

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СХІДНОЄВРОПЕЙСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ

На правах рукопису

УДК 159.923.2 : 378,1 : 61 (043.5)

**Галян Андрій Ігорович**

**ОСОБИСТІСНІ РЕСУРСИ АДАПТАЦІЇ МАЙБУТНІХ  
МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

19.00.01 – загальна психологія, історія психології

Дисертація  
на здобуття наукового ступеня  
кандидата психологічних наук

Науковий керівник:  
доктор психологічних наук, професор  
**ВІРНА ЖАННА ПЕТРІВНА**

ЛУЦЬК – 2016

## ЗМІСТ

|                                                                                                                                               |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ВСТУП .....</b>                                                                                                                            | <b>4</b>  |
| <b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ РЕСУРСІВ АДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.....</b>        | <b>12</b> |
| 1.1. Поняття адаптації в онтологічному та феноменологічному вимірі .....                                                                      | 12        |
| 1.2. Особистісні ресурси: джерела, структура та особливості функціонування в адаптаційному процесі .....                                      | 24        |
| 1.3. Концептуальне обґрунтування теоретичної моделі адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності .....                  | 36        |
| <i>Висновки до розділу 1 .....</i>                                                                                                            | <i>50</i> |
| <b>РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА ЕМПІРИЧНОГО ВИВЧЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ РЕСУРСІВ АДАПТАЦІЇ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ .....</b> | <b>54</b> |
| 2.1. Етапи емпіричного дослідження та обґрунтування вибору психодіагностичного інструментарію .....                                           | 54        |
| 2.2. Адаптованість майбутніх медичних працівників до професійної діяльності та її психологічні особливості.....                               | 69        |
| <i>Висновки до розділу .....</i>                                                                                                              | <i>83</i> |
| <b>РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ ОСОБИСТІСНИХ РЕСУРСІВ АДАПТАЦІЇ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ .....</b>  | <b>85</b> |
| 3.1. Мотиваційно-ціннісний ресурс адаптації майбутніх медичних працівників .....                                                              | 85        |
| 3.1.1. Психологічний аналіз мотивації професійного вибору майбутніх медичних працівників .....                                                | 85        |
| 3.1.2. Зміст ціннісно-сміслової спрямованості майбутніх медичних працівників .....                                                            | 101       |
| 3.2. Регуляторний ресурс адаптації майбутніх медичних працівників .....                                                                       | 110       |

|                                                                                                                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.2.1. Місце саморегуляції в структурі адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності.....                                               | 110 |
| 3.2.2. Копінг-стратегії як регуляторний компонент адаптаційного процесу.....                                                                                 | 122 |
| 3.3. Емотивний ресурс адаптації майбутніх медичних працівників .....                                                                                         | 133 |
| 3.3.1. Емоційний інтелект та його адаптаційна функція.....                                                                                                   | 133 |
| 3.3.2. Агресивність та ворожість у структурі емотивного ресурсу адаптації майбутніх медичних працівників .....                                               | 142 |
| 3.4. Типологічні особливості та закономірності функціонування особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності ..... | 151 |
| 3.5. Особливості психологічного супроводу активізації особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності.....          | 160 |
| <i>Висновки до розділу 3</i> .....                                                                                                                           | 170 |
| ВИСНОВКИ .....                                                                                                                                               | 176 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....                                                                                                                             | 180 |
| ДОДАТКИ .....                                                                                                                                                | 209 |

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Світові суспільно-політичні та економічні процеси не могли не вплинути на специфіку психологічних досліджень особистості. Одні з них стосуються вивчення її суб'єктної активності (Г. Костюк, В. Роменець, С. Максименко, К. Абульханова-Славська, Г. Балл, М. Боришевський, В. Петровський, М. Слюсаревський, В. Татенко, Т. Титаренко), інші – поведінки у важких життєвих умовах (Л. Анциферова, Ф. Березін, Л. Дика) та її психічної регуляції (М. Боришевський, Ж. Вірна, О. Конопкін, В. Моросанова, Т. Яценко та ін.). Проте останнім часом все частіше предметом наукових дискусій у межах окремих дисциплін і системного вивчення на стику наук стає адаптація та її вплив на розвиток самосвідомості людини. Проблему адаптації вивчали в межах дослідження стресу та можливостей його подолання з різних підходів, зокрема: особистісно-орієнтованого (Л. Анциферова, Дж. Аверілл, Г. Вайллант, С. Кобаз, П. Райс, Р. Уайт, Н. Хаан), проблемно-орієнтованого (В. Бодров, Дж. Метлін), когнітивного (Р. Лазарус, С. Елдвін), ресурсного (Д. Навон, Д. Гофер, П. Вонг). Спільним для них є розгляд механізмів подолання життєвих труднощів на основі теорії особистості. Особливої актуальності набувають проблеми адаптаційного потенціалу (Д. Леонт'єв, А. Маклаков, А. Реан) як інтегративного чинника, який є засадничим для соціалізації індивіда і його професійного становлення.

Адаптація до професійної діяльності (Ф. Березін, Л. Китаєв-Смик, В. Бодров, Л. Дика) передбачає опис взаємовідносин людини і професії за допомогою поняття «самореалізація особистісних можливостей, особистісного потенціалу» (А. Брушлінський, К. Абульханова-Славська, В. Знаков, Д. Леонт'єв, С. Рябікіна та ін.), яке дослідники трактують досить широко. Під особистісним потенціалом розуміють особистісні якості та властивості, що в контексті нашого дослідження слугують особистісними ресурсами, забезпечуючи досягнення самореалізації особистості в площині її професійного буття.

Дослідження Л. Балабанової, В. Казначєєва, У. Кеннона, Л. Китаєва-Смика, Л. Лазаруса, В. Медведєва, Г. Сельє, Н. Хрящева та інших засвідчили, що

особистісні (у багатьох дослідженнях вони представлені як психологічні) ресурси є не менш важливими для успішності процесу адаптації, ніж фізіологічні. Їх значущість зростає під час адаптації людини до умов професійної діяльності, початок якої, нарівні зі зміною умов життєдіяльності, може супроводжуватися виникненням різноманітних психічних станів та емоційних переживань. А тому, щоб успішно їх опанувати, звести до мінімуму їх негативний вплив, необхідні знання особливостей та закономірностей їх прояву та розвитку.

Здатність до адаптації та саморегуляції у професійних функціях є важливою, професійно значущою якістю особистості (С. Максименко, Ж. Вірна та ін.). З огляду на це розгляд особистісних ресурсів як досвіду усвідомлення особистістю власних можливостей, який стає потенціалом для саморозкриття та творчого професійного саморозвитку, а також досвіду, який необхідний для переходу від актуального стану до бажаного результату (Ф. Майленова), підкреслює важливість дослідження особистісних ресурсів в адаптуванні до професійної діяльності.

Особливої актуальності окреслене набуває під час професійного становлення майбутніх медичних працівників. Поняття «медичний працівник» досить широко презентує групи осіб, які на різних рівнях виконують професійні обов'язки у сфері медицини (О. Щукін), а також тих, хто навчається у закладах медичного профілю (Г. Чеботарьова). Майбутні медичні працівники (студенти медичного коледжу) перебувають на початковому етапі професійного становлення, де засвоюють основи професійної діяльності, виконуючи завдання під час практичних занять у спеціалізованих аудиторіях та базових лікувальних закладах, виробничої практики та спілкування з викладачами, значна частина яких (з професійно-орієнтованих дисциплін) належить до когорти лікарів-практиків. Отже, процес навчання в медичному коледжі та його організацію розглядаємо як початкову стадію професійної діяльності, а її ефективність залежить від здатності адаптуватися до неї.

Незважаючи на те, що проблематика особистісних ресурсів посідає гідне місце в психологічних дослідженнях, питання про їх функціональне значення та

механізми дії і досі залишається поза належною увагою науковців, особливо на рівні системно-діяльнісного підходу. Окрім цього, помітна нечіткість визначення поняття ресурсів (Д. Леонтьєв, С. Хобфолл та ін.), що спричинено як складністю емпіричного вивчення феномену ресурсу, так і термінологічною неузгодженістю. Отож очевидна актуальність, недостатня розробленість та перспективність цієї проблеми зумовили вибір теми дисертаційного дослідження – «Особистісні ресурси адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності».

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційне дослідження виконане відповідно до наукової теми кафедри загальної та соціальної психології Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки «Методологія і практика дослідження особистості» та є складовою комплексної науково-дослідної теми «Психологія професіоналізму особистості: технології професійного самозбереження в практиці» (номер державної реєстрації 0113U002217), яку координує Міністерство освіти і науки України. Тему дисертаційного дослідження затвердила Вчена рада Волинського національного університету імені Лесі Українки (протокол № 4 від 27.11.2014 р.) й узгодила Міжвідомча рада з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 8 від 15.12.2015 р.).

**Мета дослідження** полягає в теоретичному та емпіричному обґрунтуванні особливостей функціонування особистісних ресурсів, що забезпечують адаптацію майбутніх медичних працівників до професійної діяльності.

Для досягнення поставленої мети визначено такі **завдання**:

1. На основі теоретичного аналізу літературних джерел вивчити стан розробленості проблеми адаптації та особистісних ресурсів адаптації у міждисциплінарному дискурсі.
2. З'ясувати місце особистісних ресурсів у цілісному процесі адаптації до професійної діяльності майбутніх медичних працівників та визначити методологічні засади їх вивчення.

3. Емпірично дослідити функціонування особистісних ресурсів адаптації до професійної діяльності майбутніх медичних працівників.

4. Визначити типологію, особливості та закономірності функціонування особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності.

**Об'єктом** дослідження є адаптація особистості до майбутньої професійної діяльності.

**Предмет дослідження** – особистісні ресурси адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності.

**Теоретико-методологічну основу дослідження сформували** наукові положення щодо: професійного становлення особистості О. Бондаренко, Ж. Вірна, В. Луньов, В. Панок, Н. Пов'якель, Г. Радчук, Н. Чепелева, В. Шевченко, Т. Яценко та ін.); професійно-психологічної адаптованості особистості (Ф. Березін, Ж. Вірна, Д. Завалішина, О. Маклаков, А. Налчаджян, А. Реан, О. Саннікова, О. Солодухова, А. Фурман, Л. Шпак та ін.); особистісної ресурсності суб'єкта (В. Бодров, Ж. Вірна, Є. Галажинський, О. Лактіонов, Д. Леонтьєв, Е. Муздибаєв та ін.); системного підходу, який розглядає психологічні процеси та явища у їх взаємозв'язку та взаємозумовленості (О. Балл, Б. Ломов, С. Максименко, В. Мерлін та ін.); психологічного супроводу професіоналізації майбутніх медичних сестер (І. Вітенко, О. Грандо, М. Кіркеволд, В. Ташликов, Й. Харді, В. Шатило та ін.).

Для реалізації поставлених завдань було використано такі **методи дослідження**: теоретичні, зокрема: аналіз, синтез, порівняння, абстрагування, узагальнення, систематизація наукової літератури з питань особистісного ресурсу в системі адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності; емпіричні, до яких належать: бесіда, спостереження, тестування із використанням низки психодіагностичних методик, серед яких: «Опитувальник соціально-психологічної адаптації» (К. Роджерс та Р. Даймонд); «Рівень співвідношення «цінності» і «доступності» в різних життєвих сферах» (О. Фанталова); «Стили саморегуляції поведінки» (В. Моросанова); «Активізуюча профорієнтаційна

методика» (М. Пряжников); опитувальник «Шкала контролю за дією» (Ю. Куль); тест «Способи оволодіваючої поведінки» (Р. Лазарус); тест «Емоційний інтелект» (Н. Холл); тест «Самооцінка стресостійкості особистості»; методика діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка; Опитувальник рівня агресивності Басса-Дарки (Buss-Durkey Hostility Inventory); опитувальник «Оцінка соціально-професійної компетентності»; авторська анкета «Мотиваційно-ціннісний портрет майбутнього медичного працівника»; авторська методика на вивчення змісту ціннісних уподобань студентів. Для статистичної обробки емпіричних результатів застосовувався: кластерний аналіз (для виділення рівнів адаптованості майбутніх медиків); кореляційний аналіз (для виявлення взаємозв'язку між компонентами особистісного потенціалу та адаптованості особистості); t-критерій Ст'юдента (для визначення статистичної значущості відмінностей між рівнями адаптованості); факторний аналіз (для мінімізації кількості змінних і концентрації інформації про структуру адаптованості й особистісних ресурсів у формі невеликого масиву даних). Статистичну обробку даних проведено за допомогою комп'ютерного забезпечення SPSS для Windows (версія 17.0) й статистичного пакету програми IBM SPSS Statistics 21.

**Вибірку дослідження**, що проводилося на базі Вищого навчального комунального закладу Львівської обласної ради «Бориславський медичний коледж», склали 223 студенти 3–4-х курсів спеціальностей «Лікувальна справа» та «Сестринська справа».

**Наукова новизна** отриманих результатів визначається тим, що:

*уперше* запропоновано поняття «особистісні ресурси адаптації», конкретизовано його онтологічний та феноменологічний аспекти; розроблено модель функціонування особистісних ресурсів, ключовими з яких є мотиваційно-ціннісний, регуляторний та емотивний, у цілісному процесі адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності; виокремлено типи особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності (продуктивний, помірно-продуктивний та непродуктивний) відповідно до рівня адаптованості та прояву особистісних ресурсів, а також встановлено їхній

психологічний зміст; виокремлено особливості, які визначають адаптованість майбутніх фахівців на початковому етапі їх професійного становлення; визначено закономірності адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності, у яких конструктивність процесу адаптації визначається змістом, типом та особливостями прояву особистісних ресурсів;

*уточнено* сутність та зміст особистісних ресурсів для забезпечення ефективної адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності;

*удосконалено* теоретичні напрацювання щодо змісту мотивації, цінностей, саморегуляції та емоційного інтелекту з включенням їх до структури особистісних ресурсів адаптації;

*розвинуто* на новому, якісному рівні ідеї особистісного становлення та розвитку суб'єкта діяльності як відкритої системи, здатної до самоорганізації та саморозвитку, де адаптація забезпечує взаємодію внутрішніх особистісних утворень з нормами соціального та професійного середовища.

