyu-potentsial-lichnostipsihosomaticheskiyrisk-problema-kopinkompetentnosti>
166. Уотсон Д. Психология с точки зрения бихевиориста // Хрестоматия по истории психологии. Период открытого кризиса (начало 10-х годов – середина 30-х годов XX в.) / под ред. П. Я. Гальперина, А. Н. Ждан. М.: Издательство Московского университета, 1980. С. 17-34.
167. Федорчук В. М. Соціально-комунікативний тренінг «Розвиток комунікативної компетентності викладача»: Навчально-методичний посібник. – Кам'янець-Подільський: Абетка, 2003. – С. 48.
168. Феноменологический аспект принятия группового решения: феномен сдвига к риску, огруппления мышления./ Майерс Д. Социальная психология. – СПб.: Питер, 1998. – 684 с.,
169. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. - М.: Институт Психотерапии, 2005. -490с.
170. Філоненко М. М. Особливості особистісного становлення майбутнього лікаря з різним типом локусу контролю і різною успішністю / М. М. Філоненко // Вісник Інституту розвитку дитини. Серія: філософія, педагогіка, психологія: Збірник наукових праць. – К. : Вид-во Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. – 2015, вип. 37. – С. 149 – 156.
171. Філоненко М. М. Психологія особистісного становлення майбутнього лікаря : монографія / М. М. Філоненко. – К. : Центр учбової літератури, 2015. – 420 с.
172. Філоненко М. М. Системний аналіз особистісного становлення майбутнього лікаря / М.М. Філоненко // Розвиток професійної ідентичності у процесі вузівського навчання : Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Рівне : РДГУ, 2011. – С.122 –124.
173. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М.: Прогресс, 1990. – 368с.
174. Фрейд А. Психология "Я" и защитные механизмы / А. Фрейд.– М., Педагогика-Пресс, 1993 – 144с.

175. Харчук А. Д. Метакогнитивний підхід к формированию конфликтной компетентности / А. Д. Харчук // «Психология и современный мир»: материалы международной научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых 25 апреля 2013 г. — Архангельск: Изд-во САФУ имени М.В. Ломоносова, 2013. С. 78-81.
176. Хачатурова М. Р. Личностные особенности совладающего поведения в конфликтной ситуации // Вестник Университета (Государственный университет управления). 2010. Выпуск 11. С. 128-130.
177. Хачатурова М. Р. Личностные причины возникновения организационных конфликтов // Журнал «Психология и экономика», 2010. Том 3, №1, стр. 41-47.
178. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. — М. : Прогресс, 1993. — 480 с.
179. Хьелл Л. Теории личности: (основные положения, исследования и применение) / Л. Хьелл, Д. Зиглер. — СПб. : Питер, 1999. — 608 с.
180. Цехмістер Я. В. Допрофесійна підготовка учнів у ліцеї медичного профілю: учнівське самоврядування, організація науково-дослідної роботи / Я. В. Цехмістер // Педагогіка і психологія професійної освіти: результати досліджень і перспективи. — К., 2003. — С. 222-233.
181. Цибулько І. О. Копінг-стратегії у професійній рефлексії фахівців авіаційної сфери / І. О. Цибулько // Педагогічна освіта: Теорія і практика. Психологія. Педагогіка: зб. наук. праць./ К: Ун-т ім. Б. Грінченка; ред. кол.: В. О. Огнев'юк, Л. Л. Хоружа, О. В. Безпалько [та ін.]. — Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2013. — № 19. — С. 104-109.
182. Чебикін О. Я. Теорія і методика емоційної регуляції навчальної діяльності / О. Я. Чебикін. — Одеса: Астро-Принт, 1999. — 157 с.
183. Черняк А. І. Психологічна готовність до діяльності в особливих умовах як предмет психологічного дослідження/ А. І. Черняк, В.А. Молотай // Вісн. Київськ. нац. ун-ту ім. Т. Шевченка. Військово-спеціальні науки. — 2006. — Вип. 12-13. — С. 95-98.

184. Четверик-Бурчак А. Г. Ієрархія особистісних чинників успішності життєдіяльності людини / Аліна Григорівна Четверик-Бурчак // Вісник Дніпропетровського університету. – 2013. – № 9/1. – Т. 21. – С. 149–156.
185. Чорна Л. Г. Поняття стратегії мислення в психології / Чорна Л. Г. // Актуальні проблеми психології: Проблеми психології творчості: зб. наук. праць / за ред. В. О. Моляко. – Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2007. – Т. 12, вип. 3. – С. 300–307.
186. Шварцер Р. Русская версия шкалы общей самооффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема / Р. Шварцер, М. Ерусалем, В. Ромек. // Иностранная психология. – 1996. – С. 46–56.
187. Щербатых Ю. В. Вегетативные проявления экзаменационного стресса : автореф. Дис. на соискание уч. ст. доктора биол. наук. : спец. / Ю.В.Щербатый. - СПб., 2001. – 32 с.
188. Щербатых, Ю. В. Психология стресса и методы коррекции / Ю. В. Щербатых. – СПб. : Питер, 2006. – 256 с.
189. Юнг К. Г. Архетип и символ / К.Г. Юнг. – М.: Ренессанс, 1991. –304 с.
190. Ялтонский В. М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией: дисс. докт. мед. наук / В.М. Ялтонский – СПб., 1995. – С. 396.
191. Ялтонский В. М. Современные теоретические подходы к исследованию совладающего поведения [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. – 2010. – №1. URL: <http://medpsy.ru>
192. Ясько Б. А. Кризисы профессионализации и профессиональный стресс в труде врача // Психология психических состояний: сб. статей / Под ред. А. О. Прохорова – Казань: Отечество, 2014. – Вып. 9. С. 340-364
193. Яценко Т. С. Основи глибинної психокорекції: Навчальний посібник. – К.: Вища шк., 2006. – 382 с.
194. Adler A. Understanding Human Nature / A.Adler. – Center City, Minnesota: Martino Fine Books; Tradition, 2010. – 302 p.

195. Bandura A. Regulation of cognitive processes through perceived self efficacy / Bandura A. - Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1989. - 729 p.
196. Billings A. G. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events / A.G. Billings, R.H. Moos // Journal of Behavioral Medicine. - 1981. - № 4. - P. 157-189.
197. Bromet E. J. Long-term mental health consequences of the accident at Three Mile Island / E. J. Bromet, D. K. Parkinson, L.O. Dunn // Mental Health 1990. – P. 48-60.
198. Bromet E. J. Mental health consequences of the Chernobyl disaster / E. J. Bromet // J Radiol Prot. 2012 – P. 71-75.
199. Bromet E. J. Emotional consequences of nuclear power plant disasters / E. J. Bromet // Health Phys. 2014 – P. 206-210.
200. Campbell J. B. Modern personality theories: What have we gained, what have we lost? / In G. Boyle, G. Matthews, D. Saklofske, SAGE Handbook of personality theory and assessment// Personality theories and models, Los Angeles, CA: Sage Publications. – 2008. – P.190-212.
201. Carver C. S. On the Self-regulation of Behavior / C.S. Carver, M.F. Scheier. - USA.: Cambridge University Press, 1998. - 349 p.
202. Carver C.S. Situational Coping and Coping Dispositions in a Stressful Transaction / C. S. Carver C.S., M. F. Scheier // Journal of Personality and Social Psychology. - 1994. - № 66. - P. 184-195.
203. Compas B. E. Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research / B. E. Compas, J.K. Connor-Smith, H. Saltzman, A.H. Thomsen, M.E. Wadsworth // Psychological Bulletin. – 2001. - № 127. - P. 87–127.
204. Cramer P. Defense Mechanisms In Psychology Today: Further Processes for Adaptation / P. Cramer // American Psychologist. - 2000. - № 55. – P. 637-646.

205. Epstein S. Cognitive experiential self-theory / S. Epstein // Handbook of personality: Theory and research / Ed. L. Pervin. — N.Y.: Guilford. — 1990. — P. 165-192.
206. Folkman S. Coping: pitfalls and promise/ S. Folkman, J.T. Moskowitz // Annu. Rev. Psych. — 2004. — № 55. — P. 745 – 774.
207. Folkman S. Positive affect and the other side of coping / S. Folkman, J. T. Moskowitz // American Psychologist. — 2000. - № 55. — P. 647- 654.
208. Folkman S. The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes / S. Folkman, R. Lazarus, C. Dunkel, A. DeLongis, R. Gruen // Journal of Personality and Social Psychology. — 1986. - № 50. - P. 992-1003.
209. Folkman S., Lazarus R.S. Coping and Emotion // Stress and Coping: an anthology. N.Y.: Columbia University Press, 1991. P.207-227.
210. Frydenberg E., Lewis R. Teaching Coping to adolescents: when and to whom? // American Educational Research Journal, Fall. 2000. Vol. 37. No. 3. P. 727- 745.
211. Haan N. Coping and Defense Mechanisms Related to Personality Inventories/ N. Haan // Journal of Consulting Psychology. —1965. —№ 29. — C. 373-378.
212. Harris R. N. The role of uncertain self-esteem in self-handicapping. / R. N. Harris, C.R. Snyder// Journal of Personality and Social Psychology. — 1986. — №51. — P. 451–458.
213. Hasking P.A. Reinforcement sensitivity, coping, disordered eating, and drinking behavior in adolescents. / P. A. Hasking // Personality Individual Differences. — 2006. — №40. — P. 677–688.
214. Hobfoll S. E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress / S. E. Hobfoll // American Psychologist. - 1989. - № 44(3). — P. 513-524.
215. Jacobs B. A. The psychosocial interior of a professional service firm: Coping strategies, phantasy and enduring organizational functionality / B. A. Jacobs. — Case Thesis for the Degree of Doctor of Philosophy Western Reserve University, 1992 - 215 p.

216. Klinger E. Consequences of commitment to and disengagement from incentives / E. Klinger // *Psychological Review*. – 1975. – №82. – P. 1–25.
217. Mann L. The Melbourne Decision Making Questionnaire: An Instrument of Measuring Patterns for Coping with Decisional Conflict / L. Mann, P. Burnett, M. Radford, S. Ford // *Journal of Behavioral Decision Making*. – 1997. – 10(1). – P. 1-19.
218. McCrae R. R. . Nature over nurture: temperament, personality, and life span development. / R.R. McCrae, P.T. Costa Jr, F. Ostendorf and etc. // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 2000. – №78. – P. 173–186.
219. Miceli M. Further Distinctions Between Coping and Defense Mechanisms / M. Miceli, C. Castelfranchi // *Journal of Personality*. – 2001. - № 69. – P. 287-296. Schaufelli, W. B. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study / W. B. Schaufelli // *Journal of Organizational Behavior* – 2005. – № 25 – C. 293-315.
220. Moos R. H. Conceptualizing and measuring coping resources and coping processes / R. N. Moos, A. G. Billings // *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* / L. Goldberger, S. Breznitz. - New York: Free Press, 1982. – P. 212-230.
221. Schwartz S. Toward a Universal Psychological Structure of Human Values / S. Schwartz, W. Bilsky // *Journ. of Personality and Social Psychology*. 1987 – Vol. 58. – №5. –P. 550-562.
222. Seligman M. E. P. Positive Psychology Progress. Empirical Validation of Interventions / M. E. P. Seligman, T. A. Steen, N. Park // *American Psychologist*. – 2005. –№ 2. – P. 410-421.
223. Skinner E.A. The development of coping / E. A. Skinner, M. J. ZimmerGembeck// *Annual Review Psychology*. – 2007. – №58. – P.119–144.
224. Steel P. Refining the relationship between personality and subjective well being / P. Steel, J. Schmidt, J. Shultz // *Psychology Bulletin*. – 2008. – №134. – P. 138–161.