**Практична значущість** дисертаційного дослідження полягає в тому, що встановлені факти і сформульовані на їх основі психологічні висновки можуть бути використані в практиці фахової підготовки майбутніх медичних працівників до професійної діяльності. Запропонована методика емпіричного дослідження особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності, результати, одержані внаслідок емпіричного дослідження, прислужаться психологам для вивчення адаптованості студентів до майбутньої професійної діяльності, а також розробки на цій основі розвивально-корекційних заходів підвищення її рівня. Напрацювання та узагальнення доповнять зміст таких навчальних дисциплін, як «Загальна психологія», «Психодіагностика», «Психологія особистості», «Експериментальна психологія», «Диференціальна психологія», «Психологічне консультування» у вищих навчальних закладах та низки дисциплін у медичних коледжах.

Результати дослідження впроваджені в навчальний процес Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки (довідка № 03-29/02/2634 від 06.09.2016 р.); Запорізького національного університету

(довідка № 01-15/238 від 22.09.2016 р.), Херсонського державного університету (довідка № 01–28/1634 від 05.09.2016 р.); Вищого навчального комунального закладу Львівської обласної ради «Бориславський медичний коледж» (довідка № 279 від 07.09.2016 р.); Дрогобицької філії ТзОВ «Медичне училище «Медик» (довідка № 38 від 08.09.2016 р.); Луцького базового медичного коледжу (довідка №01-07/256 від 22.09.2016 р.).

**Особистий внесок здобувача.** У статті, написаній у співавторстві, особистий внесок полягає у визначенні впливу особистісних ресурсів майбутніх фахівців на саморозкриття та творчу самореалізацію у професійній адаптації.

**Апробація результатів дисертаційного дослідження.** Основні положення дисертаційної роботи відображені в публікаціях автора та обговорені на засіданнях кафедри загальної та соціальної психології Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Результати наукової роботи оприлюднено автором в доповідях і повідомленнях на міжнародних науково-практичних конференціях: «Актуальні проблеми сучасної медичної психології» (Київ, 2013); «Досвід України та країн Європейського Союзу у вирішенні актуальних проблем психології в сучасних соціально-політичних умовах» (Київ, 2015); «Pedagogy and psychology in the age of globalization – 2015» (Budapest, 2015); VIII International Scientific Conference «The Problems of Empirical Research in Psychology and Humanities» (to the 100th anniversary of the birth of Roland Barthes) (Krakow, Poland, 2016); «Aktualne pytania i problemy rozwoju nauk społecznych» (Kielce, Rzeczpospolita Polska, 2016); «Na pograniczach kultur i narodów. Gospodarka – społeczeństwo – kultura» (Sanok, 2016); «Особистість у соціальному, віковому та клінічному вимірі сучасного життя» (Луцьк, 2016); «Особистість. Стосунки. Розвиток. Міждисциплінарний аспект» (Львів, 2016); «Інноваційний розвиток вищої освіти: глобальний та національний виміри змін» (Суми, 2016).

**Публікації.** Основні результати дисертаційного дослідження висвітлено у 13 публікаціях, із яких 5 статей опубліковано у виданнях, що включені до переліку фахових у галузі психології, 2 статті – у міжнародних періодичних виданнях з психології.

**Обсяг і структура роботи.** Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (299 найменувань, з них 32 – іноземною мовою), 11 додатків на 20 сторінках. Робота містить 26 таблиць і 26 рисунків. Основний зміст дисертації представлений на 179 сторінках.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ РЕСУРСІВ АДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

### 1.1. Поняття адаптації в онтологічному та феноменологічному вимірі

Теоретичний аналіз відомих досліджень у сфері адаптації людини показує, що ця проблема є міждисциплінарною і розглядається з психологічного, філософського, медичного, біологічного та соціального аспектів. Філософсько-методологічний контекст теорії адаптації представлено а працях Б. Ананьєва [19; 20], Л. Дикої [78], В. Петровського [174], О. Сухарева [219]. Над особливостями соціальної та соціально-психологічної адаптації особистості працювали Г. Балл [27], Ф. Березін [30; 31], Л. Васерман [44], О. Зотова [89], І. Кряжева [110], О. Леонтьєв [121; 122], А. Налчаджян [159], С. Посохова [180], А. Реан [191], С. Розум [199], О. Саннікова [205], А. Фурман [235]. Особливу увагу науковці приділяють висвітленню медичних аспектів адаптації (Ю. Александровський [14], Т. Арістова [23], В. Казначєєв [92], В. Медведєв [144], В. Ротенберг [202] та ін.). Отже, проблема адаптації вітчизняні та зарубіжні вчені досліджують широко та всебічно. Вона зближує й об'єднує багато сфер наукового пізнання. Однак провідна роль у нагромадженні та описі фактів адаптивної поведінки і внесок у розширення спектру форм і видів адаптації належить психології.

Категорія «адаптація» виникла в межах природничо-наукової парадигми (Р. Хенкі, Г. Сельє) і в найзагальнішому вигляді відображала процес пристосування індивіда до мінливих умов навколишнього середовища. Водночас адаптація є складною багатоаспектною категорією, що містить процесні, результатні, структурні та функціональні аспекти.

На загальнонаукове розуміння сутності процесу адаптації значно вплинули зарубіжні та вітчизняні дослідження, виконані в різних напрямках психологічної науки. Зокрема, представники *біхевіоризму* (Дж. Уотсон) вивчають адаптацію в широкому розумінні як процес задоволення потреб індивіда відповідно до вимог

середовища, що зумовлює зміни в його поведінці, актуалізуючи процесний (адаптація як процес) і результатний (адаптація як стан) аспекти категорії адаптації. У цьому контексті поняття «адаптація» і «пристосування» ототожнюються.

Процесний аспект адаптації простежено в поглядах *необіхевіористів* (Г. Айзенк, Р. Хенкі та ін.). Проте вони розглядають адаптацію і як стан гармонії між індивідом та природою (соціальним середовищем), і як процес, за допомогою якого цього гармонійного стану досягнуто [172; 240; 242].

У *психодинамічному напрямі* адаптацію (А. Адлер [6], Е. Еріксон [256], З. Фройд [234], Х. Хартман [237; 271], Д. Хейлі [238], К. Хорні [241] та ін.) витлумачують як конфліктну взаємодію особистості та соціального середовища і водночас як результат, що реалізований гомеостатичною рівновагою особистості до вимог середовища та має дві модальності: адаптованість і дезадаптацію. Різниця між ними полягає в ступені вираженості показника емоційного самопочуття, який називають рівнем тривожності. Положення концепції адаптації особистості в межах психоаналітичного напрямку уможливають її розгляд як стану гомеостазу між особистістю і середовищем. Разом із представниками біхевіоризму вони ототожнюють зміст категорій «адаптації» та «пристосування».

Перспективною, на нашу думку, є можливість пояснення адаптаційних процесів особистості з позиції дії психозахисних механізмів. Адже, як стверджують О. Богомолів та А. Портнова, репертуар механізмів інтерпсихічної адаптації нерідко співвідносять з психологічним захистом, визначають і реалізують за допомогою адаптаційної стратегії, яка формує і спрямовує адаптаційну активність особистості. Він також пов'язаний з комплексом деяких інших внутрішніх і зовнішніх факторів, серед яких особливості діяльності та властивості адаптогенного середовища [34]. У цьому контексті корисним було б застосування розробленої Т. Яценко «Моделі внутрішньої динаміки психіки» [266], у якій гармонійно функціонують, незважаючи на діаметрально протилежну спрямованість, свідомі і несвідомі сфери. Т. Яценко зауважує, що «психодинамічна теорія уточнює розуміння функціональних особливостей психологічних захистів саме введенням двох різновидів захистів: базових та

ситуативних, які вказують на взаємозв'язок між соціальною адаптивністю та глибинно-психологічною (інфантильною) зорієнтованістю (внутрішньою активністю психіки)» [266, с. 51]. На думку вченої, такі два види захистів, як ситуативні, пов'язані з логікою свідомого, а також базові, що ґрунтуються на логіці несвідомого, намагаються інтегрувати психіку (за участю соціально-перцептивних спотворень) в одному напрямку – «до сили», підкреслюючи тим самим її просоціальну тенденцію.

Порівняно з авторами психоаналітичного підходу представники *гуманістичної* психології (А. Маслоу [143], К. Роджерс [197; 198], В. Франкл [233] та ін.) зробили значний крок уперед. Метою адаптації вони вважають досягнення позитивного духовного здоров'я, підкреслюючи динамічність стану оптимальності. Процес адаптації виражено формулою «конфлікт–фрустрація–акти пристосування». Отже, адаптацію представлено як складний, динамічний процес взаємодії особистості і середовища, що зумовлює оптимальне співвідношення цінностей особистості і середовища, а тому акцентовано увагу на процесно-результатних аспектах цієї категорії.

Вивчення адаптації особистості в *когнітивістській* орієнтації соціальної психології базується на теорії когнітивного дисонансу Л. Фестінгера. Основним постулатом цієї концепції є прагнення до гармонії, узгодженості і конгруентності когнітивних репрезентацій зовнішнього світу і себе. А. Бек і А. Елліс пов'язують порушення адаптації з порушеннями в когнітивній сфері (такими, як надгенералізація, помилкові висновки і жорсткі настанови) і як наслідок – в емоційній [211]. Ж. Піаже [176] для опису процесу адаптації особистості запропонував спеціальні терміни: асиміляція (інтерпретація нового досвіду з огляду на наявні ментальні структури без будь-якої їхньої зміни, тобто *засвоєння*) і акомодация (зміна ментальних структур з метою об'єднання старого і нового досвіду, тобто *пристосування*). Ці два процеси відбуваються одночасно і становлять зміст процесу адаптації. Однак сам термін «адаптація» на рівні цього напрямку не вживається. У зв'язку з чим адаптація і пристосування постають як аналогові конструкції.

Л. Філіпс, Т. Шибутані у межах *інтераціоналістського* напрямку підкреслюють соціальну спрямованість цього процесу, зумовлену як внутрішньопсихічними, так і середовищними чинниками. Соціальну спрямованість адаптації можна визначити як процес і результат встановлення відносної взаємної відповідності між потребами особистості та вимогами соціального середовища. Адаптацію розглядають як організований спосіб долаття типових проблемних ситуацій, сформований нанизанням послідовних пристосувань [247; 288]. Тут пристосування – це лише компонент адаптації, виявлений під час зіткнення з конкретною проблемною ситуацією. Тому актуалізовано результатний аспект адаптації [цит. за : 140].

Отже, вивченню проблеми адаптації притаманні багатоаспектність підходів до її аналізу і різноманітність поглядів у межах цих підходів. Проте сьогодні все частіше в науковій літературі, присвяченій проблемам адаптації, розрізняють поняття пристосування (*adjustment* [297]) і власне адаптації (*adaptation*). Помітний рух від пасивного пристосування до побудови системи продуктивної взаємодії особистості та середовища, від кінцевої мети – гомеостатичної рівноваги, відсутності конфліктів – до самоактуалізації та самореалізації особистості в реальному соціальному середовищі [192].

Адаптаційна концепція в психологічній науці на теренах радянського і пострадянського простору, зокрема й вітчизняній, сформована з різних позицій. Йдеться про *системно-діяльнісний підхід* до дослідження особистості (П. Анохін [22], О. Асмолов [25; 26], Л. Виготський [58], О. Леонтьєв [121]) й інтегральний підхід до вивчення адаптації (О. Жмириков [85], А. Реан [192] та ін.). Загалом адаптація постає як процес пристосування індивіда до змінюваних умов навколишнього середовища, а також як результат цього процесу. Адаптація, на думку А. Реана, містить спектр самозмін і вироблення нових особистісних якостей, оскільки йдеться про активне пристосування особистості, про активну самозміну, самокорекцію відповідно до вимог середовища [191].

Цікавим, на наш погляд, видається розгляд адаптації як процесу, результату і підстави для формування новоутворень (психічних якостей), що сприяє різнобічному її аналізу. Адже, як слушно зауважує А. Реан, процесний аспект

адаптації ґрунтується на виокремленні її часових характеристик: протяжності і стадій самої адаптації; результатний аспект адаптації традиційно використовують як ключовий елемент під час оцінки успішності адаптивних процесів загалом, від найпростішої дихотомії (адаптація – дезадаптація) до більш дрібних і багатовимірних теоретичних утворень; аспект адаптації, що пов'язаний з формуванням різних новоутворень, інтегрує два представлених раніше підходи: процесний і результатний. У них об'єктом розгляду є сукупність тих психічних якостей, які сформувалися (розвинулися) у процесі адаптації та спричинили той чи інший результат. До того ж сукупність новоутворень містить не лише знання, уміння, навички, особистісні якості, інтеріоризовані суб'єктом адаптації, але й складну систему міжособистісної взаємодії з професійним і соціальним оточенням [192, с. 20].

Щобільше, ототожнення адаптації з пристосуванням до зовнішніх умов і оцінка її успішності за сумою двох критеріїв (зовнішнього і внутрішнього) не відображають усієї повноти розглянутого феномену. У цьому контексті вартий уваги погляд Н. Мельникової на проблему адаптації, яка виокремлює третій критерій, що описує характер взаємодії суб'єкта із середовищем і його ефект. Її позиція ґрунтується на тому, що результатом оптимального процесу адаптації є утворення нової, більш складної системи з характерними для неї якостями, які відсутні у вихідних системах [146]. Оскільки адаптація полягає в позитивній зміні наявного незадовільного стану, то мета вказує на перехід системи з деякого початкового стану до іншого, більш оптимального. Тому виокремлений Н. Мельниковою третій критерій можна окреслити як системний.

Отже, з позиції діяльнісного підходу адаптацію розуміють не просто як процес і результат взаємодії людини із середовищем, а як системну відповідь організму на тривалий і багаторазовий вплив зовнішнього середовища [144]. Звідси адаптація постає як процес взаємодії людини і навколишнього середовища, унаслідок чого в неї виникають моделі і стратегії поведінки, адекватні умовам, які змінюються в цьому середовищі [80].

У межах *системного підходу* (В. Барабанщиков [28], Л. Дика [78], Д. Завалишина [86], Б. Ломов [128]) процес адаптації розглядають у таких

системах: «професійне середовище – діяльність – особистість», «соціальне середовище – професійне середовище – внутрішнє середовище» людини. Ці співвідношення відображено у визначенні, запропонованому Ф. Березіним, який психічною адаптацією вважає «процес встановлення оптимальної відповідності особистості і навколишнього середовища під час властивої людині діяльності, який дає змогу індивідууму задовольняти актуальні потреби і реалізовувати пов'язані з ними значущі цілі, зберігаючи психічне і фізичне здоров'я та забезпечуючи водночас відповідність психічної діяльності людини, її поведінки вимогам середовища» [30, с. 5].

Це ще раз підкреслює важливість вивчення адаптації з двох позицій: з процесного боку і як «відкритої» системи, для якої характерний стан динамічної рівноваги, що зберігає сталість структур за умови одночасної безперервної взаємодії усіх компонентів системи. Змістовним аспектом процесу адаптації, на думку Л. Дикої, А. Журавльова, є активне формування (усвідомлене або неусвідомлене) суб'єктом стратегій і способів оволодіння ситуацією на різних рівнях регуляції поведінки, діяльності, стану [188].

В Україні проведено низку досліджень проблеми адаптаційного процесу та професійного становлення студентської молоді. Зокрема, Ж. Вірна описала питання професійної методології [49], висвітлила сучасні напрями психологізації професійної підготовки фахівців та охарактеризувала психологічні детермінанти успішності професійної діяльності особистості [50], розглянула теоретико-методологічні аспекти професійної орієнтації особистості [48]. І. Вітенко вивчив внутрішньоособистісні конфлікти в процесі соціальної адаптації студентів до умов вищих навчальних закладів та психологічні механізми подолання дезадаптаційних переживань студентів-першокурсників [51; 169]. С. Ворожбит виявив особливості розвитку почуття довіри як чинника соціально-психологічної адаптації студентів [56]. Автор визначає соціально-психологічну адаптацію «як складний діалектичний процес взаємодії особистості та середовища, що зумовлює оптимальне співвідношення цілей і цінностей особистості та середовища, реалізацію внутрішньоособистісного потенціалу в конкретних умовах життєдіяльності за сприятливого емоційного самопочуття» [56, с. 4].

Заслужують на увагу наукові студії Т.В. Алексєєвої, яка досліджувала психологічні фактори й прояви процесу адаптації студентів до навчання у вищому навчальному закладі [15] тощо.

З позиції перфекціонізму І. Гуляс вивчала проблему адаптаційної трансформації психологічного захисту особистості студента [72], а А. Лазько – конструктивний перфекціонізм як чинник професійно-психологічної адаптованості майбутнього медичного працівника. Остання вважає результатом успішного процесу професійно-психологічної адаптації професійно-психологічну адаптованість особистості, розглядаючи її як психологічний стан, викликаних особистісним потенціалом адаптаційних здібностей у нервово-психічній стійкості, розвинутих уміннях інтерперсональної взаємодії та проявах моральної нормативності діяльності [117]. Таке визначення дослідниця зробила, спираючись на континуально-ієрархічну структуру властивостей особистості О. Саннікової, для якої адаптивність є складною інтегральною властивістю особистості [205, с. 231].

Аналіз методологічних аспектів адаптації передбачає розгляд її *різновидів*, зокрема, залежно від того, яка група факторів зовнішнього довкілля є провідною серед усього комплексу впливів, що зумовлюють пристосувальні реакції, вирізняють виробничу, соціальну, організаційну, соціально-психологічну адаптацію [158; 159; 247]. З іншого боку, урахування провідного напрямку власної пристосувальної перебудови особистості під час адаптації дає змогу виокремити психофізіологічну, соціально-психологічну та професійну адаптацію [192]. У контексті нашого дослідження адаптацію до професійної діяльності варто трактувати як складновпорядковану систему змін, що відображають як зовнішньоорієнтовані, так і внутрішньозумовлені процеси. А характер перебудови, пов'язаної з адаптацією, залежатиме від моделі (стратегії) професійного розвитку: модель адаптивного функціонування й модель професійного розвитку особистості [151]. Різниця між двома моделями, на думку Л. Мітіної, полягає у рівні розвитку професійної свідомості й інтегральних особистісних характеристик (спрямованості, компетентності, гнучкості), які необхідні і для особистісного, і для професійного становлення.

Дослідниця стверджує, що під час адаптивної поведінки в самосвідомості людини домінує тенденція до підкорення професійної діяльності зовнішнім обставинам. У моделі професійного розвитку людина здатна вийти за межі безперервного потоку щоденної практики й відрефлексувати свою професійну діяльність загалом [151].

На цій особливості зосереджувала свою увагу Н. Мельникова, запропонувавши особливу модель процесу соціально-психологічної адаптації [146]. Її змістове наповнення може стати основою аналізу і адаптації до професійної діяльності, особливо якщо вона належить до групи професій «людина – людина». Авторка вважає, що будь-який адаптаційний процес розпочинається з двох рівновіддалених систем (наприклад, дві взаємодіючі особи, особистість і група, особистість і формальна організація, особистість і суспільство), які повинні почати взаємодіяти (у нашому випадку, це майбутній медичний працівник та професійне середовище). Перед обома системами постає завдання: установити несуперечливий контакт і зберегти свої основні властивості. Однак збереження контакту і його гармонізація можливі тільки за умови деяких змін в обох системах.

Якщо змінюється тільки майбутній медичний працівник з метою пристосуватися до середовища, то він, втрачаючи свою унікальність, стає елементом цього середовища з попередньо заданими властивостями, сприятливими за цих умов. У результаті замість двох різних систем залишається тільки одна, інша зникає як самотійна. Для біологічної адаптації, що розв'язує проблему виживання, цей тип адаптації прийнятний, однак для психологічної, де необхідне збереження, з одного боку, особистості, унікальності її Я, а з іншого, основних функцій та структури соціуму, – неоптимальний.

Коли під час вирішення проблеми лише деякі точки дотику активізовані, коли використовується лише частина наявних властивостей, які легко координує партнер, а інші функції та властивості залишаються незмінними, то тоді втрата частини функцій обома системами знижує їх загальну організацію, що дає змогу визнати утворену систему менш життєздатною у більш широкому середовищі.

«Симбіотичне» об'єднання позбавляє складові системи не тільки частини корисних функцій. Втрачаючи свою автономію, стає неможливим їх самостійне, незалежне існування, що ще більше, ніж в попередньому випадку, знижує їх організацію.

Оптимальне узгодження, на думку дослідниці, можливе лише за умови об'єднання їх новою складнішою системою, де вони будуть функціонувати як відносно автономні системи. При такій взаємодії людина реалізується у продуктивній діяльності, яку приймає середовище (партнер, група, організація, соціум). Зазвичай, це супроводжується ускладненням організації обох систем [146]. У цьому полягає суть розвивальної функції процесу адаптації. Будь-яке соціально-психологічне явище виникає в результаті взаємодії людини і соціуму, отже, воно стає соціально-психологічним чинником розвитку особистості і самовияву суті людини. Тому якщо основою біологічної адаптації зазвичай є закони природного відбору, що мають імовірнісний характер, то соціально-психологічна – передбачає набагато більші можливості контролю і цілеспрямованої організації процесу.

Тієї самої думки А. Реан, який, пов'язуючи адаптацію зі зміною статусу особистості, виокремлює: а) адаптацію з перетворенням і фактичним усуненням проблемної ситуації; б) адаптацію зі збереженням ситуації. Перша підкреслює активну роль особистості в процесі адаптації, тоді як інша – зберігає пасивну позицію, пов'язану з конформністю поведінки. Для позначення адаптації особистості зі збереженням проблемної ситуації автор використовує термін *пристосування* [192].

Зрозуміло, що досягнення оптимальної адаптації передбачає зміну підходу до підготовки фахівців, який повинен будуватися не на суб'єктно-об'єктній, а на суб'єктно-суб'єктній парадигмі. Саме за такої моделі можливий прояв різноманітних типів адаптивної поведінки, а не пасивного пристосування.

З огляду на сказане можна констатувати, що істинна професійна адаптація – завжди активний процес (активна зміна професійного середовища й самого себе). Розв'язуючи проблеми адаптації, ми серед інших розв'язуємо й проблеми розвитку особистості.

У контексті нашого дослідження особливої уваги варта професійна адаптація, яка, на відміну від інших, є доволі тривалою і динамічною. Тривалість професійної адаптації вимірюють двома її етапами: підготовчим та безпосередньою адаптацією [38; 79]. Перший пов'язаний з періодом опанування професії в навчальному закладі, межі другого окреслені перебуванням безпосередньо на робочому місці. Ці етапи в умовах медичного коледжу взаємопов'язані, адже студенти засвоюють різні види професійної діяльності (зокрема практичні вміння та навички) під час практики в реальних умовах лікувально-профілактичних установ. Іншими словами, до початку самостійної професійної діяльності майбутні медичні працівники опановують сукупність професійних знань і навичок, формулюють професійні цілі та вибудовують для себе відповідну ієрархію професійних цінностей та мотивів [117].

Отже, професійна адаптація – це процес становлення і збереження динамічної рівноваги в системі «суб'єкт праці – професійне середовище». (М. Дмитрієва [79]). Вона полягає в оволодінні на певному рівні професійними навичками та вміннями, у формуванні професійно необхідних якостей особистості. Основними аспектами професійної адаптації є: 1) адаптація індивіда до фізичних умов професійного середовища (психофізіологічний аспект); 2) адаптація до професійних завдань, виконуваних операцій, професійної інформації (власне професійний аспект); 3) адаптація особистості до соціальних компонентів професійного середовища (соціально-психологічний аспект). Отож можна стверджувати, що професійна адаптація – багаторівневий, функціонально детермінований процес пристосування до праці, зумовлений фізіологічними, особистісно-психологічними, поведінковими, соціальними чинниками.

Вивчаючи стан адаптованості як результату адаптації, дослідники неминуче стикаються з питанням про *критерії оцінки ефективності адаптації*. Аналіз теоретичних і емпіричних досліджень вказує на існування значної кількості різноманітних показників (критеріїв), що свідчить про складність і неоднозначність явища адаптації. Зокрема, серед критеріїв психофізіологічної адаптованості виокремлюють стан здоров'я, настрій, рівень тривожності, ступінь стомлюваності, активність поведінки (Ф. Березін [30], І. Блажене [33], В. Селін

[207]). В. Медведєв увів поняття «адекватної мобілізації» та «динамічної неузгодженості». Перше відображає поєднання високих енергетичних затрат з високою продуктивністю діяльності. Друге свідчить про високу фізіологічну ціну діяльності (енергетичні затрати) разом з низькою продуктивністю, що є яскравим проявом дезадаптації [144]. Подібне бачення демонструє С. Дружилов, розглядаючи ефективність професійної психологічної адаптації як відношення успішної діяльності до психологічних і психофізіологічних затрат і називаючи це «ціною» діяльності. Ця психологічна «ціна» діяльності виражається соматовегетативними порушеннями, погіршенням самопочуття та іншими ознаками дезадаптації [81]. Ф. Березін критеріями адаптованості до умов певної професійної діяльності вважає: а) успішність діяльності; б) здатність уникати ситуацій, що створюють загрозу для трудового процесу, і ефективно усувати навісну загрозу; в) діяльність без суттєвих порушень фізичного здоров'я [30].

У контексті теорії відносин, під якою розуміють складну систему смислів і значень, закладених у життєвому досвіді, що детермінує поведінку і переживання людини в конкретних ситуаціях, психічна адаптація є процесом формування, корекції і трансформації досвіду під час переживання. Процес психічної адаптації можливий лише тоді, коли людина відрефлексувала (усвідомила) досвід, з яким пов'язані її переживання. Лише за цієї умови, на нашу думку, можливе формування нового досвіду. Вірогідним критерієм психічної адаптованості в психологічному аспекті є якість переживань людини, ступенем вираження якої є рівень її задоволеності життєвими ситуаціями [16].

Останнім часом питання про показники адаптації є досить дискусійним. Проте, експлікуючи той чи інший аспект адаптації, дослідники (В. Безносик [29], І. Георгієва [67], О. Жмириков [85], А. Реан [192] та ін.) об'єднують її критерії у дві великі групи: об'єктивні (зовнішні) і суб'єктивні (внутрішні), які залежно від наукових поглядів авторів також поділяються на категорії. Важливим є й те, що різноманітність підходів до позначення критеріїв адаптованості не спричинює розбіжності серед авторів щодо одного зі значущих її внутрішніх показників. Цей критерій, залежно від особливостей авторської концепції, маркують по-різному: «емоційне самопочуття» (О. Жмириков [85], А. Реан, М. Нестеренко [164]);

«рівень задоволеності умовами діяльності і спілкування» (О. Гефеле [68]); «суб'єктивне благополуччя особистості» (Р. Шаміонов [244]), «психоемоційна стабільність», «особистісна комфортність», «стан задоволеності» (А. Реан [191]) тощо. За переконанням А. Реана, явища адаптації та особистісного розвитку взаємно доповнюють один одного, утворюючи різні напрямки для самоактуалізації [192].