225. Freund A. M. What I Have and What I Do - The role of resource loss and gain throughout life / A.M. Freund, M. Riediger // *Applied Psychology: An International Review*. - 2001. - № 50(3). - P. 370-380.
226. Vaillant G. E. Ego Mechanisms of Defense and Personality Psychopathology / G. E. Vaillant // *Journal of Abnormal Psychology*. –1994. –№103. – C. 44-50.
227. Wang M. Retirement Adjustment: A Review of Theoretical and Empirical Advancement / M. Wang, K. Henkens, H. van Solinge // *American Psychologist : Journal of American Psychological Association*. – 2011. – Vol. 66, No 3. – P. 204–214.



## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Методика «Засоби долаючої поведінки» Р. Лазаруса, С. Фолкмана

Оказавшись в трудной ситуации я ...		Никогда	Редко	Иногда	Часто
1	Сосредоточивался на том, что мне нужно было делать дальше - на следующем шаге.	0	1	2	3
2	Начинал что-то делать, зная, что это всё равно не будет	0	1	2	3
3	Пытался склонить вышестоящих к тому, чтобы	0	1	2	3
4	Говорил с другими, чтобы больше узнать о ситуации.	0	1	2	3
5	Критиковал и укорял себя.	0	1	2	3
6	Пытался не сжигать за собой мосты, оставляя всё, как оно	0	1	2	3
7	Надеялся на чудо.	0	1	2	3
8	Смирился с судьбой: бывает,	0	1	2	3
9	Вёл себя, как будто ничего не	0	1	2	3
10	Старался не показывать своих	0	1	2	3
11	Пытался увидеть в ситуации что-то положительное.	0	1	2	3
12	Спал больше обычного.	0	1	2	3
13	Срывал досаду на тех, кто навлёк на меня проблемы.	0	1	2	3
14	Искал сочувствия и понимания	0	1	2	3
15	Во мне возникала потребность выразить себя творчески.	0	1	2	3
16	Пытался забыть всё это.	0	1	2	3
17	Обращался за помощью к специалистам.	0	1	2	3

<b>18</b>	Менялся или рос как личность в положительную сторону.	0	1	2	3
<b>19</b>	Извинялся или старался как-то	0	1	2	3
<b>20</b>	Составлял план действие и следовал ему.	0	1	2	3
<b>21</b>	Старался дать какой-то выход своим чувствам.	0	1	2	3
<b>22</b>	Понимал, что я сам вызвал эту проблему.	0	1	2	3
<b>23</b>	Набирался опыта в этой ситуации.	0	1	2	3
<b>24</b>	Говорил с кем-либо, кто мог конкретно помочь в этой ситуации.	0	1	2	3
<b>25</b>	Пытался улучшить своё самочувствие едой, выпивкой, или курением, лекарствами.	0	1	2	3
<b>26</b>	Рисковал напропалую.	0	1	2	3
<b>27</b>	Старался не действовать слишком поспешно, доверяясь первому чувству.	0	1	2	3
<b>28</b>	Находил новую веру.	0	1	2	3
<b>29</b>	Вновь открывал для себя что-то важное в жизни.	0	1	2	3
<b>30</b>	Что-то менял так, что всё улаживалось.	0	1	2	3
<b>31</b>	В целом избегал общения с	0	1	2	3
<b>32</b>	Не допускал это до себя, старался об этом особенно не задумываться.	0	1	2	3
<b>33</b>	Спрашивал совета у родственника или друга, которых уважал.	0	1	2	3
<b>34</b>	Старался, чтобы другие не узнали, как плохо обстоят дела.	0	1	2	3
<b>35</b>	Отказывался воспринимать это дело слишком серьёзно.	0	1	2	3
<b>36</b>	Говорил с кем-то, что я чувствую.	0	1	2	3

<b>37</b>	Стоял на своём и боролся за то, что хотел.	0	1	2	3
<b>38</b>	Вымещал зло на других.	0	1	2	3
<b>39</b>	Пользовался прошлым опытом.	0	1	2	3
<b>40</b>	Знал, что надо делать, и удваивал усилия, чтобы всё <del>напалить</del> .	0	1	2	3
<b>41</b>	Отказывался верить, что это действительно произошло.	0	1	2	3
<b>42</b>	Я давал себе обещание, что в следующий раз всё будет по-другому.	0	1	2	3
<b>43</b>	Находил пару других способов решения проблемы.	0	1	2	3
<b>44</b>	Старался, чтобы мои эмоции не слишком мешали мне в других делах.	0	1	2	3
<b>45</b>	Что-то менял в себе.	0	1	2	3
<b>46</b>	Хотел, чтобы всё это скорее как-то образовалось или кончилось.	0	1	2	3
<b>47</b>	Представлял себе, фантазировал, как всё это могло бы обернуться.	0	1	2	3
<b>48</b>	Молился.	0	1	2	3
<b>49</b>	Прокручивал в уме, что мне сказать или сделать.	0	1	2	3
<b>50</b>	Думал о том, как бы в данной ситуации действовал человек, которым я восхищаюсь, и старался подражать ему.	0	1	2	3

**Додаток Б**  
**Методика COPE**  
**М. Шейера та Дж. Вейнтрауба**  
**(валідизована О. Расказовою та ін., 2013 р.)**

Оказавшись в трудной ситуации я ...		Никогда	Редко	Иногда	Часто
1	Я стараюсь найти плюсы в произошедшем.	1	2	3	4
2	Я погружаюсь в работу или другие дела, чтобы отключиться от проблем.	1	2	3	4
3	Я расстраиваюсь и даю выход своим эмоциям.	1	2	3	4
4	Я ищу совета у других людей, что делать дальше.	1	2	3	4
5	Я сосредоточиваю усилия на том, чтобы как-то решить проблему.	1	2	3	4
6	Я говорю себе: «этого не может быть».	1	2	3	4
7	Я надеюсь на то, что Бог мне поможет.	1	2	3	4
8	Я стараюсь воспринимать произошедшее с юмором.	1	2	3	4
9	Я признаю себе, что ничего не могу поделать с проблемой, и перестаю пытаться.	1	2	3	4
10	Я стараюсь удерживать себя от скоропалительных шагов.	1	2	3	4
11	Я обсуждаю с кем-то то, что я сейчас чувствую.	1	2	3	4
12	Я принимаю успокоительные или выпиваю, чтобы мне стало лучше.	1	2	3	4
13	Я стараюсь привыкнуть к мысли, что это случилось, адаптироваться к ситуации.	1	2	3	4
14	Я обсуждаю случившееся, чтобы лучше понять ситуацию.	1	2	3	4
15	Я стараюсь решать проблему, не отвлекаясь на другие дела и мысли.	1	2	3	4

16	Я предаюсь фантазиям на другие темы, чтобы отвлечься.	1	2	3	4
17	Я расстраиваюсь, нервничаю, переживаю.	1	2	3	4
18	Я прошу помощи у Бога.	1	2	3	4
19	Я стараюсь спланировать и обдумать свои дальнейшие действия.	1	2	3	4
20	Я перевожу случившееся в шутку.	1	2	3	4
21	Я стараюсь принять то, что случилось, привыкнуть к этому.	1	2	3	4
22	Я стараюсь ничего не предпринимать, пока ситуация не улучшится.	1	2	3	4
23	Я стараюсь получить эмоциональную поддержку у друзей или родных.	1	2	3	4
24	Я не предпринимаю активных действий.	1	2	3	4
25	Я предпринимаю какие-то еще действия, стараясь преодолеть сложившуюся ситуацию.	1	2	3	4
26	Я стараюсь отключиться на какое-то время, принимая алкоголь или лекарства.	1	2	3	4
27	Мне не хочется верить, что это произошло.	1	2	3	4
28	Я даю выход своим переживаниям.	1	2	3	4
29	Я пытаюсь посмотреть на ситуацию с более позитивной стороны, в ином свете.	1	2	3	4
30	Я говорю с кем-нибудь, кто мог бы конкретно помочь решить мою проблему.	1	2	3	4
31	Я сплю больше обычного, стараясь забыть о проблеме.	1	2	3	4
32	Я придумываю, как имеет смысл дальше действовать.	1	2	3	4
33	Я полностью концентрируюсь на решении этой проблемы, и если необходимо откладываю в сторону другие дела.	1	2	3	4
34	Я ищу сочувствия и понимания у других людей.	1	2	3	4
35	Я выпиваю или принимаю лекарства, чтобы поменьше думать о проблеме.	1	2	3	4
36	Я шучу по поводу случившегося.	1	2	3	4
37	Я перестаю пытаться добиться своего (получить то, что я хочу).	1	2	3	4
38	Я ищу что-то хорошее в том, что произошло	1	2	3	4
39	Я думаю, как лучше всего я могу справиться с этой проблемой.	1	2	3	4
40	Я делаю вид, что ничего не произошло.	1	2	3	4

41	Я стараюсь не действовать слишком поспешно, чтобы не ухудшить ситуацию.	1	2	3	4
42	Я стараюсь, чтобы другие дела не мешали мне прилагать максимум усилий, чтобы справиться с проблемой.	1	2	3	4
43	Я иду в кино или смотрю телевизор, чтобы меньше думать о проблеме.	1	2	3	4
44	Я стараюсь принять ситуацию, сжиться с ней.	1	2	3	4
45	Я спрашиваю людей, у которых была аналогичная проблема, как они ее решали.	1	2	3	4
46	Я переживаю и активно проявляю свои чувства.	1	2	3	4
47	Я предпринимаю активные действия, чтобы справиться с проблемой.	1	2	3	4
48	Я пытаюсь найти утешение в вере (религии).	1	2	3	4
49	Я заставляю себя ждать, когда наступит подходящий момент и можно будет действовать.	1	2	3	4
50	Я нахожу в случившемся забавные моменты.	1	2	3	4
51	Я снижаю количество усилий, направленных на решение этой проблемы.	1	2	3	4
52	Я обсуждаю свои переживания с кем-то из моих близких.	1	2	3	4
53	Я принимаю алкоголь или успокоительные, потому что это помогает мне преодолеть проблему	1	2	3	4
54	Я учусь жить с этим.	1	2	3	4
55	Я откладываю другие дела в сторону, чтобы сосредоточиться на решении проблемы.	1	2	3	4
56	Я тщательно обдумываю шаги, которые буду предпринимать для решения проблемы.	1	2	3	4
57	Я просто делаю вид, что ничего не случилось.	1	2	3	4
58	Я последовательно, шаг за шагом делаю то, что нужно.	1	2	3	4
59	Я стараюсь, чтобы этот опыт чему-то меня научил.	1	2	3	4
60	Я молюсь (больше, чем обычно).	1	2	3	4

### Додаток В

#### Тест «Индекс жизненного стиля» Р. Келлермана та Р. Плутчика

1.	Я человек, с которым очень легко поладить.
2.	Когда я чего-то хочу, у меня не хватает терпения подождать.
3.	Всегда был такой человек, на которого я хотел бы походить.
4.	Люди считают меня сдержанным, рассудительным человеком.
5.	Мне противны непристойные кинофильмы.
6.	Я редко помню свои сны.
7.	Люди, которые всюду распоряжаются, приводят меня в бешенство.
8.	Иногда у меня возникает желание пробить кулаком стену.
9.	Меня сильно раздражает, когда люди рисуются.
10.	В своих фантазиях я всегда главный герой.
11.	У меня не очень хорошая память на лица.
12.	Я чувствую некоторую неловкость, пользуясь общественной баней.
13.	Я всегда внимательно выслушиваю все точки зрения в споре.
14.	Я легко выхожу из себя, но быстро успокаиваюсь.
15.	Когда в толпе кто-то толкает меня, я испытываю желание ответить тем же.
16.	Многое во мне восхищает людей.
17.	Отправляясь в поездку, я обязательно планирую каждую деталь.
18.	Иногда, без всякой причины, на меня нападает упрямство.
19.	Друзья почти никогда не подводят меня.
20.	Мне случалось думать о самоубийстве.
21.	Меня оскорбляют непристойные шутки.
22.	Я всегда вижу светлые стороны вещей.

23. Я ненавижу недоброжелательных людей.
24. Если кто-нибудь говорит, что я не смогу что-то сделать, то я нарочно хочу сделать это, чтобы доказать ему неправоту.
25. Я испытываю затруднения, вспоминая имена людей.
26. Я склонен к излишней импульсивности.
27. Я терпеть не могу людей, которые добиваются своего, вызывая к себе жалость.
28. Я ни к кому не отношусь с предубеждением.
29. Иногда меня беспокоит, что люди подумают, будто я веду себя странно, глупо или смешно.
30. Я всегда нахожу логичные объяснения любым неприятностям.
31. Иногда мне хочется увидеть конец света.
32. Порнография отвратительна.
33. Иногда, будучи расстроен, я ем больше обычного.
34. У меня нет врагов.
35. Я не очень хорошо помню свое детство.
36. Я не боюсь состариться, потому что это происходит с каждым.
37. В своих фантазиях я совершаю великие дела.
38. Большинство людей раздражают меня, потому что они слишком эгоистичны.
39. Прикосновение к чему-либо склизкому вызывает во мне омерзение.
40. У меня часто бывают яркие, сюжетные сновидения.
41. Я убежден, что если буду неосторожен, люди воспользуются этим.
42. Я не скоро замечаю дурное в людях.
43. Когда я читаю или слышу о трагедии, это не слишком трогает меня.
44. Когда есть повод рассердиться, я предпочитаю основательно все



обдумать.
45. Я испытываю сильную потребность в комплиментах.
46. Сексуальная невоздержанность отвратительна.
47. Когда в толпе кто-то мешает моему движению, у меня иногда возникает желание толкнуть его плечом.
48. Как только что-нибудь не по-моему, я обижаюсь и мрачнею.
49. Когда я вижу окровавленного человека на экране, это почти не волнует меня.
50. В сложных жизненных ситуациях я не могу обойтись без поддержки и помощи людей.
51. Большинство окружающих считают меня очень интересным человеком.
52. Я ношу одежду, которая скрывает недостатки моей фигуры.
53. Для меня очень важно всегда придерживаться общепринятых правил поведения.
54. Я склонен часто противоречить людям.
55. Почти во всех семьях супруги друг другу изменяют.
56. По-видимому, я слишком отстраненно смотрю на вещи.
57. В разговорах с представителями противоположного пола я стараюсь избегать щекотливых тем.
58. Когда у меня что-то не получается, мне иногда хочется плакать.
59. Из моей памяти часто выпадают некоторые мелочи.
60. Когда кто-то толкает меня, я испытываю сильное негодование.
61. Я выбрасываю из головы то, что мне не нравится.
62. В любой неудаче я обязательно нахожу положительные стороны.
63. Я терпеть не могу людей, которые всегда стараются быть в центре внимания.

64. Я почти ничего не выбрасываю и бережно храню множество разных вещей.
65. В компании друзей мне больше всего нравятся разговоры о прошедших событиях, развлечениях и удовольствиях.
66. Меня не слишком раздражает детский плач.
67. Мне случалось так разозлиться, что я готов был перебить все вдребезги.
68. Я всегда оптимистичен.
69. Я чувствую себя неуютно, когда на меня не обращают внимания.
70. Какие бы страсти не разыгрывались на экране, я всегда отдаю себе отчет в том, что это только на экране.
71. Я часто испытываю чувство ревности.
72. Я бы никогда специально не пошел на откровенно эротический фильм.
73. Неприятно то, что людям, как правило, нельзя доверять.
74. Я готов почти на все, чтобы произвести хорошее впечатление.
75. Я никогда не бывал панически испуган.
76. Я не упущу случая посмотреть хороший триллер или боевик.
77. Я думаю, что ситуация в мире лучше, чем полагает большинство людей.
78. Даже небольшое разочарование может привести меня в уныние.
79. Мне не нравится, когда люди откровенно флиртуют.
80. Я никогда не позволяю себе терять самообладание.
81. Я всегда готовлюсь к неудаче, чтобы не быть застигнутым врасплох.
82. Кажется, некоторые из моих знакомых завидуют моему умению жить.

83. Мне случалось со зла так сильно ударить или пнуть по чему-нибудь, что я неумышленно причинял себе боль.
84. Я знаю, что за глаза кое-кто отзывается обо мне дурно.
85. Я едва ли могу вспомнить свои первые школьные годы.
86. Когда я расстроен, я иногда веду себя по-детски.
87. Мне намного проще говорить о своих мыслях, чем о своих чувствах.
88. Когда я бываю в отъезде и у меня случаются неприятности, я сразу начинаю сильно тосковать по дому.
89. Когда я слышу о жестокостях, это не слишком глубоко трогает меня.
90. Я легко переношу критику и замечания.
91. Я не скрываю своего раздражения по поводу привычек некоторых членов моей семьи.
92. Я знаю, что есть люди, настроенные против меня.
93. Я не могу переживать свои неудачи в одиночку.
94. К счастью, у меня меньше проблем, чем имеет большинство людей.
95. Если что-то волнует меня, я иногда испытываю усталость и желание выспаться.
96. Отвратительно то, что почти все люди, добившиеся успеха, достигли его с помощью лжи.
97. Нередко я испытываю желание почувствовать в своих руках пистолет или автомат

**Додаток Г**  
**Методика міжособових стосунків Т. Лірі**

1. Другие думают о нем благосклонно	себе
2. Производит впечатление на окружающих	18. Способен признать свою неправоту
3. Умеет распоряжаться, приказывать	19. Охотно подчиняется
4. Умеет настоять на своем	20. Уступчивый
5. Обладает чувством достоинства	21. Благодарный
6. Независимый	22. Восхищающийся, склонный к подражанию
7. Способен сам позаботиться о себе	23. Уважительный
8. Может проявлять безразличие	24. Ищущий одобрения
9. Способен быть суровым	25. Способный к сотрудничеству, взаимопомощи
10. Строгий, но справедливый	26. Стремится ужиться с другими
11. Может быть искренним	27. Дружелюбный, доброжелательный
12. Критичен к другим	28. Внимательный, ласковый
13. Любит поплакаться	29. Деликатный
14. Часто печален	30. Ободряющий
15. Способен проявлять недоверие	31. Отзывчивый на призывы о помощи
16. Часто разочаровывается	32. Бескорыстный
17. Способен быть критичным к	33. Способен вызывать восхищение

34. Пользуется у других уважением
35. Обладает талантом руководителя
36. Любит ответственность
37. Уверен в себе
38. Самоуверен, напорист
39. Деловитый, практичный
40. Любит соревноваться
41. Стойкий и упорный, где надо
42. Неумолимый, но беспристрастный
43. Раздражительный
44. Открытый, прямолинейный
45. Не терпит, чтобы им командовали
46. Скептичен
47. На него трудно произвести впечатление
48. Обидчивый, щепетильный
49. Легко смущается
50. Не уверенный в себе
51. Уступчивый
52. Скромный

53. Часто прибегает к помощи других
54. Очень почитает авторитеты
55. Охотно принимает советы
56. Доверчив и стремится радовать других
57. Всегда любезен в общении
58. Дорожит мнением окружающих
59. Общительный, уживчивый
60. Добросердечный
61. Добрый, вселяющий уверенность
62. Нежный, мягкосердечный
63. Любит заботиться о других
64. Бескорыстный, щедрый
65. Любит давать советы
66. Производит впечатление значительного человека
67. Начальственно повелительный
68. Властный
69. Хвастливый
70. Надменный и самодовольный

71. Думает только о себе
72. Хитрый, расчетливый
73. Нетерпим к ошибкам других
74. Корыстный
75. Откровенный
76. Часто недружелюбен
77. Озлобленный
78. Жалобщик
79. Ревнивый
80. Долго помнит свои обиды
81. Самобичующийся
82. Застенчивый
83. Безынициативный
84. Кроткий
85. Зависимый, несамостоятельный
86. Любит подчиняться
87. Предоставляет другим принимать решения
88. Легко попадает впросак
89. Легко поддается влиянию друзей
90. Готов довериться любому
91. Благорасположен ко всем без разбора

92. Всем симпатизирует
93. Прощает все
94. Переполнен чрезмерным сочувствием
95. Великодушен, терпим к недостаткам
96. Стремится покровительствовать
97. Стремится к успеху
98. Ожидает восхищения от каждого
99. Распоряжается другими
100. Деспотичный
101. Сноб, судит о людях лишь по рангу и достатку
102. Тщеславный
103. Эгоистичный
104. Холодный, черствый
105. Язвительный, насмешливый
106. Злой, жестокий
107. Часто гневлив
108. Бесчувственный, равнодушный
109. Злопамятный
110. Проникнут духом

противоречия
111. Упрямый
112. Недоверчивый, подозрительный
113. Робкий
114. Стыдливый
115. Отличается чрезмерной готовностью подчиняться
116. Мягкотелый
117. Почти никогда никому не возражает
118. Навязчивый
119. Любит, чтобы его опекали
120. Чрезмерно доверчив

121. Стремится сыскать расположение каждого
122. Со всеми соглашается
123. Всегда дружелюбен
124. Любит всех
125. Слишком снисходителен к окружающим
126. Старается утешить каждого
127. Заботится о других в ущерб себе
128. Портит людей чрезмерной добротой

**Додаток Д**  
**Особистісний опитувальник Р. Кеттела**

<b>1. Я думаю, что моя память сейчас лучше, чем была раньше.</b>
а) да
б) трудно сказать
с) нет
<b>2. Я вполне мог бы жить один, вдали от людей.</b>
а) да
б) иногда
с) нет
<b>3. Если предположить, что небо находится «внизу» и что зимой «жарко», я должен был бы назвать преступника:</b>

a) бандитом
b) святым
c) тучей
<b>4. Когда я ложусь спать, то:</b>
a) быстро засыпаю
b) когда как
c) засыпаю с трудом
<b>5. Если бы я вел машину по дороге, где много других автомашин, я предпочел бы:</b>
a) пропустить вперед большинство машин
b) не знаю
c) обогнать все идущие впереди машины
<b>6. В компании я предоставляю возможность другим шутить и рассказывать всякие истории.</b>
a) да
b) иногда
c) нет
<b>7. Мне важно, чтобы во всем окружающем не было беспорядка.</b>
a) верно
b) трудно сказать
c) неверно
<b>8. Большинство людей, с которыми я бываю в компаниях, несомненно, рады меня видеть.</b>
a) да
b) иногда
c) нет
<b>9. Мне больше нравятся:</b>
a) фигурное катание
b) затрудняюсь сказать
c) борьба и регби и балет
<b>10. Меня забавляет несоответствие между тем, что люди делают, и тем, что они потом рассказывают об этом.</b>
a) да
b) иногда
c) нет