Отже, внутрішні критерії адаптації особистості, на думку дослідників, пов'язані переважно з психоемоційною стабільністю, особистісною комфортністю, переживанням почуття задоволеності, тоді як зовнішні критерії відображають відповідність реальної поведінки особистості вимогам середовища. Ми вважаємо, що адаптація – це формування таких внутрішніх умов, які забезпечують більший рівень свободи організму, що зазнає постійного впливу чинників, які порушують гомеостаз внутрішнього середовища. Крім того, адаптація як процес спрямований на перебудову регуляторних механізмів і в цьому сенсі є окремим випадком поняття «пристосування», яке охоплює все те, що вносить онтогенез у філогенетичний базис життєдіяльності організму. Пов'язані з адаптацією зміни у функціонуванні організму й психіки, їхній морфологічний структурі і біохімічних процесах формують систему, цільовою функцією якої, на думку В. Медведєва, є забезпечення діяльності людини [144].

Засадничою методологічною позицією нашого дослідження є суб'єктно-діяльнісно-системний підхід, що відображає процес активного пристосування до специфіки майбутньої професійної діяльності. З огляду на це важлива роль належить не тільки зовнішнім чинникам, що задають умови адаптації і контролюють цей процес, але й особистісним аспектам, індивідуально-типологічним особливостям, здібностям і навичкам адаптації, які, своєю чергою, визначають рівень ефективності і темпи перебігу адаптаційного процесу.

Ефективність адаптації майбутніх медичних працівників під час навчання в медичному коледжі розглядаємо як індикатор успішного проходження чергового етапу професіоналізації та показник якості її змістового компонента. Ключовими критеріями проходження такої адаптації є поява стану адаптованості до майбутнього професійного середовища та сформованість адаптивності як

особистісної якості. Величина прояву адаптивності свідчатиме про рівень адаптованості майбутніх медичних працівників до професійної діяльності. На наш погляд, застосування феноменологічного підходу до аналізу адаптації зумовлює необхідність більш детального вивчення її з позиції детермінації особистісними ресурсами.

## **1.2. Особистісні ресурси: джерела, структура та особливості функціонування в адаптаційному процесі**

Сьогодні дослідники все частіше звертаються до ролі особистості, її активності в досягненні благополуччя. Це пов'язано з поступовим переходом від образу пасивної особистості, повністю керованої внутрішніми диспозиціями і зовнішньою стимуляцією, до образу активної особистості, що ставить цілі і прагне їх досягнення [123]. У сучасній психологічній науці особистість постає не як пасивна іграшка, на яку впливають зовнішні сили, а як активний суб'єкт, що сам впливає на своє життя і діяльність (О. Асмолов [25]; Д. Леонтьєв [124]). О. Власова вважає, що людина є складною самоорганізувальною і самопрограмувальною системою, а підсистема її взаємозалежних властивостей (біогенетичних, психофізіологічних, інтелектуальних, характерологічних, вольових, моральних тощо) – складовою психічного ресурсу особистості, яка реалізує себе в діяльності [53].

Людині досить важко не реагувати на усе те, що відбувається довкола неї. Виникають ситуації, які потребують значних особистісних ресурсів, щоб залишатися гармонійною як із собою, так і з навколишніми, тобто – адаптуватися. Будь-яка адаптація є процесом побудови оптимальних співвідношень між організмом і середовищем. З огляду на це на перший план виходять питання суб'єктної активності. Активність людини після досягнення власних цілей і подолання труднощів розгортається, взаємодіючи зі світом. Важливу роль у цій взаємодії відіграють серед усього й властивості особистості, як-от: життєстійкість (С. Кобейса, С. Мадді), диспозиційний оптимізм (Ч. Карвер і М. Шейер), оптимістичний атрибутивний стиль (М. Селігман та ін.), загальна

самоефективність (Р. Шварцер), самоконтроль (Р. Баумейстер) та ін., сукупно позначені як «особистісні ресурси».

Аналіз літератури з цієї проблеми показав, що дослідження в цій сфері, хоча й проводяться, проте їх односпрямованість не сприяє формуванню цілісного уявлення про реальну проблему [12; 30; 39; 120; 136; 152; 157; 181]. З огляду на це питання дослідження особистісних ресурсів адаптації є доволі актуальним.

Зароджений у гуманістичній психології ресурсний підхід (вивчення конструктивних основ особистості, що сприяє долаттю важких життєвих ситуацій) сьогодні набув свого поширення. В. Франкл виокремив психологічні категорії, названі ресурсами людини, що допомагають долати важкі життєві ситуації. Серед таких: надія (спрямована на забезпечення готовності до зустрічі з майбутнім, особистісного саморозвитку тощо), раціональна віра (розуміння власних можливостей і усвідомлення необхідності їх вчасно виявити і використовувати), душевна сила (здатність опиратися спробам поставити під загрозу надію і віру, перетворивши їх на голий оптимізм або ірраціональну віру, «здатність сказати «ні» тоді, коли весь світ хоче почути «так» [233].

Поняттям «ресурси», як зазначає В. Бодров, називають різні реалії. Воно використовується в психофізіології, коли визначається об'єктивно реєстроване явище, наприклад, активуюча функція ретикулярної формації; в загальній психології – на позначення якоїсь ідеальної властивості, що притаманна системі перетворення інформації і характеризує ступінь обмеженості та розподілу засобів її функціонування. Є варіант визначення, коли під «ресурсами» розуміють можливості регуляції функцій організму і психіки людини. Зокрема, визначаючи сутність ресурсів у психології поведінки подолання, В. Бодров зазначає, що ресурси є тими фізичними та духовними можливостями людини, мобілізація яких забезпечує виконання її програми і способів (стратегій) поведінки для запобігання або обмеження дії стресу [37]. Автор вважав, що якщо розглядати психічну регуляцію як функціональну систему, то ресурси регуляції є в кожному з виділених компонентів, які утворюють цю систему. Ресурси регуляції різних форм активності людини – це деякий функціональний потенціал, що забезпечує високий рівень реалізації його активності, досягнення заданих показників упродовж

певного часу [там само]. Теоретико-методологічна значущість цього визначення, на наш погляд, полягає в тому, що воно, безумовно, може стосуватися усіх життєвих ситуацій, в яких людині доводиться мобілізувати особистісні можливості для розв'язання поставленої життям проблеми.

У визначенні К. Муздибаєва ресурси індивіда – це життєві цінності, які утворюють реальний потенціал для оволодіння ситуацією в несприятливих життєвих подіях. Відзначається, що навіть проста їх наявність забезпечує адаптивну функцію: надає впевненості людині, підтримує її самоідентичність, утверджує самоповагу. Ресурси – усе те, що людина використовує, щоб задовольнити вимоги середовища [157].

Д. Леонтьєв під поняттям «ресурси» розуміє такі індивідуально-психологічні особливості особистості, залежно від наявності або відсутності яких мобілізація зусиль індивіда, успішна адаптація до стресової ситуації, подолання та запобігання її несприятливим наслідкам досягається більш-менш успішно й вимагає різного ступеня зусиль. На думку автора, потрібно розрізняти специфічні (вузькоспрямовані) ресурси, які є ефективними лише для певних, часткових стресових (кризових) ситуацій, і універсальні ресурси (метаресурси), що є необхідною умовою для ефективного подолання індивідом найрізноманітніших критичних ситуацій [126]. До останніх Д. Леонтьєв відносить три найбільш широкі класи: *фізіологічні* ресурси особистості (загальний стан організму, соматичне і психосоматичне здоров'я людини, особливо його нервової системи тощо, від яких залежать фізіологічні затрати організму на забезпечення пристосування до стресорів), *психологічні* ресурси особистості (рисни особистості і характеру, загальні і спеціальні здібності, особливості перебігу психічних функцій і процесів) та *соціальні* ресурси особистості, що визначають характер і успішність її взаємодії з іншими людьми (соціально-психологічна адаптивність особистості, соціальна підтримка тощо) [там само].

К. Муздибаєв розглядає особистісні ресурси як з позиції можливостей людини, так і засобів існування та суспільства, поділяючи їх на матеріальні і віртуальні, а також на особистісні та середовищні [156]. І. Шкуратова і О. Анненкова відносять до особистісних ресурсів подолання критичних ситуацій

світогляд, соціальний інтелект, знання, уміння, навички, енергетичний потенціал людини, а також такі стійкі властивості особистості, як локус контролю, стійкість, рівень оптимізму, цілеспрямованість [249].

Особистісні та психологічні ресурси є основою для формування стратегій поведінки. Особистісні ресурси як індивідуальні можливості людини і стратегії поведінки сукупно формують механізми психічної регуляції подолання дискомфортного стану і характеризують сутність цього процесу. Подолання дискомфортного стану є процесом формування та реалізації когнітивних і поведінкових дій, зусиль, а також захисно-приспосувальних емоційних реакцій, спрямованих сукупно на реалізацію вимог середовища (як внутрішнього, так і зовнішнього). Цей процес містить когнітивний, афективний, поведінковий компоненти, у яких проявляється регулювальна функція [37].

У широкому сенсі під особистісними ресурсами, зазвичай, розуміють індивідуально-психологічні особливості, пов'язані з більш успішним здійсненням різних видів діяльності і більш високим рівнем психологічного благополуччя (E. Diener, F. Fujita). Серед подібних ресурсів автори розглядають такі конструкти: толерантність до невизначеності (D. McLain [285]), життєстійкість (S. Maddi [283]), локус контролю (J. Rotter [289]), оптимізм (C. Carver, M. Scheier [273], M. Seligman [295]), базисні переконання (R. Janoff-Bulman [278]), почуття зв'язності (A. Antonovsky [268]), самоефективність (A. Bandura [269]), резилентність (G. Bonnano [271], M. Rutter [290]), суб'єктивну вітальність (R. Ryan, C. Frederic [291]), майстерність (L. Pearlin, C. Schooler [287]), надію (C. Snyder et al [296]) тощо.

На відміну від теорії рис, яка засвідчує стійкий (trait-like) характер особистісних особливостей, що є ядром особистості (P. Еммонс [256]), у сучасних підходах (Ф. Лютанс, С. Хобфол, С. Мадді, А. Бандура та ін.) особистісні ресурси розглядають як гнучкі властивості особистості (state-like), що мають прижиттєвий генезис і піддаються корекції та розвитку. Доказом цьому є експериментальні роботи з формування відповідних особливостей особистості, наприклад, навченого оптимізму (M. Seligman [294]), життєстійкості (S. Maddi et al), психологічного капіталу (F. Luthans et al [282]) та інших ресурсних характеристик.

Таке розуміння ресурсів є основою інтегральних концепцій особистісних ресурсів. Інтегральні концепції пояснюють особистісні ресурси подібно до виокремленого загального фактору інтелекту G (J. Guilford). У межах низки ресурсних концепцій передбачено існування інтегральної системної особистісної характеристики, яка контролює і організовує «ресурсообіг» (розподіл, інвестиції, втрата, набуття) (S. Hobfoll) [277] як складнішого фактора, який опосередковує регулятивні процеси, виступаючи потенціалом саморегуляції і самодетермінації (Д. Леонтьєв [123]). Серед найбільш відомих концепцій «єдиного фактору» особистісних ресурсів можна назвати такі:

Концепція *базового самооцінювання (Core self-evaluation)*. Базова самооцінка об'єднує чотири базові особистісні характеристики: локус контролю (J. Rotter) емоційну стабільність (Н. Eysenck), самоефективність (А. Bandura) і самооцінку. Остання постає ключовою серед чотирьох конструктів, оскільки саме сприйняття себе як цінного, потрібного іншим є основоположним чинником для наявності високої базової самооцінки.

Концепція *«здатність до саморегуляції (Self-regulation competence)»* (K. Schroder [294]). Конструкт, розроблений в межах клінічного дослідження стійкості до стресу включає три фактори: віру в себе, волю і емоційну стабільність. Вважають, що створення спільних з партнером саморегуляторних патернів залежить від комбінації їх особистісних ресурсів.

Концепція *психологічного капіталу (PsyCap)* (F. Luthans et al.) ґрунтується на виділенні єдиного чинника, який так само як «Core self-evaluation», формують чотири властивості особистості: оптимізм, резилентність, надія (hope) (операціоналізується завдяки наявності цілей) і самоефективність (self-efficacy) як віра у свою здатність до продуктивної діяльності і ефективного оволодіння стресовими ситуаціями на роботі (F. Luthans et al. [282]). Психологічний капітал збільшується за рахунок розвитку характерних для нього позитивних рис, проте відображає лише поточний психологічний стан.

Концепція *особистісного потенціалу* у Д. Леонтьєва, який постає як інтегральна характеристика особистісної зрілості, феноменами якої виступають ефективна саморегуляція і самодетермінація на різних етапах і в різних умовах

діяльності [123]. Це особистісна основа саморегуляції, яка потенційно може впливати на різні види діяльності і не зводиться тільки до наявних особистісних ресурсів. Поняття «особистісний потенціал» Д. Леонтьєв пропонує застосовувати як психологічний аналог «життєвого стрижня особистості». Автор зазначає, що особистісний потенціал – це не окремі змінні, які безпосередньо піддаються вимірюванню, а складно організована система змінних [126]. Основна характеристика цієї системи – динамічність, яка зумовлює її трансформацію, забезпечуючи доцільні зміни, від менш сприятливого до більш сприятливого результату, при цьому головне – зберігає стійкість особистості. Отже, поняття «особистісний потенціал» змістовно розкриває ідею О. Асмолова про змінювану особистість [26].