**11. Читая о каком-либо происшествии, я интересуюсь всеми подробностями.**

a) всегда

b) иногда

c) редко

**12. Когда друзья подшучивают надо мной, я смеюсь вместе со всеми и не обижаюсь.**

a) верно

b) не знаю

c) неверно

**13. Если мне кто-нибудь нагрубит, я могу быстро забыть об этом.**

a) верно

b) не знаю

c) неверно

**14. Мне больше нравится придумывать новые способы в выполнении какой-либо работы, чем придерживаться испытанных приемов.**

a) верно

b) не знаю

c) неверно

**15. Когда я планирую что-нибудь, я предпочитаю делать это самостоятельно, без чьей-либо помощи.**

a) верно

b) иногда

c) нет

**16. Думаю, что я - менее чувствительный и менее возбудимый, чем большинство людей.**

a) верно

b) затрудняюсь ответить

c) неверно

**17. Меня раздражают люди, которые не могут быстро принимать решения.**

a) верно

b) когда как

c) неверно

**18. Иногда, хотя и кратковременно, у меня возникало чувство раздражения по отношению к моим родителям.**

a) да
b) не знаю
c) нет
<b>19. Я скорее раскрыл бы свои сокровенные мысли:</b>
a) своим хорошим друзьям
b) не знаю
c) в своем дневнике
<b>20. Я думаю, что слово, противоположное по смыслу противоположности слова «неточный», - это:</b>
a) небрежный
b) тщательный
c) приблизительный
<b>21. У меня всегда хватает энергии, когда мне это необходимо</b>
a) да
b) трудно сказать
c) нет
<b>22. Меня больше раздражают люди, которые:</b>
a) своими грубыми шутками вгоняют людей в краску
b) затрудняюсь ответить
c) создают неудобства, когда ни опаздывают на условленную встречу со мной
<b>23. Мне очень нравится приглашать к себе гостей и развлекать их.</b>
a) верно
b) не знаю
c) неверно
<b>24. Я думаю, что:</b>
a) можно не все делать одинаково тщательно
b) затрудняюсь сказать
c) любую работу следует выполнять тщательно, если Вы за нее взялись
<b>25. Мне обычно приходится преодолевать смущение.</b>
a) да
b) иногда
c) нет
<b>26. Мои друзья чаще.</b>
a) советуются со мной
b) делают то и другое

с) дают мне советы поровну
<b>27. Если приятель обманывает меня в мелочах, я скорее предпочту сделать вид, что не заметил этого, чем разоблачу его.</b>
а) да
б) иногда
с) нет
<b>28. Я предпочитаю друзей:</b>
а) интересы которых имеют деловой и практический характер
б) не знаю
с) которые отличаются философским взглядом на жизнь
<b>29. Не могу равнодушно слушать, как другие люди высказывают идеи, противоположные тем, в которые я твердо верю.</b>
а) верно
б) затрудняюсь сказать
с) неверно
<b>30. Меня волнуют мои прошлые поступки и ошибки.</b>
а) да
б) не знаю
с) нет
<b>31. Если бы я одинаково хорошо умел делать и то и другое, я бы предпочел:</b>
а) играть в шахматы
б) затрудняюсь сказать
с) играть в городки
<b>32. Мне нравятся общительные, компанейские люди.</b>
а) да
б) не знаю
с) нет
<b>33. Я настолько осторожен и практичен, что со мной случается меньше неприятных неожиданностей, чем с другими людьми.</b>
а) да
б) затрудняюсь сказать
с) нет
<b>34. Я могу забыть о своих заботах и обязанностях, когда мне это необходимо.</b>
а) да

b) иногда
c) нет
<b>35. Мне бывает трудно признать, что я не прав.</b>
a) да
b) иногда
c) нет
<b>36. На предприятии мне было бы интереснее:</b>
a) работать с машинами и механизмами и участвовать в основном производстве
b) трудно сказать
c) беседовать с людьми, занимаясь общественной работой
<b>37. Какое слово не связано с двумя другими?</b>
a) кошка
b) близко
c) солнце
<b>38. То, что в некоторой степени отвлекает мое внимание:</b>
a) раздражает меня
b) нечто среднее
c) не беспокоит меня совершенно
<b>39. Если бы у меня было много денег, то я:</b>
a) жил бы, не стесняя себя ни в чем
b) не знаю
c) позаботился бы о том, чтобы не вызывать к себе зависти
<b>40. Худшее наказание для меня:</b>
a) тяжелая работа
b) не знаю
c) быть запертым в одиночестве
<b>41. Люди должны больше, чем сейчас, соблюдать нравственные нормы.</b>
a) да
b) иногда
c) нет
<b>42. Мне говорили, что ребенком я был:</b>
a) спокойным и любил оставаться один
b) трудно сказать
c) живым и подвижным и меня нельзя было оставить одного

<b>43. Я предпочел бы работать с приборами.</b>
a) да
b) не знаю
c) нет
<b>44. Думаю, что большинство свидетелей на суде говорят правду, даже если это нелегко для них.</b>
a) да
b) трудно сказать
c) нет
<b>45. Иногда я не решаюсь проводить в жизнь свои идеи, потому что они кажутся мне неосуществимыми.</b>
a) верно
b) затрудняюсь ответить
c) неверно
<b>46. Я стараюсь смеяться над шутками не так громко, как большинство людей.</b>
a) верно
b) не знаю
c) неверно
<b>47. Я никогда не чувствовал себя таким несчастным, чтобы хотелось плакать</b>
a) верно
b) не знаю
c) неверно
<b>48. Мне больше нравится</b>
a) марш в исполнении духового оркестра
b) не знаю
c) фортепианная музыка
<b>49. Я предпочел бы провести отпуск</b>
a) в деревне с одним или двумя друзьями
b) затрудняюсь сказать
c) возглавляя группу в туристском лагере
<b>50. Усилия, затраченные на составление планов:</b>
a) никогда не лишни
b) трудно сказать
c) не стоят этого

**51. Необдуманные поступки и высказывания моих друзей в мой адрес не обижают и не огорчают меня.**

a) верно

b) не знаю

c) неверно

**52. Удавшиеся дела кажутся мне легкими.**

a) всегда

b) иногда

c) редко

**53. Я предпочел бы работать:**

a) в учреждении, где мне пришлось бы руководить людьми и все время быть среди них

b) затрудняюсь ответить

c) в одиночестве, например архитектором, который разрабатывает свой проект

**54. Дом относится к комнате, как дерево:**

a) к лесу

b) к растению

c) к листу

**55. То, что я делаю, у меня не получается:**

a) редко

b) время от времени

c) часто

**56. В большинстве дел я предпочитаю:**

a) рискнуть

b) когда как

c) действовать наверняка

**57. Вероятно, некоторые люди считают, что Я слишком много говорю.**

a) скорее всего, это так

b) не знаю

c) думаю, что это не так

**58. Мне больше нравится человек:**

a) большого ума, даже если он ненадежен и непостоянен

b) трудно сказать

c) со средними способностями, но зато умеющий противостоять всяким соблазнам

<b>59. Я принимаю решения</b>
a) быстрее, чем многие люди
b) не знаю
c) медленнее, чем большинство людей
<b>60. На меня большое впечатление производят.</b>
a) мастерство и изящество
b) трудно сказать
c) сила и мощь
<b>61. Я считаю себя человеком, склонным к сотрудничеству,</b>
a) да
b) не знаю
c) нет
<b>62. Мне больше нравится разговаривать с людьми изысканными, утонченными, чем с откровенными и прямолинейными.</b>
a) да
b) не знаю
c) нет
<b>63. Я предпочитаю</b>
a) сам решать вопросы касающиеся меня лично
b) затрудняюсь ответить
c) советоваться с моими, друзьями
<b>64. Если человек не отвечает на мои слова, то я чувствую, что, должно быть, сказал какую-нибудь глупость.</b>
a) верно
b) не знаю
c) неверно
<b>65. В школьные годы я больше всего получил знаний</b>
a) на уроках
b) не знаю
c) читая книги
<b>66. Я избегаю общественной работы и связанной с этим ответственности</b>
a) верно
b) иногда
c) неверно
<b>67. Если очень трудный вопрос требует от меня больших усилий, то я:</b>

a) начну заниматься другим вопросом
b) затрудняюсь сказать
c) еще раз попытаюсь решить этот вопрос
<b>68. У меня возникают сильные эмоции: тревога, гнев, приступы смеха и т. д., - казалось бы, без определенных причин</b>
a) да
b) иногда
c) нет
<b>69. Иногда я соображаю хуже, чем обычно.</b>
a) верно
b) не знаю
c) неверно
<b>70. Мне приятно сделать человеку одолжение, согласившись назначить встречу с ним на время, удобное для него, даже если это. Немного неудобно для меня.</b>
a) да
b) иногда
c) нет
<b>71. Я думаю, что правильное число, которое должно продолжить ряд 1, 2, 3, 6, 5, ... -это:</b>
a) 10
b) 5
c) 7
<b>72. Иногда у меня бывают непродолжительные приступы тошноты и головокружения без определенной причины.</b>
a) да
b) очень редко
c) нет
<b>73. Я предпочитаю скорее отказаться от своего заказа, чем доставить официанту или официантке лишнее беспокойство.</b>
a) да
b) иногда
c) нет
<b>74. Я живу сегодняшним днем в большей степени, чем другие люди, #*</b>
a) верно
b) трудно сказать



с) неверно
<b>75. На вечеринке мне нравится:</b>
а) принимать участие в интересной деловой беседе
б) затрудняюсь ответить
с) отдыхать вместе со всеми
<b>76. Я высказываю свое мнение независимо от того, кто меня слушает:</b>
а) да
б) иногда
с) нет
<b>77. Если бы я мог перенестись в прошлое, я хотел бы встретиться с:</b>
а) Ньютоном
б) не знаю
с) Шекспиром
<b>78. Я вынужден удерживать себя от того, чтобы не улаживать чужие дала.</b>
а) да
б) иногда
с) нет
<b>79. Работая в магазине, я предпочел бы:</b>
а) оформлять витрины
б) не знаю
с) быть кассиром
<b>80. Если люди плохо думают обо мне, я не стараюсь переубедить их, а продолжаю поступать так, как считаю нужным.</b>
а) да
б) трудно сказать
с) нет
<b>81. Если я вижу, что мой старый друг холоден со мной и избегает меня, я обычно:</b>
а) сразу же думаю: «У него плохое настроение»
б) не знаю
с) начинаю думать о том, какой неверный поступок я совершил
<b>82. Многие неприятности происходят из-за людей:</b>
а) которые стараются во все внести изменения, хотя уже существуют удовлетворительные способы решения этих вопросов
б) не знаю

с) которые отвергают новые, многообещающие предложения
<b>83. Я получаю большое удовольствие, рассказывая местные новости.</b>
а) да
б) иногда
с) неверно
<b>84. Аккуратные, требовательные люди не уживаются со мной.</b>
а) верно
б) иногда
с) неверно
<b>85. Мне кажется, что я менее раздражителен, чем большинство людей.</b>
а) верно
б) не знаю
с) неверно
<b>86. Я могу легче не считаться с другими людьми, чем они со мной.</b>
а) верно
б) иногда
с) неверно
<b>87. Бывает, что все утро я не хочу ни с кем разговаривать.</b>
а) часто
б) иногда
с) никогда
<b>88. Если стрелки часов встречаются ровно через каждые 65 минут, отмеренных по точным часам, то эти часы:</b>
а) отстают
б) идут правильно
с) спешат
<b>89. Мне бывает скучно:</b>
а) часто
б) иногда
с) редко
<b>90. Люди говорят, что мне нравится все делать своим оригинальным способом.</b>
а) верно
б) иногда
с) неверно

**91. Я считаю, что нужно избегать излишних волнений, потому что они утомительны.**

a) да

b) иногда

c) нет

**92. Дома в свободное время я:**

a) отдыхаю от всех дел

b) затрудняюсь ответить

c) занимаюсь интересными делами

**93. Я осторожно отношусь к завязыванию дружеских отношений с незнакомыми людьми.**

a) да

b) иногда

c) нет

**94. Я считаю, что то, что люди говорят стихами, можно так же точно выразить прозой.**

a) да

b) затрудняюсь ответить

c) нет

**95. Мне кажется, что люди, с которыми я нахожусь в дружеских отношениях, могут оказаться отнюдь не друзьями за моей спиной.**

a) да

b) иногда

c) нет

**96. Мне кажется, что самые драматические события уже через год не оставят в моей душе никаких следов.**

a) да

b) не знаю

c) нет

**97. Я думаю, что интереснее:**

a) работать с растениями и агентом

b) не знаю

c) быть страховым

**98. Я подвержен суевериям и беспричинному страху по отношению к некоторым вещам, например, к определенным животным, местам, датам и т.д.**

a) да
b) иногда
c) нет
<b>99. Я люблю размышлять о том, как можно было бы улучшить мир.</b>
a) да
b) трудно сказать
c) нет
<b>100. Я предпочитаю игры:</b>
a) где надо играть в команде или иметь партнера
b) не знаю
c) где каждый играет за себя
<b>101. Ночью мне снятся фантастические и нелепые сны.</b>
a) да
b) иногда
c) нет
<b>102. Если я остаюсь в доме один, то через некоторое время ощущаю тревогу и страх.</b>
a) да
b) иногда
c) нет
<b>103. Я могу своим дружеским отношением ввести людей в заблуждение, хотя на самом деле они мне не нравятся.</b>
a) да
b) иногда
c) нет
<b>104. Какое слово не относится к двум другим?</b>
a) думать
b) видеть
c) слышать
<b>105. Если мать Марии является сестрой отца Александра, то кем является Александр по отношению к отцу Марии?</b>
a) двоюродным братом
b) племянником
c) дядей



## Додаток Ж

**Шкала професійної стресованості (P. Spector, S. Jex; адаптовані українськими науковцями О. Кокун, С. Максименко, Є. Тополов, 2012)**

№	Как часто указанные ниже причины вызывают затруднения или невозможность выполнения Вашей текущей работы?	1	2	3	4	5
		Никогда или реже раза в месяц	Один или два раза в месяц	Один раз или два раза в неделю	Один раз или два раза в день	Несколько раз в день
1	Плохое оборудование или снабжение					
2	Принятые в организации правила и процедуры					
3	Действие других сотрудников					
4	Действие непосредственного начальника					
5	Нехватка оборудования или снабжения					
6	Несоответствующее обучение					
7	Отвлечение другими людьми					
8	Нехватка необходимой информации относительно того что делать или как делать					
9	Противоречивые профессиональные требования					
10	Несоответствующая помощь от других					
	Неправильные инструкции					

**Шкала професійної завантаженості (P. Spector, S. Jex; адаптовані українськими науковцями О. Кокун, С. Максименко, Є. Тополов, 2012)**

№	Вопросы	1	2	3	4	5
		Никогда или реже одного раза в месяц	Один или два раза в месяц	Один или два раза в неделю	Один или два раза в день	Несколько раз в день
1	Как часто Вам приходится работать очень быстро?					
2	Как часто вам приходится работать очень напряженно?					
3	Как часто вы испытываете дефицит времени, чтобы сделать работу?					
4	Как часто у вас слишком много работы чтобы ее сделать?					
5	Как часто вам приходится делать больше работы, чем Вы в состоянии сделать хорошо?					

**Додаток 3**

**Анкетування для лікарів-хірургів**

1. Відмітьте, будь-ласка, які ситуації у Вашому житті змушують Вас відчувати тривогу?
  - a) сімейні негаразди;
  - b) клопоти у професійній діяльності;
  - c) соціально-політична ситуація у країні;
  - d) власна відповідь \_\_\_\_\_ .

2. Відмітьте, будь-ласка, за 10-та бальною шкалою, де 1 – зовсім не характерно, 10 – характерно, на скільки вам властиво використовувати такі прийоми відволікання від роботи або зняття емоційного напруження?
- a) фізична активність, спорт;
  - b) сімейний відпочинок;
  - c) вживання міцних напоїв;
  - d) спілкування з друзями;
  - e) власна відповідь \_\_\_\_\_ .
3. Чи погіршилося Ваше здоров'я за час (роки) професійної діяльності?
- a) так;
  - b) ні.
4. Чи властиві Вам негативні соматичні відчуття:
- a. в області серця? так \_\_\_\_\_ ні \_\_\_\_\_
  - b. шлунково-кишкового тракту? так \_\_\_\_\_ ні \_\_\_\_\_
  - c. головні болі? так \_\_\_\_\_ ні \_\_\_\_\_
  - d. власна відповідь \_\_\_\_\_
- 
5. Як часто Ви берете професійну відпустку?
- a) раз чи два на рік;
  - b) беру відпустку лише офіційно, а фізично мушу знаходитися на робочому місці;
  - c) зовсім не беру: я не відчуваю себе втомленим, щоб брати відпустки;
  - d) власна відповідь \_\_\_\_\_ .
6. Назвіть Ваші особисті якості, які допомагають Вам у професійній діяльності.
- 
- 
- 
7. На Вашу думку, якими особистими якостями повинен володіти професійний лікар-хірург? Відповідь обґрунтуйте.
- 
- 
- 
8. Чи відчуваєте Ви задоволення від обраної професійної діяльності?
- a) так;
  - b) ні;
9. Якби була змога, то змінив би (змінила б) напрям професійної діяльності:
- a. ) так,
  - b. Ні.
10. Чи властиво Вам у професійній діяльності відстоювати власні думки?
- a. так;



б. ні;

11. Чи відстоюєте Ви у професійній діяльності Ваше право обіймати певну посаду?

а. Так,

б. Ні,

с. не розумію, навіщо взагалі з кимось конкурувати.

12. Відмітьте, будь ласка, на відріжку, як Ви оцінюєте власний ступінь відповідальності.

1 \_\_\_\_\_ 10.

13. Сформулюйте будь-ласка ваші основні якості як лікаря-хірурга.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ .

14. Чи властиво Вам змінювати настрій у зв'язку з виникненням суперечностей з колегами на робочому місці?

а) так;

б) ні.

15. Чи любляете Ви ризикувати у професійній діяльності? Відповідь обґрунтуйте.

а) так;

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ .

б) ні;

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ .

16. Чи маєте ви уявлення щодо майбутніх перспектив у професійній діяльності?

а) так; б) ні.

Про що саме ці уявлення?

\_\_\_\_\_

## Додаток К

### ПРОГРАМА

#### навчально-формуючого тренінгу для інтернів хірургічного відділення

##### Пояснювальна записка.

Метою тренінгу (формульованого експерименту) стала перевірка можливості впливу актуалізованих у процесі соціально-психологічного тренінгу особистісних властивостей і характеристик інтернів (незалежна змінна) на процес формування долаючої поведінки (залежна змінна) та визначення їх особистісних ресурсів у продуктивному доланні стресу.

##### Завдання тренінгу:

5. Забезпечити інформованість інтернів хірургічного відділення щодо впливу стресогенних ситуацій на психічну діяльність та організм лікарів-хірургів в умовах їх професійної діяльності.
6. Ураховуючи особливості професійної діяльності лікарів-хірургів, сприяти зниженню напруженого психоемоційного стану інтернів хірургічного відділення.
7. Сприяти розвитку особистісних властивостей інтернів хірургічного відділення для передбачення та подолання молодими людьми негативних наслідків впливу на їх психічну діяльність стресогенних ситуацій, які виникають у хірургічній діяльності. З'ясувати індивідуальні ресурси їх особистості у продуктивному доланні стресу.
8. Сприяти оволодінню інтернами хірургічного відділення навичками збереження та відновлення психоемоційної рівноваги та працездатності в їх діяльності

**Тип тренінгу:** навчально-формульовальний.

**Цільова аудиторія тренінгу:** інтерни хірургічного відділення.

**Кількість учасників:** 12 осіб.

**Час, необхідний для проведення тренінгу:** 15 годин, 6 днів по 2 год. 30 хв., заняття проводились двічі на тиждень (тренінг тривав один

календарний місяць). Враховуючи специфічність хірургічної діяльності та професійну зайнятість інтернів хірургічного відділення, ми вважаємо, що комплексність та ємкість тренінгової роботи сприятиме активізації процесу розвитку їх особистісних властивостей, які обумовлюють формування продуктивних копінг-стратегій хірургів.

**Обладнання:** простора кімната зі стільцями, папір формату А4, олівці, кулькові ручки та інші допоміжні матеріали для забезпечення роботи учасників тренінгу.

### ЗАНЯТТЯ 1

Перше заняття було присвячене наданню інформації інтернам хірургічного відділення щодо особливостей стресогенних ситуацій у їх професійній діяльності та сприяти усвідомленню спеціалістами ролі стресогенних ситуацій в процесі особистісно-професійного зростання лікарів-хірургів. Метою першої вправи «Поняття стресогенної ситуації», було спонукання учасників до висловлювань власних поглядів на поняття «стресогенна ситуація», та об'єднання асоціацій учасників на тему вправи.

Суттєва увага була приділена негативним або позитивним асоціативним висловлюванням учасників. Уточнення та роз'яснення відбувалося з допомогою наступних питань: 1) чому зазначене поняття викликає переважно негативні асоціації? (у випадку якщо були названі й позитивні то особливо уважно звернути на це увагу); 2) які зафіксовані асоціації є універсальним для будь-якої стресогенної ситуації, а які – специфічними? та ін.

**Друга вправа «Я і стрес»** сприяла усвідомленню та вербалізації учасників власних уявлень на поняття «стрес» та визначити активні дії учасників тренінгу спрямовані на додання стресогенних ситуацій.

**Обладнання:** аркуш ватману, папір формату А4, олівці, кулькові ручки.

**Хід проведення:** тренер попереджає учасників тренінгу про конфіденційність вправи та пропонує не перемовлятися між собою при її виконанні. Тренер оголошує учасникам наступну інструкцію: «Зобразіть будь-ласка малюнок на тему «Я і стрес», малюнок може бути виконаний у різній формі – реалістичній,

абстрактній, символічній, художній. Велике значення має рівень власної щирості у зображенні власних думок і почуттів».