Розуміючи особистісні ресурси як відносно стабільні властивості особистості (риси, когнітивні і поведінкові стратегії, атрибутивні схеми), Д. Леонтьєв виділяє чотири їх різновиди: психологічні ресурси стійкості, психологічні ресурси саморегуляції, мотиваційні ресурси та інструментальні ресурси, що по-різному діють на різних етапах саморегуляції. Особистісний потенціал задає потенційні можливості реагування, які можуть актуалізуватися в конкретній ситуації.

Таке системно-динамічне розуміння ресурсів, на нашу думку, цілком очевидне. Адже, по-перше, різні ресурси не існують окремо один від одного, а формують систему, яка є спільним ресурсним запасом, що постійно поповнюється, накопичується або вичерпується (системна організація). По-друге, людина здатна зберігати, використовувати, набувати, обмінювати, втрачати ресурси у процесі життєдіяльності (динамічна взаємодія).

Роль особистісних ресурсів найчастіше проявляється під час адаптації особистості до нового середовища, наповненого ситуаціями невизначеності, зовнішнього тиску чи небезпеки. У цьому процесі ключовою постає така особистісна властивість, як адаптивність. Зворотним боком адаптивності є неадаптивність. На думку Т. Рогачової, якщо адаптивність є тенденцію особистості до реалізації і відтворення в діяльності вже наявних прагнень, спрямованих на здійснення тих дій, доцільність яких була підтверджена

попереднім досвідом, то неадаптивність є суперечністю між поставленою суб'єктом метою і результатом його активності [189]. У всіх випадках необхідно говорити про різні варіанти адаптації, що є своєрідною шкалою, на одному кінці якої знаходиться конструктивна поведінка самозбереження, а на іншому – неконструктивна, саморуйнівна поведінка. Адаптивними психодинамічними властивостями особистості, на думку В. Розова, є активність, а не адаптивними – емоційність. Центральне місце в групі адаптивних посідає показник соціальної енергійності [200]. У В. Петровського неадаптивність є моментом динаміки особистості і, водночас, забезпечує її цілісність [174].

Поняття адаптивність та неадаптивність особистості постають здебільшого в контексті *адаптаційного потенціалу*. З медико-біологічних позицій адаптаційний потенціал – це кількісне вираження рівня функціонального стану організму і його систем, що характеризує його здатність адекватно й надійно реагувати на комплекс несприятливих факторів у процесі економної витрати функціональних резервів, що дає змогу запобігти розвиткові преморбідного стану (стан здоров'я, коли фізичне чи психічне благополуччя людини порушене, але об'єктивно не може бути зафіксований жоден із відомих симптомів хвороби) [227]. У психології засадничити поняття адаптаційного потенціалу особистості послужили праці А. Маклакова [137], С. Посохової [180], Д. Леонтьєва [124]. Під особистісним адаптаційним потенціалом автори розуміють індивідуально-психологічні характеристики, що розкривають адаптаційні можливості особистості. А тому основою адаптаційного потенціалу людини зазвичай вважають її ресурси.

Отже, з аналізу літературних джерел очевидно, що адаптаційним потенціалом нерідко називають сукупність якісно своєрідних індивідуально-психологічних властивостей, окреслених як особистісні ресурси. В основі психологічного розуміння адаптаційного потенціалу лежить звернення до різноманітних поєднань індивідуально-психологічних характеристик особистості, а тому останній постає як інтегральне поняття особистості.

Ефективність використання ресурсів в адаптаційному процесі залежить від параметрів, що характеризують саму ситуацію і можливості людини. Саме тому особистісні, психологічні якості відіграють у ньому роль детермінанта. Так,

Л. Александрова у своїх публікаціях відзначала, що реальний потенціал успішної адаптації до несприятливих життєвих подій мають ресурси, серед яких виокремлювала два класи: особистісні (навички та здібності індивіда) та середовищні (відображають доступність інструментальної, моральної і емоційної допомоги з боку соціального оточення) [11, с. 201–204]. Ми погоджуємося з автором щодо вагомої ролі особистісних ресурсів адаптації особистості, зокрема коли йдеться про їх сприяння вибору тих стратегій адаптації, які спираються на активну зміну ситуації. Феноменологічний аналіз особистісних ресурсів адаптації дає можливість виявити їхню внутрішню структуру.

Одним із ключових компонентів особистісного ресурсу, який стимулює професійну активність суб'єкта, є мотиваційно-ціннісний. Це складне структурне утворення, що забезпечує збереження психологічної професійної адаптованості майбутніх медичних працівників до професійної діяльності. Зазвичай мотивація – це складне утворення, ієрархічно організована система мотивів, які спонукають людину до діяльності (В. Асєєв, О. Леонтьєв, В. Мерлін, С. Рубінштейн, П. Якобсон та ін.), формують спонукання до активності (Є. Ільїн). Такий підхід до розуміння мотивації відрізняється від позиції тих авторів, які трактують професійну мотивацію як систему мотивів (Є. Климов, А. Маркова, Г. Суходольський та ін.).

Щодо ролі мотивації у процесі адаптації, то ми, услід за Ф. Березіним, вважаємо, що переважання мотивації досягнення успіху над мотивацією уникнення неспіху сприяє і ефективній психічній адаптації, і успішності діяльності [30, с. 118–130]. Крім інтенсивності мотивації, суттєвий вплив на адаптацію має її структура. Ми переконані, що вираженість і структура мотивації досягнення значною мірою забезпечують енергетичний потенціал людини. Тому поділяємо думку Ф. Березіна, що ті професії, які потребують мобільності, динамічного реагування в нових ситуаціях, оволодіння новими навичками, де успіх чи неспіх непередбачувані, а також належного рівня суб'єктної активності, потребують високого енергетичного потенціалу [там само].

Крім того, поняття мотивації нерідко ототожнюють з цінностями (В. Мільман), соціальними настановами (В. Дружинін, І. Кон, Д. Узнадзе, В. Ядов

та ін.), диспозиційними утвореннями (В. Ядов і ін.), потребами (Л. Анциферова, Є. Климов). Ця особливість відображена у працях М. Дмитрієвої, присвячених професійній адаптації, у яких показано залежність успішності вторинної адаптації від структури професійних цінностей [79].

Така складова особистісного потенціалу як толерантність до невизначеності сприяє подоланню критичних життєвих ситуацій, частина труднощів яких для особистості полягає саме в їх невизначеності. Толерантність до невизначеності дає змогу індивіду сприймати невизначені життєві ситуації як потенційно позитивні, розвиває здатність успішно протистояти станам конфлікту і напруженості, що неминуче виникають в амбівалентних ситуаціях, ефективно працювати в умовах надходження суперечливої інформації [126].

Ще один компонент особистісного ресурсу, що сприяє успішному подоланню невизначених ситуацій – регуляторний. Одним з різновидів саморегуляції є контроль за дією, концептуальні положення якої розробив Ю. Куль [280; 298]. Контроль за дією розглядається як цілісна система, результативне функціонування якої можливо лише при узгодженій і ефективній взаємодії підсистем, що регулюють як підтримку цілеспрямованої активності в сприятливих ситуаціях, так і дезактивацію намірів в несприятливих ситуаціях [45; 280].

У дослідженнях Ф. Березіна, Л. Корнєєвої виявлено залежність ефективності адаптації від самооцінки та саморегуляції. Так, проаналізувавши роль самооцінки на різних етапах професійного життя людини, Л. Корнєєва встановила, що завищена самооцінка провокує постановку нереальних цілей, нехтування необхідною інформацією, зниження суб'єктивної ймовірності неуспіху, мінімізацію зусиль для досягнення мети, негативний вплив успіхів і сильне емоційне переживання невдач [107]. Потреба збереження рівня самооцінки спричиняє захисне ігнорування невдач, зовнішню локалізацію контролю поведінки, що знижує прагнення до їх подолання. Надмірно завищена самооцінка, є причиною появи на певному етапі діяльності зони постійних невдач, зниження професійної мотивації. Через занижену самооцінку з'являється пасивність, страх відповідальності, схильність до постановки занадто легких завдань, зниження

суб'єктивної ймовірності успіху, дезорганізувальний вплив невдач. Наслідком неадекватної самооцінки є неповна самореалізація людини в професійній діяльності, а у деяких випадках – відмова від неї [107]. Вочевидь, професійній адаптації перешкоджає неадекватність самооцінки.

Успішно адаптуватися може психологічно стійка особистість, що володіє відносною стабільністю емоційного тону і сприятливого настрою, здатністю протистояти зовнішнім впливам, реалізуючи власні наміри і цілі. Підтримка стійкості, на думку Л. Куликова, передбачає збалансоване поєднання зовнішньої активності та адаптації (адаптацію та адаптивність автор вважає пасивним пристосуванням) [113, с. 144].

Особистісна стійкість тісно переплітається з емоційним потенціалом особистості. Провідною характеристикою, яка впливає на перебіг процесу адаптації є емоційна стабільність–нестабільність. Такої думки дотримуються Ф. Березін [30], В. Медведєв і А. Алдашева [145], В. Селін [207] та ін. А. Реан пов'язує внутрішній критерій адаптованості з психоемоційною стабільністю [192, с. 170]. Адже навіть конфлікт поза професійним середовищем може викликати серйозні зміни емоційного стану людини і тим самим вплинути на динаміку її адаптаційного процесу.

Медичні професії супроводжується наявністю різноманітних напружень, пов'язаних зі змістом діяльності та системою стосунків, що в них виникає. Особистості, що суб'єктивно переживають стан професійного стресу та емоційний дискомфорт, володіють подібною структурою особистості. А це, на нашу думку, свідчить про наявність спільних для цих ситуацій особистісних рис. До таких особистісних рис, характерних для медичних професій, можна віднести емоційну лабільність, ригідність, прагнення дистанціюватися і придушення негативних реакцій. О. Рибіна дослідила, що реагування лікарів, у структурі особистості яких наявні згадані риси, на ситуації, сприйняті як стресові, характеризується песимістичною оцінкою своїх ресурсів щодо їх подолання, серед усього й інтелектуальних, а ознаки професійного стресу спостережені в лікарів, які мають стаж роботи до 5-ти років [204].

Л. Александрова виокремлює власне психологічні характеристики, що підвищують стійкість людини до впливу психотравмувальних чинників, які запускають механізми інтрапсихічної адаптації та власне психологічні ресурси адаптації особистісного, суб'єктного рівня. Серед найбільш згадуваних у дослідженнях рис особистості, відповідальних за успішність подолання нею важких життєвих ситуацій, дослідниця виокремлює: локус контролю особистості, або інтернальність–екстернальність, ступінь психологічної зрілості особистості, плани на майбутнє, здатність до переосмислення минулого в позитивних термінах, суб'єктивне ймовірнісне прогнозування, розуміння закономірностей поточних процесів [12]. Надмірний контроль власної поведінки і недостатньо адекватне емоційне реагування детермінує потреба діяти згідно з нормами, прагнення відповідати соціальним очікуванням. Витримка, самоволодіння дають змогу лікарю контактувати майже з усіма, серед яких і найважчі хворі і, з одного боку, покращують соціальну взаємодію, а з іншого – спричиняють погіршення емоційного та фізичного стану. J. Barefoot зі співавторами показав, що стримування і гальмування емоцій є фактором ризику для здоров'я [270].

Аналізуючи адаптацію особистості до нових ситуацій, О. Михайленко як особистісні ресурси, задіяні на різних фазах адаптації–реадаптації, виокремлює емоційно-вольові характеристики особистості (емоційна стійкість, емоційна комфортність, сміливість, високий самоконтроль, внутрішній самоконтроль). Автор вважає, що на кожному етапі актуалізуються додаткові особистісні ресурси. Зокрема, в активний період фази адаптації це якості, що свідчать про реалістичність ставлення до життя (довірливість, практичність, релаксація, незалежність), в латентний – спрямовані на конструктивне спілкування (товариськість, кмітливість, довірливість, правдивість, уникнення боротьби). Упродовж усього циклу адаптації зберігають стійкість цінності: «здоров'я», «щасливе сімейне життя», «впевненість у собі», «охайність» тощо [152]. Підвищення суб'єктивної значущості цих цінностей пояснюється тим, що в складних та стресових ситуаціях збільшується опора на базові людські цінності, відчуття опори сім'ї, власне здоров'я (Недарма в критичних життєвих ситуаціях

перед очима людини передовсім проходить усе її життя, пов'язане з близькими та рідними для неї людьми).

Існує й інша площина прояву особистісних ресурсів – це сприяння самореалізації (аутентичному буттю) особистості в напружених ситуаціях та екстремальних умовах. Насамперед, це надання переваги особистістю модусу буття з огляду на особливості її ціннісно-смыслового позиціонування, зміст мотиваційно-потребової сфери, особливості конструювання образу світу і специфіку організації активності особистості. По-друге, продуктивність розв'язання системи різнорівневих суперечностей і екзистенційне самовизначення особистості за дихотомією: «життя–смерть», «свобода–детермінізм». І, нарешті, третім особистісним ресурсом, є тип особистісної суб'єктності – істинної або нав'язаної [232].

Отже, узагальнюючи представлені міркування можна констатувати таке: різні підходи постулюють різні об'єкти прикладання особистісних ресурсів як ключових (суб'єктивне благополуччя, оволодіння стресом, ефективність діяльності, особливості її саморегуляції тощо). До того ж як сам перелік ресурсів, так і те, які з них є основними, залежить від ієрархії залежних змінних (ресурси оволодіння стресом чи ресурси адаптації до професійної діяльності).

Перелік вибору особистісних ресурсів визначає їх стабільність та змінюваності (нестійкі особистісні властивості не можуть претендувати на роль базового ресурсу). Тому потрібно чітко визначити, за яких умов конструкт є змінюваним, а за яких – стабільним (або за якими законами відбувається «конкретизація» загального ресурсу в межах тих чи інших специфічних ситуацій).