Протягом 5-8 хв. Учасники виконують завдання. Після зображення учасниками малюнку на задану тематику, тренер провокує учасників групи до обговорення наступними питаннями: 1) як складно було виконувати завдання; 2) які відчуття та думки виникали у процесі зображення малюнку; 3) що на думку учасників допомагає або заважає ефективно діяти в умовах стресогенної ситуації; 4) формування групою кількох основних позицій згідно яким учасники мають бажання змінити свою реакцію на умови стресогенної ситуації.

Підведення підсумків.

**Перерва. Час:** 15 хв.

### **Вправа 3. « Стрес у моєму житті».**

**Час:** 25 хв.

**Мета:** виявити саме ті ситуації, які для учасників тренінгу є особисто стресогенними та сприяти усвідомленню суб'єктивного сприйняття ситуації в оцінці рівня стресогенності ситуації на психічну діяльність спеціаліста.

**Обладнання:** заздалегідь підготовлені тренером карток на яких зафіксовані різні життєві обставини, які можливо є стресогенними для особистості.

**Хід проведення:** Тренер пропонує учасникам тренінгу розібрати картки на яких заздалегідь зафіксовані види можливих для особистості стресогенних ситуацій. Учасники повинні без обговорень між собою та не демонструючи картки один одному вишикуватися в шеренгу залежно від суб'єктивного відчуття сили стресора на його організм. Після знаходження учасниками свого місця в шерензі відбувається обмін інформацією щодо суб'єктивних відчуттів та важливості певного стресора для кожного з учасників.

*Примітка:* у процесі обговорення учасники тренінгу повинні акцентувати увагу на тому, чому один і той самій стресор одні учасники зараховують до найбільш стресогенних, а інші – до нейтральних або взагалі до не травмуючих обставин.

### **Вправа 4. Міні-дискусія « Плюси та мінуси стресу у нашому житті»**

**Час:** 20 хв.

**Мета:** сприяти усвідомленню учасників тренінгової групи не лише негативного впливу стресогенних ситуацій, а й позитивних її компонентів.

**Обладнання:** папір формату А4, кулькові ручки.

**Хід проведення:** в хаотичному порядку група ділиться на дві підгрупи. Одна підгрупа обговорює та визначає негативні наслідки стресу, а інша підгрупа – позитивні. Після завершення обидві підгрупи обмінюються поглядами та аргументують прийняту у підгрупі точку зору.

### **1.1. Підведення підсумків першого дня тренінгової роботи**

**Час: 10 хв.**

**Орієнтований перелік питань для підбиття підсумків:**

1. Які висновки висунули учасники групи після першого тренінгового дня.
2. Чи легко/важко було активізуватися при виконанні вправ.
3. Які думки або відчуття виникли в учасників групи після тренінгової роботи.
4. Які побажання або очікування мають учасники групи для подальшої роботи.
5. Чи є запитання в учасників тренінгу до тренера та ін.

## **ЗАНЯТТЯ 2**

**Мета 2-го заняття:** проінформувати та визначити стилі поведінки учасників тренінгу в умовах стресогенних ситуацій та забезпечити засвоєння даного матеріалу.

**Завдання 2-го заняття:**

1. Сприяти розумінню особливостей різних стилів поведінки особистості в умовах стресогенних ситуацій.
2. Проінформувати учасників тренінгу щодо стилів особистості у розв'язанні стресогенних ситуацій.
3. Продемонструвати на практиці різні стилі поведінки особистості в умовах стресогенних ситуацій.
4. Надати інформацію про ролі «Я» в умовах стресогенних ситуацій професійної діяльності хірургів.

**Час:** 2, 30 год.

**Обладнання:** фліпчарт та маркер або дошка і крейда, папір формату А4, кулькові ручки, олівці.

**Вправа 1. Міні-лекція з елементами пошукового методу «Особливості стилів поведінки особистості в умовах стресогенних ситуацій».**

**Час:** 45 хв.

**Мета:** ознайомити учасників групи з різноманітністю стилів поведінки особистості в умовах стресогенних ситуаціях.

**Обладнання:** фліпчарт і маркер або дошка і крейда, допоміжні інформаційні матеріали для тренера.

**Хід проведення:** користаючись матеріалами міні-лекції тренер інформує учасників тренінгу: 1) що таке стиль поведінки; 2) які є види стилів поведінки особистості в умовах стресогенних ситуацій; 3) психологічні та психофізіологічні зміни, які відбуваються в організмі особистості в умовах стресогенних ситуаціях та ін.

Потім з допомогою пошукового методу та на прикладі наданої тренером інформації учасники тренінгу розмірковують щодо власних стилів поведінки в умовах стресогенних ситуацій та змін в організмі, які вони спостерігали за собою. Підведення підсумків вправи.

**Вправа 2. Створення колажу на тему « Я в умовах стресогенної ситуації.**

**Фактори відволікання: Дії начальника, відволікання ін. і т.д.».**

**Час:** 40 хв.

**Мета:** сприяти усвідомленню учасників групи різних ролей в умовах стресогенної ситуації.

**Обладнання:** 2 ватмани, маркери, картинки, листівки, глянцеві журнали та ін. допоміжні матеріали.

**Хід проведення:** у хаотичному порядку група ділиться на дві підгрупи, кожній з якій тренер пропонує створити колаж на задану тему. На створення колажу надається 25 хв. Після чого підгрупи презентують колективну роботу розкриваючи зміст зображеного на колажі. Тренер займаючи активну позицію в обговоренні колажів пропонує учасникам визначити ролі, які на їх думку будуть доречними у конкретній стресогенній ситуації, а які – ні. *Примітка:* створення колажу є одним з методів арт-терапії, тому його створення є чудовим психотерапевтичним ефектом. Підведення підсумків вправи.

**Перерва. Час:** 15 хв.

### **Вправа 3. «Різні шляхи розв'язання стресогенних ситуацій».**

**Час:** 30 хв.

**Мета:** сприяти засвоєнню навичок вирішення/розв'язання стресогенних ситуацій в учасників тренінгової групи.

**Обладнання:** 2 ватмани, маркери, заздалегідь підготовлені тренером картки з зафіксованими видами емоцій, які виникають у особистості в умовах стресогенних ситуацій.

**Хід проведення:** тренер пропонує учасникам у довільному порядку та наосліп обрати одну з запропонованих тренером карток й зафіксовану на картці емоцію продемонструвати у вигляді пантоміми та відслідкувати зовнішні прояви певної емоції. А тим часом інші учасники групи визначають яку саме емоцію демонструє колега та пропонують яким саме чином є можливість уникнути негативної емоції й аргументують власний варіант долання стресогенної ситуації. Як наслідок, вербальне обмірковування різних шляхів вирішення стресогенних ситуацій дозволить у майбутньому учасникам долати виникаючі негативні, емоційні реакції в умовах стресогенних ситуацій. Підведення підсумків вправи.

### **Вправа 4. Підведення підсумків заняття «Я розумію, я відчуваю ...»**

**Час:** 20 хв.

**Мета:** узагальнити та систематизувати отриману учасниками інформацію.

**Обладнання:** будь-який предмет фактурної форми (*Напр. кубік-рубік*).

**Хід проведення:** тренер пропонує учасниками підвестися зі стільців та демонструє на власному прикладі тримаючи у руках предмет, пригадати усю отриману інформацію протягом заняття й сформулювати висновки-вислови починаючи зі слів: « Я розумію, що ... Я відчуваю, що ...». У хаотичному порядку предмет передається з рук до рук учасників, таким чином передаючи естафету висловлювань.

## **ЗАНЯТТЯ 3**

**Мета 3-го заняття:** проінформувати учасників тренінгової групи щодо важливості професійних стресів у їх житті та визначити конструктивні стилі долаючої поведінки у хірургічній діяльності спеціалістів.

**Завдання 3-го заняття:**

1. Сприяти формуванню уявлень у інтернів-хірургів щодо особливостей стресів саме у хірургічній діяльності.
2. Розвиток особистісних чинників додання негативних наслідків у професійній діяльності лікарів-хірургів.
3. Сприяти засвоєнню інтернами стилів взаємовідносин з оточуючими в умовах стресогенної, хірургічної діяльності.
4. Відпрацювання інтернами ефективних стилів долаючої поведінки в умовах стресогенної, хірургічної діяльності.

**Час:** 2, 30 год.

**Обладнання:** фліпчарт та маркери або дошка і крейда, папір формату А4, кулькові ручки, олівці, заздалегідь підготовлені тренером картки з зафіксованими завданнями.

### **Вправа 1. Міні-лекція з елементами пошукового методу «Професійно стресогенні ситуації»**

**Час:** 30хв.

**Мета:** ознайомити учасників групи з особливостями стресогенних ситуацій у хірургічній діяльності та важливості їх впливу на психічні діяльність особистості й на її здоров'я.

**Обладнання:** фліпчарт та маркер або дошка й крейда.

**Хід проведення:** користуючись допоміжними матеріалами тренер інформує учасників групи щодо поняття професійного стресу, його важливості та актуальності в умовах саме хірургічної діяльності та як професійний стрес впливає на здоров'я й емоційний стан спеціалістів. Потім з допомогою пошукового методу тренер пропонує учасникам запропонувати типові професійно стресогенні ситуації, які виникали у власній професійній діяльності інтернів. Підбиваючи підсумки обговорення учасники тренінгової групи з допомогою тренера формують



систему типових стресогенних ситуацій, які ймовірно можуть виникнути у хірургічній діяльності спеціалістів.

**Вправа 2. Рольова гра «Ведення переговорів: взаємодія в діяльності хірурга»**

**Час:** 45хв.

**Мета:** сформувати конструктивні стратегії долаючої поведінки в типових стресогенно професійних ситуаціях та навчити відслідковувати власний емоційний стан учасників тренінгової групи у ситуація професійного стресу.

**Обладнання:** заздалегідь підготовлені тренером картки на яких зафіксовані види типових стресогенних ситуацій у хірургічній діяльності.

**Хід проведення:** учасниками тренінгової групи працюють на публіку у парах. Один з учасників довільної пари обирає картку з типовою ситуацією та розігрує її, тим самим провокуючи свого опонента до знаходження та відпрацювання конструктивної стратегії долаючої поведінки. Потім пара обмінюється ролями. Вправа триває до тих пір поки усі учасники не випробують на собі обидві ролі. Підбиття підсумків вправи.

**Перерва. Час:** 15 хв.

**Вправа 3. «Гідна відповідь: референтне коло спілкування».**

**Час:** 20 хв.

**Мета:** відпрацювання навичок конструктивної відповіді в умовах стресогенно професійної ситуації.

**Обладнання:** заздалегідь підготовлені тренером картки з зафіксованими типовими зауваженнями або скаргами, які можуть траплятися у професійній діяльності лікарів-хірургів.

**Хід проведення:** Учасники тренінгової групи наосліп обирають дві картки. Сидячи у колі, починаючи з тренера учасник оголошує своє зауваження колезі, який сидить праворуч. Завдання колеги якомога швидше та конструктивно дати відповідь на зауваження. І так по колу до тих пір поки усі зауваження не будуть висловлені.

**Обговорення:** тренер запитує учасників легко чи важко далось їм виконання вправи, чи знайомі їм запропоновані зауваження та скарги і як близько вони приймали їх.