З позицій системно-діяльнісного підходу ресурсність властивостей особистості є не їх стійкими й універсальними характеристиками, а виникає в конкретній ситуації певної діяльності завдяки здатності особистості гнучко і ефективно задіяти і використовувати наявні ресурси для досягнення цілей. Особистісні ресурси наділені здатністю до побудови інтегрованої поведінки [30], яка дає змогу зберегти стійкість поведінки, адекватно враховувати власні потреби і вимоги оточення, зіставляти поточні результати і відстрочені наслідки скоєних вчинків. За умови оптимальної інтегрованості поведінки енергія розподіляється

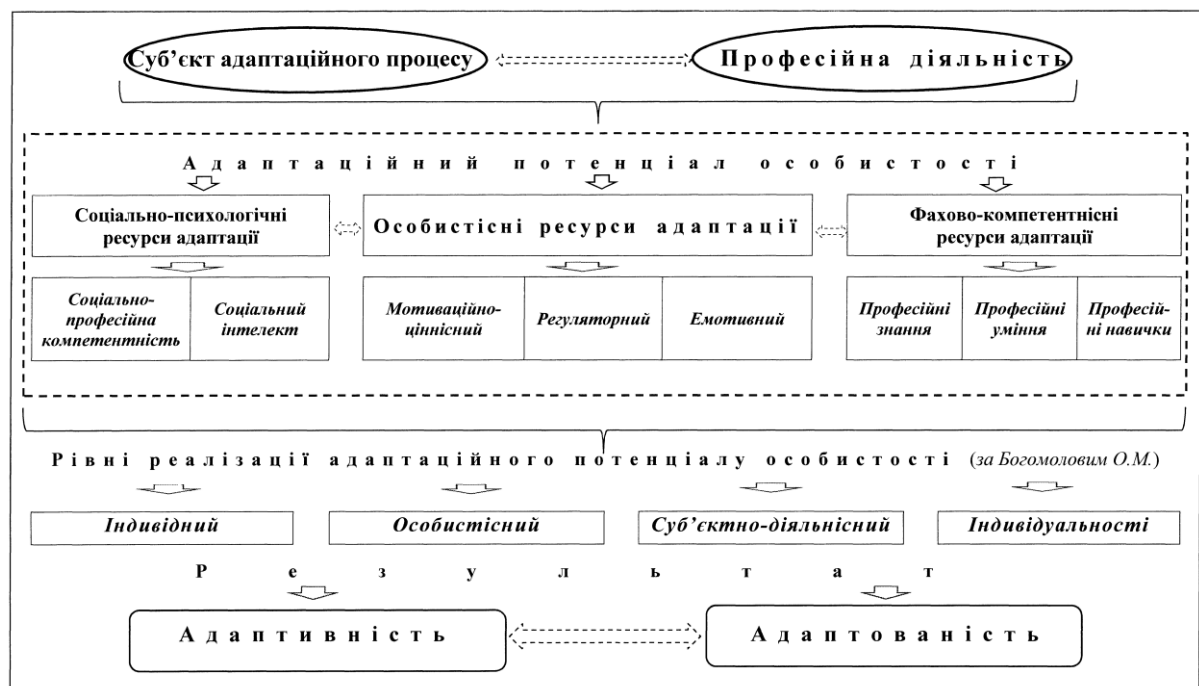
відповідно до важливості реалізованих потреб. Що вищою є здатність до інтеграції поведінки, то більш успішно долаються стресогенні ситуації [150].

У нашому дослідженні особистісні ресурси постають у контексті адаптації, тобто як такі, що забезпечують її успішність. Аналіз теоретичних уявлень про особистісні ресурси дозволив визначити різновиди особистісного ресурсу адаптації. Такими стали: *мотиваційно-ціннісний*, *регуляторний* та *емотивний*. Відповідно до цього і з огляду на наш предмет дослідження, вважаємо, що **особистісні ресурси адаптації** – це індивідуально-психологічні властивості особистості майбутніх медичних працівників, утворені внаслідок взаємодії мотиваційно-ціннісного, регуляторного та емотивного особистісних ресурсів, що без надмірних енергетичних затрат сприяють їх успішній адаптації до професійної діяльності. Змістовий та функціональний аналіз особистісних ресурсів представлений в описі концептуальної моделі адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності.

### **1.3. Концептуальне обґрунтування теоретичної моделі адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності**

Досліджуючи процес адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності, ми окреслили коло тих факторів, які можуть на нього впливати. Серед таких: соціальні, психологічні й фахові. Кожен з них володіє відповідним *ресурсом*, що дає йому можливість впливати на формування адаптивної здатності. Організовуючи дослідження, ми виходили з низки теоретико-методологічних положень, серед яких: положення про професійно-психологічну адаптованість особистості, особистісну ресурсність суб'єкта, системний підхід, який передбачає розгляд психологічних процесів та явищ у їх взаємозв'язку та взаємозумовленості. Вихідними положеннями системного розгляду особистісних ресурсів адаптації як психологічного феномену й системи вважаємо провідні принципи системного аналізу: цілісності та ієрархічності. Адже саме вони утверджують первинність системи як цілого над її елементами та певну ієрархічну організацію системи.

З оперттям на перелічені вище теоретико-методологічні положення у роботі розроблено цілісну концептуальну модель адаптації майбутнього медичного працівника до професійної діяльності (див. рис. 1.1). Її основою слугує така особистісна властивість, як ресурсність. Ми вважаємо, що саме ресурси людини утворюють реальний потенціал для успішної адаптації до певних життєвих подій загалом та умов професійної діяльності зокрема. Свідченням цього є твердження А.Г. Маклакова, що адаптаційний потенціал особистості є характеристикою психологічного розвитку, яка оцінює рівень адаптаційних ресурсів, здібностей особистості [136]. Такими ресурсами, на нашу думку, є соціально-психологічні, особистісні та фахово-компетентнісні. Розглянемо зміст основних структурних компонентів згаданої моделі адаптації.



**Рис. 1.1. Концептуальна модель адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності**

Адаптацію майбутнього фахівця до професійної діяльності забезпечує *адаптаційний потенціал особистості* як сукупність якісно своєрідних індивідуально-психологічних властивостей. Психологічними характеристиками особистісного адаптаційного потенціалу, що визначають ефективність та адекватність поведінки й діяльності, на думку А. Маклакова, є: нервово-психічна стійкість, самооцінка особистості, відчуття соціальної підтримки, особливості

побудови контакту з довкіллям, досвід соціального спілкування, моральна нормативність особистості, рівень групової ідентифікації [137], які у психології часто розглядаються як ресурси особистості.

Тому можна констатувати, що адаптаційний потенціал особистості реалізується за допомогою її ресурсів. На цьому акцентує С. Ларіонова, зазначаючи, що «міру соціально-психологічної адаптованості визначають адаптаційні ресурси особистості та особливості конкретного середовища, в умовах якого відбувається задоволення базової потреби особистості в позитивному ставленні, що видається можливим лише за умови відповідності результатів діяльності особистості вимогам соціуму» [118, с. 41].

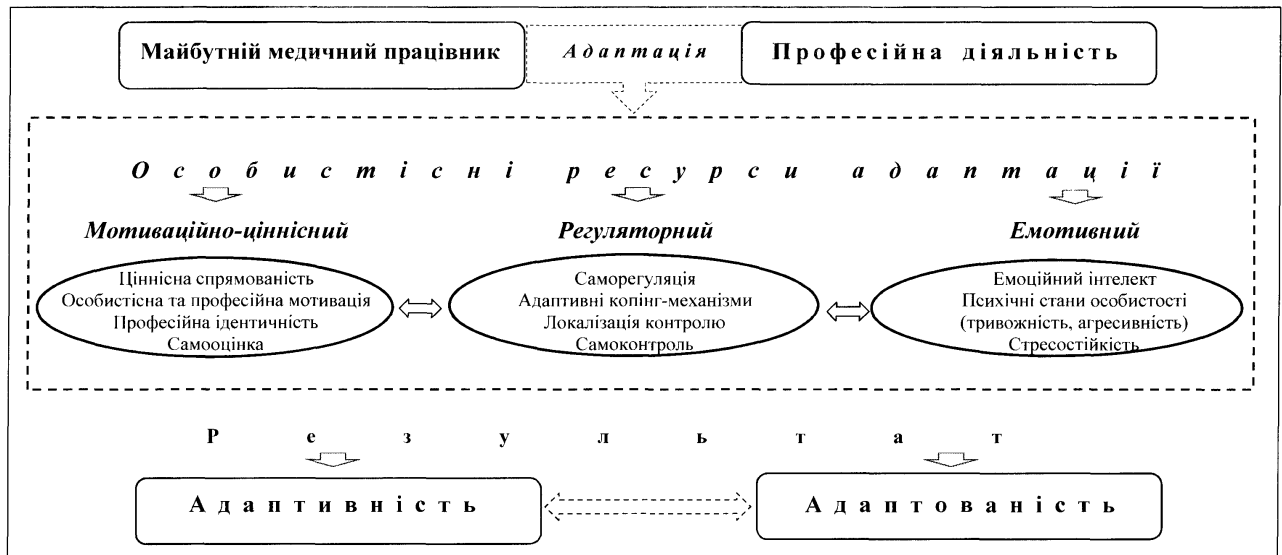
*Соціально-психологічні ресурси адаптації* в запропонованій моделі представлені двома компонентами: соціальним інтелектом та соціально-професійною компетентністю. Соціальний інтелект, на відміну від абстрактного (розуміння думок, ідей та управління ними), механічного (розуміння конкретних об'єктів), забезпечує можливість суб'єкт-суб'єктного пізнання, розуміння себе, інших людей та їх взаємин (Ю. Ємельянов), соціальних ситуацій (Д. Векслер), рівність у стосунках, продуктом чого є соціальне пристосування (Г. Олпорт). Соціально-професійна компетентність характеризує уявлення суб'єкта про професію, її переваги, труднощі та проблеми. Сукупно ці компоненти є одним із показників психологічної зрілості, що виражається зрілим ставленням до свого життя, збалансованою оцінкою минулого, майбутнього і теперішнього. Вона є запорукою розуміння закономірностей процесів, що відбуваються навколо особистості і в ній самій. Тому знання правил поведінки в різноманітних ситуаціях є когнітивним ресурсом подолання, заснованим на знаннях людини про механізми й закономірності тих чи інших явищ, а також ймовірності їх виникнення. Самі ці явища перестають для особистості виглядати ірраціональними.

*Фахово-компетентнісні ресурси адаптації* реалізуються в набутих знаннях, уміннях і навичках. *Знання* є важливим компонентом на етапі навчально-професійного становлення майбутнього фахівця. Адже вони впливають на оцінювання особистістю своїх перспектив у реалізації професійних функцій.

Високий чи низький рівень самооцінки формує почуття задоволеності/незадоволеності собою, полегшуючи або погіршуючи процес адаптації до освітнього середовища. Одержана студентом оцінка сприймається як показник оволодіння професійними знаннями, а тому низькі оцінки, породжуючи тривогу, створюють ілюзію нездатності опанувати систему професійних знань. Якщо тривога за інтенсивністю та тривалістю переважає ситуацію, яка її спричинила, то є велика ймовірність розвитку емоційного стресу. Останній не сприяє адаптації, а посилює дезадаптаційні процеси.

Професійні *уміння* та *навички* формуються на основі отриманих знань разом із практикою їх застосування. Період навчально-професійної діяльності передбачає набуття умінь і навичок не лише на практичних заняттях, де використовуються манекени, але й під час практики, яка передбачає відпрацювання набутих знань у роботі з людьми, які потребують медичної допомоги. Власне на основі цього формуються професійні уміння та навички. Проте окреслений процес видається доволі суперечливим, коли студенти, які демонстрували середній рівень знань, виявляються більш вправними на практиці. Це виявляється на рівні засвоєння механічних дій (зробити вправно ін'єкцію, накласти правильно пов'язку тощо). Усе ж коли потрібно прийняти комплексне рішення, то тут дається взнаки слабка теоретична підготовка. Уміння як здатність належно виконувати певні дії базується на доцільному використанні людиною набутих знань. Це складний процес аналітико-синтетичної діяльності кори великих півкуль головного мозку, коли створюються й закріплюються асоціативні зв'язки між завданням, необхідними для його виконання знаннями та можливістю їх застосування на практиці. Доведене до досконалості уміння сприяє появі психічного новоутворення, яке у психології називають навичкою. Саме стадія навички є завершальним етапом у ланцюжку формування професійних дій, завдяки якому майбутній фахівець спроможний діяти раціонально, з належною точністю і швидкістю, без зайвих витрат фізичної та нервово-психологічної енергії. Ми вважаємо, що знання, уміння і навички розширюють поведінковий репертуар адаптивних стратегій людини в критичних ситуаціях.

Серед особистісних ресурсів адаптації ми виокремили мотиваційно-ціннісний, регуляторний та емотивний. Їх структурна та функціонально-змістова своєрідність зображені на рис. 1.2. З огляду на мету та предмет дослідження проаналізуємо їх більш ґрунтовніше.



**Рис. 1.2. Модель функціонування особистісних ресурсів адаптації до професійної діяльності майбутніх медичних працівників**

*Мотиваційно-ціннісний ресурс*, який виражає самооцінку, професійну мотивацію, особистісно-професійну спрямованість та професійну ідентичність, є своєрідним орієнтиром професійної самореалізації майбутнього медичного працівника. Роль самооцінки можна розкрити через міркування Б. Карвасарського який вважає, що оцінка себе як учасника комунікації лікар–пацієнт, є регулятором поведінки в міжособистісній взаємодії, сприяє досягненню внутрішньої узгодженості, є важливим фактором в інтерпретації вже наявного досвіду і джерелом очікувань [94].