*Примітка:* як правило учасники будуть стверджувати, що не сприймали висловлених зауважень або скарг серйозно, оскільки у даному випадку присутній елемент гри і не стосуються особисто їх. Тому, важливо з допомогою методу мозкового штурму знайти ще декілька варіантів конструктивної відповіді та долаючої поведінки на кожен з запропонованих варіанті зауважень або скарг.

#### **Вправа 4. Рольова гра «Вередливий пацієнт (згідно транзактної теорії Е. Берна)»**

**Час:** 30 хв.

**Мета:** продемонструвати навички стратегій конструктивного спілкування в умовах професійної діяльності лікарів хірургів та визначення транзактної ролі хірурга: Дитини, Батька чи Дорослого

**Обладнання:** заздалегідь підготовлені тренером картки з зафіксованим емоційним станом до операційних або після операційних хворих.

**Хід проведення:** група працює у парах, учасники групи наосліп обирають картки з типовими емоційними станами до операційних або після операційних хворих. Один з учасників довільної пари обирає картку з типовим емоційним станом та розігрує її, тим самим провокуючи свого опонента до знаходження та відпрацювання конструктивної стратегії спілкування з хворими. Потім пара обмінюється ролями. Вправа триває до тих пір поки усі учасники не випробують на собі обидві ролі. Підбиття підсумків вправи.

#### **Вправа 5. Підведення підсумків заняття «Я залишаю собі...» або « Дідусь З. Фрейд говорив...»**

**Час:** 10 хв.

**Мета:** узагальнити та систематизувати знання й практичні навички, які були отримані у ході заняття.

**Обладнання:** будь-який предмет фактурної форми.

**Хід проведення:** узагальнюючи усі знання та навички отримані у ході тренінгового заняття учасник пропонує тренерам підвестися та висвітлити власні зроблені висновки зі слів: «Я залишаю собі...»

#### **ЗАНЯТТЯ 4**

**Мета 4-го заняття:** надати учасникам інформацію щодо ресурсів особистості та формування навичок активізувати власні ресурси в умовах стресогенних ситуаціях.

**Завдання 4-го заняття:**

1. Проінформувати учасників тренінгу щодо особливостей ресурсів особистості та їх видів.
2. Сприяти знаходженню індивідуальних ресурсів інтернів-хірургів.
3. Сформувати навички активізації та користування власними ресурсами в умовах стресогенних ситуацій професійної діяльності.
4. Сприяти підвищенню стресостійкості стресогенним обставинам у професійній діяльності інтернів-хірургів шляхом використання особистісних ресурсів спеціаліста.

**Час:** 2, 30 год.

**Обладнання:** фліпчарт та маркери або дошка і крейда, папір формату А4, кулькові ручки, олівці, заздалегідь підготовлені тренером картки з зафіксованими завданнями.

### **Вправа 1. Гра на розігрів «Я сьогодні ось такий...»**

**Час:** 15 хв.

**Мета:** забезпечити емоційну розрядку учасників тренінгу та сприяти розумінню інтернами свого емоційного стану та умінню виражати його невербально.

**Обладнання:** простора освітлена кімната.

**Хід проведення:** Кожен з учасників тренінгової групи по черзі вітається з іншими і доповнює своє привітання фразою «Я сьогодні ось такий...» і зображає невербально свій стан. Після цього колеги разом повторюють ім'я привітавшого їх учасника і говорять: « Володимир сьогодні ось такий...» і намагаються відтворити жести та міміку Володимира. Вправа продовжується до тих пір поки усі присутні не приймуть у ній участі.

**Обговорення:** після проведення вправи слід акцентувати увагу на наступні питання: 1) чи легко було учасникам невербально виражати свій емоційний стан? 2) чи легко було зімітувати емоційний стан свого колеги? 3) які відчуття чи думки виникали коли колега копіював та зображав Ваш емоційний стан? та ін..

*Примітка:* вибір вправи на розігрів обумовлений тим, що четверте заняття тренінгу знаходиться в екваторі тренінгової програми, а це свідчить про сформовану емоційну динаміку групи та доброзичливі відносини один одного, а отже ситуація копіювання та імітація емоційного стану колегами не має сприйматися як загрозна.

## **Вправа 2. Міні-лекція «Особистісні ресурси стресостійкості»**

**Час:** 45 хв.

**Мета:** сприяти формуванню уявлень інтернів щодо особливостей стресостійкості особистості та видів її ресурсів.

**Обладнання:** фліпчарт та маркер або дошка і крейда.

**Хід проведення:** користуючись допоміжними матеріалами тренер інформує учасників щодо поняття стресостійкості, його особливостей. Важливу увагу акцентує на важливості ресурсів особистості у формуванні стресостійкості особистості. Також слід разом з учасниками обговорити чому так важливо піклуватися про збереження та розвиток власних ресурсів.

Підведення підсумків лекції та вирішення незрозумілих для учасників питань щодо важливості збереження стресостійкості в умовах хірургічної діяльності.

## **Вправа 3. «Ви не повірите, що...»**

**Час:** 25 хв.

**Мета:** ознайомити учасників з поняттям «внутрішні ресурси особистості» та продемонструвати особливості їх використання, які використовує кожен зі спеціалістів.

**Обладнання:** фліпчарт та маркер або дошка і крейда.

**Хід проведення:** тренер пропонує учасникам поділитися власним успішним досвідом додання стресогенної ситуації у професійній діяльності. Тренер повинен першим продемонструвати власний досвід додання стресогенної ситуації з метою надання прикладу яким саме чином необхідно виконати завдання. При цьому тренер акцентує увагу на тому, які саме особистісні чинники допомогли у доданні. Важливо приділяти увагу емоціям, які виникають у інших учасників групи від розповідей своїх колег.

*Примітка:* учасникам тренінгової групи слід наголосити, що сприйняття стресогенної ситуації є індивідуальним явищем і кожному з членів групи слід звертати увагу на власні внутрішні резерви у доданні стресогенної ситуації.

До уваги тренера! Представлена вправа зазвичай створює емоційно-активну атмосферу, що дозволяє учасникам з повагою та захватом відноситися до розповідей колег.

**Перерва. Час: 15 хв.**

#### **Вправа 4. «Мета»**

**Час:** 25 хв.

**Мета:** формування у учасників тренінгової групи стресостійкості та стресової толерантності.

**Обладнання:** заздалегідь підготовлені тренером картки на яких зафіксовані типові цілі лікарів-хірургів, що стосуються їх професійної діяльності.

**Хід проведення:** учасники наосліп розбирають картки де зафіксовані цілі. Потім демонструють їх іншим учасникам та вербалізують яким саме чином та використовуючи які внутрішні резерви буде використовувати на шляху досягнення цілі. При цьому інші учасники виступають у ролі провокаторів та конструктивно заперечують його можливі внутрішні засоби для досягнення мети. В свою чергу учасник тренінгу повинен продемонструвати стресостійкість та стресову толерантність по відношенню до стверджень колег. Вправа триває до тих пір поки усі учасники не випробують себе в домінуючій ролі. Підведення підсумків вправи.

#### **Вправа 5. Підведення підсумків заняття «Я володію...Ти володієш...»**

**Час:** 25 хв.

**Мета:** узагальнити та систематизувати знання й практичні навички, які були отримані у ході заняття.

**Обладнання:** будь-який предмет фактурної форми.

**Хід проведення:** починаючи з тренера, учасник групи стає навпроти своїх колег й висловлює зроблений у ході заняття висновок словами «Я володію...». Учаснику слід наголосити на власних ресурсах а продовжити фразу «... Ти володієш» і наголосити на внутрішніх ресурсах свого колеги, якими на його домку володіє колега учасника групи. Таким чином, учасники передають естафету один одному. Проте висловлені ресурси щодо учасника групи не повинні співпадати з власними поглядами на види

особистісних ресурсів . Зазначене правило вправи дозволить розширити уявлення учасників групи на природу функціонування власних ресурсів та можливостей стресостійкості в умовах стресогенних ситуація.

*Примітка:*вербальне висловлення поглядів учасників групи щодо ресурсів своїх колег сприятиме емоційному піднесенню та безумовній підтримці хірургів-інтернів.

## **ЗАНЯТТЯ 5**

**Мета 5-го заняття:** надати учасникам тренінгової групи методичні та практичні знання щодо саморегуляції особистості в умовах стресогенних ситуацій хірургічної діяльності спеціалістів.

**Завдання 5-го заняття:**

1. Сприяти опануванню інтернами-хірургами методичних аспектів та важливості саморегуляції для психічного та фізичного здоров'я спеціаліста.
2. Сприяти усвідомленню інтернами хірургами взаємозв'язків впливу їхнього емоційного стану на фізичний стан особистості.
3. Надати учасникам тренінгової групи практичні технології екстреного збереження та відновлення психоемоційної рівноваги та працездатності.
4. Сприяти засвоєнню отриманої у ході заняття інформації та відпрацюванню інтернами-хірургами практичних засобів саморегуляції.

**Час:** 2, 30 год.

**Обладнання:** фліпчарт та маркери або дошка і крейда, папір формату А4, кулькові ручки, олівці.

### **Вправа 1. Міні-лекція «Поняття саморегуляції. Методи Саморегуляції».**

**Час:** 45 хв.

**Мета:** сприяти формуванню уявлень інтернів-хірургів щодо поняття саморегуляція, його особливостей та методів.

**Обладнання:** фліпчарт та маркер або дошка і крейда.

**Хід проведення:** користуючись допоміжними матеріалами тренер інформує учасників про поняття саморегуляції та його основних компонентів. Важливу увагу тренер акцентує на ролі саморегуляції у зниженні стресової реактивності особистості. Інформує учасників тренінгу щодо методів саморегуляції та використовуючи метод

мозкового штурму прохає інтернів згадати та висловити ті засоби саморегуляції, якими вже користувалися у професійній діяльності.

Підведення підсумків лекції та вирішення незрозумілих для учасників питань щодо важливості саморегуляції та її методів в умовах хірургічної діяльності.

## **Вправа 2. «Вулкан»**

**Час:** 35 хв.

**Мета:** засвоєння техніки саморегуляції при переживанні гніву та агресії.

**Обладнання:** папір формату А4, кольорові олівці.

**Хід проведення:** тренер прохає учасників тренінгу прийняти зручну позу на стільці, заплющити очі та починає зачитувати: «уявіть ваш гнів, який знаходиться у середині високої гори. Поступово гнів стає все більшим і більшим, повністю виходить на зовні гори та починається виверження вулкану. Уявіть собі як бруд, лава, іскри та вогонь виносять з нас руйнуючу енергію гніву. Уважно спостерігайте за цим процесом та пам'ятайте, що виверження вулкану триває до тих пір поки увесь гнів не вийде назовні. Лише після цього Ви відчуваєте легкість та свободу. Ви підходите до гори, піднімаєтесь на її вершину, заглядаєте у кратер і що Ви там бачите?» Тренер робить паузу, потім продовжує «Зафіксуйте у пам'яті те, що Ви бачите та коли будете готові можете відкривати очі». Наступним кроком є зображення на папері останньої картинки, яку візуалізувати учасники тренінгової групи.

**Обговорення:** тренеру необхідно акцентувати увагу на тих емоціях, які виникали у кожного з учасників тренінгової групи на кожному з етапів аутогенного тренування. Дуже важливо помітити емоційний перехід між виверженням вулкану та його спокійним станом, а також допомогти учасникам тренінгу відслідкувати фізичні відчуття.