Мотиви професійного вибору, орієнтація на професійні цінності, особистісні настанови в процесі навчально-професійної діяльності відкривають широкі перспективи для актуалізації особистісних ресурсів майбутніх медичних працівників. Йдеться про мотиви професійного вибору, які розкривають усвідомлені та неусвідомлені професійні наміри особистості, а також ті чинники, які визначають привабливість окремих сторін майбутньої професійної діяльності. Комплекс мотивів впливає на суб'єктивне визначення і оцінку ситуацій

професійної взаємодії, зумовлює формування когнітивно-емоційних оцінювальних структур щодо власної здатності адаптуватися до певного професійного середовища. Орієнтації на професійні цінності та настанови не лише сприяють адекватній професіоналізації, але й становленню особистості загалом [63]. У цьому контексті доречною є позиція В. Франкла, згідно з якою: якщо людина знає «навіщо», то вона може витримати будь-яке «як» [233]. Дж. Крамбо (Crambaugh) також вказує, що ті особистості, хто мав смисл і мету в житті, більш успішно долають важкі життєві обставини. Наявність у людини усвідомлюваних цілей і смислу життя підвищує стійкість до впливу несприятливих обставин, а «екзистенційний вакуум», навпаки, підвищує вразливість людини, позбавляючи її життя вектора і цінності [цит. за: 233].

Здатність людини взаємодіяти з іншими у певному середовищі сприяє становленню *ідентичності*, а перебування у професійному середовищі – професійної ідентичності. Адже ідентичність, за А. Адлером, формується співвіднесенням свого «індивідуального Я» з найближчим оточенням [5] і, на думку «раннього» Е. Еріксона, локалізується в ядрі індивідуальності та суспільної культури [257]. К.-Г. Юнг процес набуття ідентичності розглядав як диференціацію психологічного індивідуума, істоти, що відрізняється від спільноти, від колективної психології [259]. Незважаючи на відмінності розуміння механізму становлення ідентичності в згаданих авторів, спільними залишаються два моменти: роль середовища, у якому і завдяки якому відбуваються ці процеси, а також кінцевий результат – наближення до свого ідеального образу. Квінтесенцією розуміння складного зв'язку індивідуального і соціального в ідентичності є погляди «пізнього» Е. Еріксона, який визначав ідентичність як ядро у структурі Я, як суб'єктивне відчуття тотожності й цілісності, як процес організації життєвого досвіду в індивідуальне Я [257; 258].

У контексті нашого дослідження ідентичність постає як характеристика, що сприяє майбутньому медичному працівнику залишатися собою у мінливому соціумі завдяки, з одного боку, усвідомленню своєї індивідуальності, відмінності від інших, а з іншого – ототожненню себе з професійною групою на основі сприйняття її цінностей, соціальних настанов і ролей.

Одним із різновидів ідентичності, що відображає взаємодію особистості і професії, підкреслюючи соціальне походження і відображаючи взаємини Я-концепції і професійної діяльності особистості, є професійна ідентичність. Детермінована професійним спілкуванням і професійним досвідом, вона, на думку Л. Шнейдер, репрезентується за допомогою мовних засобів через Я-образ [250]. Це усвідомлений процес, який пояснюють співвідношенням соціальної детермінації ідентичності та свободи особистості, адже вибір професії і своєї ролі в професійній діяльності особистість здійснює усвідомлено. Тому можна констатувати, що професійна ідентичність є результатом професійного самовизначення як процесу внутрішнього пошуку суб'єктом своєї професії, формування професійної позиції, перспектив, життєвих планів і цілей.

У розробленій нами концептуальній моделі професійна ідентичність виконує інтегративну функцію. Адже, як стверджує Л. Шнейдер, зміст ідентичності зв'язує багато функціональних і смислових утворень: внутрішню організацію потреб, здібностей, переконань та індивідуальної історії, Я-уявлення, індивідуальний і соціальний досвід, вибір цілей, цінностей і переконань, ролі, групове членство, цінності, мотиви, настанови, емоції, особистісні конструкти, ціннісний вимір, суб'єктивний час особистості, образи, концепти і судження [там само]. Сукупно і взаємопов'язано ці функціональні і смислові компоненти утворюють структуру ідентичності, відображаючи цілісне розуміння мотиваційно-ціннісного потенціалу особистісного ресурсу адаптації.

Отже, таке розуміння категорії ідентичності дає підстави розглядати її як системне, динамічне, соціально детерміноване утворення, що феноменологічно відображається на когнітивному, регуляторному і поведінковому рівнях.

*Регуляторний ресурс* з характерними для нього саморегуляцією, самоконтролем, локалізацією контролю та адаптивними копінг-механізмами сприяє адаптації особистості – забезпечує регуляцію та контроль поведінки, починаючи з постановки наміру і завершуючи його реалізацією. Розглядаючи індивідуальні ресурси у контексті вивчення шляхів подолання стресу, В. Бодров наділяє їх регуляторною функцією. Автор зазначає, що ресурси регуляції різних форм активності людини (включаючи трудову діяльність) – це деякий

функціональний потенціал, що забезпечує високий рівень реалізації його активності, досягнення заданих показників упродовж певного часу [37, с. 116].

Особливо важливим у регуляторному процесі є розвиток регуляторних ланок. Так, здатність планувати майбутню діяльність допомагає людині позбутися невизначеності. Адже плануючи, вона аналізує ситуацію (у різних її часових проміжках), прогнозує майбутні дії стосовно бажаної мети. Як слушно зауважує Н. Тарабріна, відсутність бажання планувати своє майбутнє є одним із проявів посттравматичного стресу [220]. А суб'єктивне ймовірнісне прогнозування дає змогу здійснювати попереднє налаштування функціональних систем на майбутні події. Дж. Келлі стверджував, що здатність до ймовірнісного прогнозування подій і знання закономірностей, які формують їхню основу, уможливорює «антиципуюче оволодіння», що значно знижує травматичний ефект раптових життєвих труднощів [97].

Локус контролю, який передбачає відповідальність та впевненість у своїй здатності впливати на події, є саме тим чинником, який визначає можливість долати труднощі на шляху адаптації до професійної діяльності. Ця проблема є вельми актуальною для тих, хто здобуває медичну професію, яку можна віднести до категорії екстремальної. Адже професійній діяльності цих фахівців властивий вплив значної кількості стресогенних чинників, пов'язаних зі специфікою медичної діяльності. Окрім цього, свої вимоги ставить саме професійне середовище, у якому майбутнім медичним працівникам доведеться працювати. Тому розуміння чинників, що впливають на ефективність процесу адаптації і на збереження рівноваги в системі «суб'єкт праці – професійне середовище», має безсумнівне значення для вибору шляхів і засобів управління процесом професійної адаптації.

Одним зі способів взаємодії особистості з життєвими та професійними ситуаціями є такий вид конструктивної активності особистості, як копінг-стратегії. Саме coping, як вважав Н. Weber, забезпечує підтримку фізичного, психічного здоров'я і задоволеності соціальними відносинами [298]. Психологічне призначення «копінга» полягає в тому, щоб якомога краще адаптувати людину до вимог ситуації і таким чином зменшити її стресову дію (С. Нартова-Бочавер)

[160]. «Копінг» постає як діяльність суб'єкта з підтримки або збереження балансу між вимогами середовища і ресурсами, що задовольняють ці вимоги (J. Coyne, R. Lazarus), а копінг-поведінка – як стратегія дій індивіда за умови психологічної небезпеки, яка виражається в когнітивній, емоційній та поведінковій сферах. Разом із психологічним захистом (незважаючи на відмінності) копінг-стратегії – це найважливіші форми адаптаційних процесів і реагування індивідів на стресові ситуації (Б. Карвасарський [94], Н. Сирота [210], В. Ташликов [222]). А оскільки початком психологічного «подолання» є ситуація, то завершеним воно буде вважатися лише тоді, коли ситуація для суб'єкта втратить свою значущість як подразник і тим самим звільнить його енергію для розв'язання інших завдань.

Отже, до регуляторного ресурсу належать змінні, які характеризують стійкі стратегії і способи саморегуляції, завдяки побудові динамічного «малюнку» взаємодії людини з «важкими» життєвими обставинами. Д. Леонт'єв зазначав, що особистісні ресурси саморегуляції в стресовій ситуації найчастіше можуть компенсувати певний недолік ресурсів стійкості, причому навіть у найбільш кризових життєвих обставинах. Тому ресурси саморегуляції разом зі стійкістю дозволяють індивіду успішно переструктурувати системні зв'язки в його взаємодії з навколишнім світом, а також перетворити в перевагу навіть ті життєві обставини, які з першого погляду постають очевидними недоліками (відчай, песимізм, недовіра, травма тощо, тобто те, що, істотно звужує можливості суб'єкта) [123].

*Емотивний ресурс* виражається стресостійкістю, емоційним інтелектом та психічними станами особистості (тривожність, агресивність). Розгляд *стресостійкості* як компоненту емотивного ресурсу адаптації зумовлений її змістом. У когнітивній моделі психологічного стресу Р. Лазаруса це особистісний ресурс, що дає змогу долати стрес, реакція на значне домінування вимог, які ставляться до людини, її можливості адаптуватися [115; 116]. С. Хобфолл причину психологічного стресу вбачає у втраті частини ресурсу або затримці відновлення витрачених людських ресурсів, серед інших і предметної сфери (поведінкова активність), ресурсів стану, особистісних характеристик і енергетичних показників [276].

На сьогодні в психологічній науці стресостійкість розглядають як необхідну характеристику цілісного процесу адаптації, що пов'язана як з емоційною стабільністю і емоційною стійкістю [88; 136; 177; 186 та ін.], так і з усвідомленою саморегуляцією [76; 154; 185, с. 23–28]. За визначенням В. Бодрова, стресостійкість – це інтегративна властивість людини, яка характеризує ступінь її адаптації до впливу екстремальних факторів зовнішнього і внутрішнього середовища та діяльності; визначається рівнем функціональної надійності суб'єкта діяльності та розвитком психічних, фізіологічних та соціальних механізмів регуляції поточного функціонального стану і поведінки в цих умовах; проявляється в активації функціональних ресурсів організму і психіки та у зміні працездатності й поведінки людини, спрямованих на попередження функціональних розладів, негативних емоційних переживань і порушень ефективності та надійності діяльності [39, с. 301–302].

Сьогодні в науковому обігу поширено термін «професійна стресостійкість» – інтегративна якість людини як індивіда, особистості та суб'єкта діяльності, що забезпечує біологічну, фізіологічну і психофізіологічну адаптацію до впливу екстремальних факторів середовища і професійної діяльності, та приводить до оптимальної взаємодії з навколишнім середовищем в умовах життєдіяльності [179].

Стресостійкість є частиною такого утворення, як *емоційний інтелект*, що містить емоційну стійкість і здатність контролювати емоції [150]; здатність долати стан емоційного збудження під час виконання складної діяльності [142]; стабільну спрямованість емоційних переживань за їх змістом на позитивне розв'язання подальших завдань [243]; здатність емоційно збудженої людини зберігати певну спрямованість своїх дій, адекватне функціонування та контроль за вираженням емоцій [195] тощо.

Роль активатора у структурі адаптації відіграють *психічні стани*. Одним із них є *тривога*, що сигналізує про дискомфорт, можливу небезпеку та активізує процеси психічної адаптації. Стан тривоги детермінує застосування або посилення дії механізмів інтрапсихічної адаптації. Водночас тривога, що за інтенсивністю і тривалістю не адекватна ситуації, перешкоджає формуванню адаптивної поведінки, спричиняє порушення поведінкової інтеграції, сприяє формуванню

емоційного стресу (Ф.Березін) [30]. А зменшення інтенсивності тривоги сприймається як відновлення порушеної адаптації, посилюється її охоронна, мотивувальна роль, а отже, виявляється адаптивний характер тривоги [13; 14; 43]. Отже, тривога як емоційна реакція на стресову подію мобілізує людину, змінюючи її готовність до дії для визначення адаптивних (копінгових) реакцій. Тривога як стресова емоція спричиняє адаптивні (копінгові) реакції індивіда, активізує пошук виходу з «небезпечною» ситуації.

Ми вважаємо, що системний підхід під час вивчення емотивного ресурсу адаптації дасть можливість оцінити ті системні властивості, які утворюються в особистості у зв'язку і в результаті початку її професійної діяльності та впливають на її адаптаційні можливості.

Реалізуються описані особистісні ресурси адаптації на індивідному, суб'єктно-діяльнісному та особистісному рівнях, а також на рівні індивідуальності [35]. *Індивідний* рівень є базисом, що визначає енергетичні і динамічні межі активності, у яких особистість здатна успішно реалізувати і в подальшому компенсувати ресурсні затрати, якісно перетворювати їх і розвиватися. Він містить енергетичний (психофізіологічні характеристики, що зумовлюють енергетичний та динамічний діапазони реагування) та когнітивний (рівень розвитку пізнавальних процесів, когнітивна гнучкість) компоненти. Енергетичний потенціал особистості, що детермінує високий рівень витривалості, фізичного і передусім психічного здоров'я людини, також є особистісним ресурсом, що забезпечує гармонійні відносини індивіда з навколишнім світом. Психофізіологічні характеристики є найважливішими складовими адаптаційного потенціалу.

*Суб'єктно-діяльнісний* рівень містить як ресурси людини, так і способи, механізми їх реалізації. Насамперед ресурси цього рівня представлені здібностями і навичками, що характеризують адаптаційну поведінку особистості (сформовані адаптаційні схеми і програми). Він містить інструментальний (здатності, навички, уміння) та творчий (творчі здібності, здатність до творчого вирішення поставлених адаптаційних завдань) компоненти.