**Перерва. Час:** 15 хв.

## **Вправа 3. «Контроль дихання»**

**Час:** 25 хв.

**Мета:** надати учасникам тренінгу можливості помітити взаємозв'язок між емоційним станом та диханням та відпрацювати навички дихальної саморегуляції.

**Обладнання:** простора, освітлена та з гарним провітренням кімната.

**Хід проведення:** вправа проводиться у парах. Один з учасників слідкує за своїм диханням та осанкою, а інший тим часом критикує його, висловлюючи будь-які зауваження. Завдання першого учасника – вести діалог і при цьому постійно відслідковувати ознаки напруження у своєму диханні. Через три хвилини учасники обмінюються ролями. За час вправи повинно відбутися приблизно три зміни ролей.

Під час підведення підсумків вправи, тренеру необхідно звернути увагу на те, чи важко було відслідковувати учасникам своє дихання та на що вони акцентували увагу, щоб намагатися під час критики опонента тримати увагу у від слідкуванні дихання.

*Примітка:* під час проведення дихальних вправ організм особистості підпорядковується великі кількості фізіологічних ритмів, одним з найважливіших ритмів є дихання. Деякі учасники після вправи можуть відчувати головокружіння, що пов'язано з тим, що до мозку потрапляє більш насичена киснем кров. У цьому випадку важливо після проведення вправи, навіть незалежно від наявності чи відсутності головокружіння, запропонувати учасникам перейти до їх рідного ритму дихання і деякий час (1-3хв) подихати у звичному для них темпі.

#### **Вправа 4. «Запам'ятай 12 слів»**

**Час:** 20 хв.

**Мета:** забезпечити у хірургів-інтернів розвиток саморегуляції візуалізації та зорової пам'яті.

**Обладнання:** папір формату А4, маркери, фломастери, кулькові ручки.

**Хід проведення:** перед початком вправи кожен з учасників тренінгової групи складає список з 12-ти не пов'язаних між собою іменників та фіксує їх на папері. Вправа проводиться у парах. Один з учасників спокійним, чітким логосом, роблячи паузи, зачитує партнеру свій список слів, а завдання партнера їх запам'ятати.

Обговорення: учасники висловлюють свої результати запам'ятовування; тренер акцентує увагу які саме методи запам'ятовування використовували учасники та які прийоми саморегуляції допомагали в утриманні наданої партнером інформації.

#### **Вправа 5. Підведення підсумків вправи «Особисто для мене саморегуляція це..»**



**Час:** 10 хв.

**Мета:** систематизація та узагальнення особистого досвіду після виконання вправ спрямованих на розвиток саморегуляції особистості.

**Обладнання:** будь-який предмет фактурної форми

**Хід проведення:** починаючи з тренера усі учасники тренінгової групи висловлюють особисті враження та отриманий досвід з приводу особливостей власної саморегуляції. Підведення підсумків тренінгового заняття.

## **ЗАНЯТТЯ 6**

**Мета 6-го заняття:** ознайомити учасників тренінгової групи з особливостями психосоматичних розладів, які виникають в умовах напруженої хірургічної діяльності та провести профілактичну роботу з попередження виникнення психосоматичних симптомів у спеціалістів.

**Завдання 6-го заняття:**

1. Ознайомити хірургів-інтернів з типовими психосоматичними розладами, які виникають у професійній хірургічній діяльності спеціалістів.
2. Забезпечити профілактику психосоматичних захворювань використовуючи техніки аутогенного тренування
3. Сприяти практичному засвоєнню інтернами-хірургами засобів (технік) спрямованих на забезпечення емоційного врівноваження, спокою, психічного та фізичного здоров'я.
4. Підбиття підсумків тренінгової програми.

**Час:** 2, 30 год.

**Обладнання:** фліпчарт та маркери або дошка і крейда, папір формату А4, кулькові ручки, олівці.

### **Вправа 1. Міні-лекція «Розвиток психосоматичних захворювань в умовах хірургічної діяльності»**

**Час:** 45 хв.

**Мета:** сприяти формуванню уявлень інтернів щодо особливостей психосоматичних розладів в умовах саме хірургічної діяльності.

**Обладнання:** фліпчарт та маркер або дошка і крейда.

**Хід проведення:** користуючись допоміжними матеріалами тренер інформує учасників щодо поняття психосоматичні розлади, його особливостей. Важливу увагу акцентує на емоційному стані спеціалістів, який призводить до розвитку та наслідків психосоматичних розладів.

Користуючись методом мозкового штурму тренер прохав учасників тренінгу згадати про особистий досвід виникнення фізичного дискомфорту в умовах їхньої професійної діяльності. Підведення підсумків міні-лекції.

### **Вправа 2. З елементами аутогенного тренування «Відчуття важкості у тілі»**

*Примітка:* основоположником аутогенного тренування є німецький психотерапевт, професор Йоган Шульц. Згідно аутогенного тренування, особистість шляхом оволодіння його техніками має змогу контролювати власний стан організму, ефективно усунути психічне та фізичне напруження, підвищити рівень концентрації уваги на певних об'єктах чи предметах та навіть контролювати певні функції організму, а саме: кровообіг та частоту серцевих скорочень.

**Час:** 20 хв.

**Мета:** підготувати учасників тренінгової групи до суб'єктивного відчуття виникнення аутогенного тренування та сприяти відчутті спеціалістів особливості власного тіла.

**Обладнання:** зручні стільці

**Хід проведення:** користуючись допоміжними матеріалами тренер зачитує інструкцію: «Займіть зручну для Вас позу тіла сидячи на стільці, заплющте очі, розслабтеся, зосередьтеся на спокої. Продовжуючи відчувати спокій, зосередьтеся на відчутті важкості правої руки, потім лівої; відчуття важкості організму розповсюджується по усьому Вашому організму, внутрішнім зором споглядайте його там, де вона є. Зафіксуйте у пам'яті особливості саме Вашого відчуття важкості, яке воно має вигляд, приємне для Вас чи ні, якого воно кольору... Поступово відчуття важкості залишає Ваше тіло, у вас виникає відчуття легкості, проте Ви продовжуєте дихати рівномірно і спокійно, Ваше тіло огортає теплота... Зробіть три глибоких вдиха і коли будете готові відкривайте очі».

До уваги тренера! Під час виконання вправи не слід намагатися вольовими зусиллями поширювати відчуття важкості, посилювати його самонавіюванням. Ць буде перешкоджати виникненню аутогенного стану.

Підведення підсумків вправи, рефлексія учасників щодо індивідуального стану під час та після виконання вправи.

### **Вправа 3. З елементами аутогенного тренування «Актуалізація відчуття тепла у тілі»**

**Час:** 20 хв.

**Мета:** сприяти виникненню в учасників групи суб'єктивного відчуття тепла в організмі.

**Обладнання:** зручні стільці

**Хід проведення:** користуючись допоміжними матеріалами тренер зачитує інструкцію: «Займіть зручну для Вас позу тіла сидячи на стільці, заплющте очі, розслабтеся, пам'ятаючи відчуття важкості з попередньої вправи зосередьтеся на відчутті тепла однієї руки. Поступово внутрішнім поглядом намагайтеся актуалізувати відчуття тепла по всьому тілу. Зосередьтеся на виникненні тепла і намагайтеся перебувати у стані спокою і тепла якомога довше».

До уваги тренера! Якщо перед початком вправи в учасників тренінгу холодні руки, слід їх розтерти, оскільки концентрація на відчутті тепла буде неможливою. Вправу слід вважати засвоєною, якщо під час заняття відчуття тепла охопило все тіло.

Підведення підсумків вправи.

**Перерва. Час:** 15 хв.

### **Вправа 4. З елементами аутогенного тренування «Серце».**

**Час:** 15 хв.

**Мета:** забезпечити активізацію в учасників тренінгу відчуття спокою, зменшення частоти серцевих скорочень та помірної пульсації у тілі.

**Обладнання:** зручні стільці

**Хід проведення:** користуючись допоміжними матеріалами тренер зачитує інструкцію: «Займіть зручну для Вас позу тіла сидячи на стільці, заплющте очі, згадайте відчуття важкості та тепла з попередніх вправ. Спробуйте сконцентруватися та відчутти, де саме в даний момент відчувається пульсація крові та зосередьтеся на ній. Намагайтеся внутрішнім зором розповсюдити пульсацію по всьому тілу, до кожного з м'язів Вашого

тіла. Намагайтеся якомога довше побути у цьому стані, а коли будете готові відкривайте очі».

До уваги тренера! Для початку цієї вправи необхідно, щоб учасники тренінгової групи успішно пройшли попередні вправи аутогенного тренування. Вправу слід вважати засвоєною, якщо пульсація крові відчувається по всьому тілу особистості.

### **Вправа 5. Узагальнююча вправа «Карта групи»**

**Час:** 20 хв.

**Мета:** узагальнення отриманої учасниками тренінгу інформації та практичного оволодіння стратегіями долаючої поведінки в умовах стресогенної хірургічної діяльності.

**Обладнання:** папір формату А4, маркери та кулькові ручки.

**Хід проведення:** учасники тренінгової групи діляться на шість підгруп. Протягом 8-12 хв. у кожній з підгруп обговорюється отримана інформація з кожного тренінгового дня. Нумерація підгрупи відповідає номеру тренінгового дня. Після завершення обговорень у підгрупах учасники демонструють свої висновки.

*Примітка:* як правило у процесі узагальнення учасники тренінгу мають властивість переосмислювати отриману інформацію, демонтувати інформаційні інсайти. У процесі обговорення виникають нові, раніше невідомі можливості й це є позитивною ознакою завершення тренінгу.

### **Завершення тренінгової програми.**

**Час:** 15 хв.

**Мета:** сприяти позитивному завершенню тренінгової програми та рефлексії учасників тренінгу.

**Обладнання:** будь-який предмет фактурної форми.

**Хід проведення:** тренер виголошує завершальне слово, висловлює власні враження від проведення тренінгу, тренінгової групи висловлює подяку за участь. Завершає промову на професійних та особистих побажаннях спрямованих до учасників групи. Передаючи предмет іншим учасникам, які повинні виразити кілька слів на завершення та загальні власні враження. Завершення триває до тих пір поки усі учасники не промовлять завершальне слово.

### **Оцінка ефективності тренінгової програми «Формування копінг-стратегій лікарів-хірургів»**

Оцінка ефективності проведеної тренінгової програми є важливим етапом у верифікації запропонованих засобів формування копінг-стратегій. На нашу думку, компонентами оцінювання ефективності тренінгової програми є суб'єктивні та об'єктивні параметри. До суб'єктивних параметрів належать відчуття, погляди, міркування особистості щодо ефективного чи неефективного впливу програми на формування стратегій долаючої поведінки лікарів-хірургів в умовах стресогенних ситуацій професійної діяльності; до об'єктивних - показники, які можуть бути статистично виміряні з допомогою психологічних методів вивчення особистості.

Таким чином, з метою верифікації суб'єктивних показників ми надали завдання учасникам тренінгу у вигляді написання есе, де необхідно буде зафіксувати власні погляди щодо проведеного тренінгу, а верифікація об'єктивних показників буде здійснена на основі ретестової валідності, тобто повторного тестування через певний проміжок часу.