*Особистісний рівень* презентують мотиваційний (ієрархія мотиваційної сфери, допитливість, інтереси й уподобання, мотиваційна напруженість) та

комунікативний (комунікативні особливості особистості, система ставлень тощо) компоненти. Він є найбільшим за обсягом, якістю і різноманітністю ресурсів. До них можна віднести особливості мотиваційно-потребової сфери, що зумовлює вектор і напруженість активності особистості, механізми, за допомогою яких відбуваються процеси цілепокладання і вибору засобів для досягнення поставлених цілей. Розкриваючи адаптаційний потенціал як форму інтеграції ресурсів, О. Богомолів підкреслює, що саме на особистісному рівні представлені способи і механізми управління ресурсами відповідно до намірів, цілей і реалізованих цінностей особистості. Автор вважає, що механізми подолання, психологічного захисту, емоційного відреагування можна віднести до способів регуляції адаптаційних ресурсів і одночасно до способу їх організації у структурі адаптаційної відповіді [35, с. 71].

На рівні *індивідуальності* адаптаційний ресурс постає як цілісне утворення. Унікальна та неповторна завдяки своїй індивідуальній структурі, напрямку і способу реалізації, вона забезпечує творчу особистісну та професійну самореалізацію майбутнього медичного працівника.

Отже, орієнтація на особистість, яка інтегрує психофізіологічний, соціально-психологічний, діяльнісно-психологічний способи взаємодії з навколишнім середовищем, і усі рівні внутрішньої психічної організації, на нашу думку, дає змогу розглядати адаптацію як результат діяльності цілісної самокерованої системи. Оскільки зміст адаптації полягає в зміні наявного незадовільного стану на позитивний, то мету можна окреслити як перехід системи з деякого початкового стану до іншого, більш оптимального. Таким, на нашу думку, є стан *професійної адаптованості*, що, зрештою, породжує таку системну особистісну якість, як *адаптивність*.

Професійна *адаптованість* – це стан, у якому особистість без тривалих зовнішніх і внутрішніх конфліктів продуктивно виконує свою основну діяльність, задовольняє свої нагальні соціогенні потреби, повною мірою приймає рольові очікування яких вимагає від неї професійне середовище, переживає стан самоствердження і вільного вираження творчих здібностей. Інтегративною властивістю, яка характеризує міру психологічної адаптації особистості, є

*адаптивність*, основою якої слугують особливості мотиваційно-ціннісної сфери, що дозволяють зберегти ядро особистості при мінливості зовнішніх факторів. Якщо адаптивність не сформована, то адаптаційні навички можуть стереотипно відтворюватися в онтогенезі, істотно ускладнюючи процеси розвитку і самореалізації особистості [68].

Отже, процес адаптації особистості ми розглядаємо з погляду двох основних груп характеристик: якісних і рівневих. Зокрема, у процесі адаптації відбуваються зміни в емоційній сфері (змінюється ставлення до себе), здійснюється переструктурування в регуляторній сфері (підвищується рівень самоконтролю та саморегуляції). У мотиваційно-ціннісній сфері також відбувається переструктурування мотивів відповідно до нових цілей, які постають на новому етапі професіоналізації. На поведінковому рівні змінюється система рольових уявлень відповідно до нової ситуації. Свідченням цього є дослідження М. Будякіної та Л. Русалінової, які, врахували характер досвіду, інтенсивність і напруженість професійної діяльності, виокремили такі аспекти адаптації: пізнавальний, когнітивний, емоційний і практичний. Пізнавальний забезпечує отримання різної інформації про специфіку своєї професії: про стандарти компетентності, яким суб'єкт повинен відповідати, про рівень розвитку і сформованості необхідних професійно важливих якостей. Одержану інформацію він оцінює відповідно до свого індивідуального досвіду. У разі позитивної оцінки поступово відбувається ідентифікація особистості з професією. У межах практичного аспекту суб'єктові доводиться виконувати певні дії, організовувати діяльність, використовуючи ті знання, які він здобув на цьому етапі професіоналізації. Емоційний аспект соціально-психологічної адаптації суб'єкта розвивається на основі уявлення про свою професію. Він полягає у виникненні стійких позитивних емоцій під час виконуваної ним професійної діяльності, а також у формуванні задоволеності і стану емоційного комфорту [42].

Проте ми погоджуємося з О. Боголюбовим у тому, що для цілісної характеристики особистісних ресурсів адаптації, окрім структурних, потрібно виокремити й динамічні властивості, які характеризують мінливість й активність функцій і структури ресурсів в часі та включають інтенсивність використання,

схильність до консервації, стійкість тощо. Переплетення динамічних і структурних властивостей, на наш погляд, помітне в процесах поновлюваності, взаємозбагачення та компенсації ресурсів, тобто гнучкості їх використання в межах площини індивідуального потенціалу [35, с. 71–72]. Доречними є зроблені дослідником висновки, що успішність адаптації та процесу розвитку визначається не абсолютною величиною потенціалу, а відносною: способами, механізмами формування ресурсів, їх інтенсифікацією, індивідуальним стилем витрачання і відновлення, широкими можливостями компенсації відсутніх або порушених ресурсів. Тому, зазначає автор, навіть при низьких часткових адаптаційних ресурсах характер об'єднання їх в потенціал, за певних внутрішніх і зовнішніх умов, може забезпечити високу ефективність адаптації та розвитку особистості [там само, с. 72]. Описане стосується якісних характеристик процесу адаптації особистості.

Щодо рівневих характеристик, то підвищення рівня адаптації свідчить про успішне досягнення поставлених цілей у межах конкретного етапу професіоналізації. Тому рівень адаптації слід розглядати як критерій, індикатор, що свідчить про проходження чергового етапу професіоналізації, а якісні характеристики є показником його проходження.

Отже, системне уявлення про адаптацію передбачає діалектичну єдність загальних, особливих і окремих (одиничних) її характеристик. Система адаптації динамічна, вона завжди знаходиться у розвитку. Функціональна здатність її провідних та другорядних підсистем і ланок весь час змінюються. Тому на можливостях та функціональній активності системи психічної адаптації людини відображається стан усіх систем організму. Оскільки у вищій сфері прояву адаптації людини беруть участь біологічні та соціально-психологічні механізми, відбувається опосередкування біологічного соціальним. Це, на думку О. Лурії, відображається і на «міжфункціональній» переорганізації усієї структури психічної діяльності в процесі онтогенезу, унаслідок чого змінюються і можливості її адаптивної активності [133]. З огляду на це можна говорити про надзвичайну складність структури цілісної функціональної системи психологічної адаптації.

Феноменологічний аналіз адаптації дає підстави виокремити такі її смислові наповнення: адаптація як життєдіяльність у мінливих умовах існування, адаптація як активне пристосування до змінених умов середовища, адаптація як досягнення стійкості в зміненому середовищі. У цьому контексті С. Посохова зазначає, що адаптація є механізмом саморозкриття особистості, який забезпечує трансформацію змін навколишнього середовища до внутрішніх умов створення нових способів взаємодії з реальністю і із собою, необхідних для збереження власної цілісності. Психологічний зміст особистості, що адаптується, визначається: усвідомленням мінливості навколишнього середовища; рефлексією себе в новій картині середовища; саморегуляцією адаптаційного потенціалу, необхідного для перетворення взаємодії з навколишнім середовищем і собою; трансформацією способів взаємодії з навколишнім середовищем; вираженою его-орієнтацією як можливим наслідком посилення потреби у саморозкритті; зміною образу Я як елемента Я-концепції [180].

Узагальнюючи представлені у параграфі міркування, можна констатувати, що поняття адаптації є інформативним у контексті психологічного пізнання, якщо трактується не вузько, тобто як пристосування до середовища, а широко, як єдність взаємозумовлених, протилежно спрямованих процесів врівноваження суб'єкта із середовищем [159]. Розгляд їх перебігу на різних, взаємодіючих один з одним рівнях, на думку Г. Балла, сприяє детерміністському поясненню функціонування і розвитку особистості, полегшує розуміння людської діяльності [27]. Отже, концептуальна модель адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності відображає системність змісту процесів, які сприяють успішному професійному становленню. Розгляд особливостей функціонування особистісних ресурсів дає можливість побачити їх структурну своєрідність та змістову наповненість в адаптаційному процесі.

### **Висновки до розділу 1**

Теоретичний аналіз проблеми адаптованості та особистісних ресурсів дає підстави до таких узагальнень.

1. У науковій літературі описані різноманітні теоретичні підходи до проблеми адаптації в різних сферах наукового знання, залежно від специфіки завдань проведених досліджень та різниці підходів, засадничих в окремих наукових школах. Відмінності наявних тлумачень залежать від мети, змісту, методів і результатів адаптаційного процесу, а також урахування відмінностей в описі характеристик двох взаємодіючих систем: індивіда і середовища.

2. Сьогодні в науковій літературі з проблеми адаптації диференціюють поняття пристосування (*adjustment*) і власне адаптації (*adaptation*). Засвідчено рух від пасивного пристосування до побудови системи продуктивної взаємодії особистості та середовища, від кінцевої мети – гомеостатичної рівноваги, відсутності конфліктів – до самоактуалізації та самореалізації особистості в реальному соціальному середовищі.

3. Процес адаптації до професійної діяльності розглядаємо в контексті соціально-психологічної адаптації як набагато ширшого за семантичним навантаженням поняттям. Остання розглядається, зазвичай, як процес і результат взаємодії людини із середовищем, механізмом якої є збалансоване урівноваження як на рівні особистісних утворень, так і способів взаємодії із середовищем, з одночасним збереженням особистісної цілісності і стійкості (ідентичність, тотожність), інтегративної здатності та змінюваності (розвиток, удосконалення і набуття нових соціально-психологічних якостей і властивостей).

4. Адаптація майбутніх медичних працівників до професійної діяльності є багатокомпонентним динамічним утворенням, що здійснюється із використанням адаптаційних ресурсів. Особистісні ресурси варто розглядати як досвід усвідомлення особистістю власних можливостей, який стає потенціалом для надання підтримки іншим, саморозкриття та творчого саморозвитку. Індивідуально-психологічні характеристики, що характеризують адаптаційні можливості особистості, становлять *особистісний адаптаційний потенціал*.

Особистісні ресурси адаптації – це індивідуально-психологічні особливості особистості майбутніх медичних працівників, утворені внаслідок взаємодії мотиваційно-ціннісного, регуляторного та емотивного особистісних ресурсів, що

без надмірних енергетичних затрат сприяють їх успішній адаптації до професійної діяльності.

5. Описано концептуальні положення дослідження особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності. Розроблено концептуальну модель адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності, основою якої є така особистісна властивість, як ресурсність. Зазначено, що кожен із виокремлених ресурсів (мотиваційно-ціннісний, регуляторний та емотивний) може бути активізований відповідно до вимог ситуації.

*Основний зміст розділу відображений у таких публікаціях автора:*

1. Галян А. І. Соціально-психологічні аспекти адаптаційної здатності майбутніх медичних працівників / А. І. Галян // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. – Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2016. – Вип. 1. – Т. 1. – С. 20–26.
2. Halian I. Personality resources of future specialists' self-regulation in their professional adaptation / Ihor Halian, Andrii Halian // European Humanities Studies : State and Society / Europejskie Studia Humanistyczne : Państwo i Społeczeństwo. – 2016. – № 1. – S. 103–114.
3. Галян А. І. Психологічний ресурс особистості як чинник подолання стресу (огляд досліджень з проблеми) / А. І. Галян // Проблеми гуманітарних наук : [зб. наук. праць Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка. Серія «Психологія» / ред. кол. Надія Скотна (головний редактор), Ігор Галян (редактор розділу) та ін.]. – Дрогобич : Видавничий відділ ДДПУ імені Івана Франка, 2015. – Випуск тридцять сьомий. – С. 56–66.
4. Галян А. І. Орієнтація на особистісну ефективність як ресурс професійної адаптації майбутніх медичних працівників [Електронний ресурс] / А. І. Галян // Особистість. Стосунки. Розвиток. Міждисциплінарний аспект : [матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (3–4 червня 2016 р., м. Львів)]. – Львів, 2016. – С. 37–41. (CD-диск)
5. Галян А. І. Психічне здоров'я у контексті екзистенційно-гуманістичного підходу / А. І. Галян // Український науково-медичний молодіжний журнал.

Спец. випуск № 3 (72). – К. : Нац. мед. універ. ім. О. О. Богомольця, 2013. – С. 77–78.

6. Галян А. І. Вплив змісту комп'ютерних ігор на формування агресивних форм поведінки підлітків / А. І. Галян / Молодіжна політика : проблеми та перспективи : [зб. наук. праць / наук. ред. С. А. Щудло]. – Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2012. – Вип. 3. – С. 410–413.

## РОЗДІЛ 2

### ПРОГРАМА ЕМПІРИЧНОГО ВИВЧЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ РЕСУРСІВ АДАПТАЦІЇ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

#### 2.1. Етапи емпіричного дослідження та обґрунтування вибору психодіагностичного інструментарію

Концептуальне обґрунтування сутності та ролі особистісних ресурсів, що забезпечують адаптацію майбутніх медичних працівників до професійної діяльності послужили основою розробки методичного забезпечення для їхньої емпіричної верифікації. Ми припустили, що з-поміж інших, особистісні ресурси є одним із провідних факторів забезпечення адаптації студентів медичного коледжу до майбутньої професійної діяльності. Це теоретичне припущення було конкретизоване в таких *емпіричних*:

- існують кількісні та якісні відмінності в рівнях адаптованості майбутніх медичних працівників до професійної діяльності;
- основою адаптованості є різноманітні ресурси, ключовим з яких є особистісні ресурси;
- поєднання рівнів адаптованості та особистісних ресурсів служать підставою для виокремлення типології особистісних ресурсів адаптації.

Серед різноманіття особистісних ресурсів адаптації, описаних у психологічній літературі, ми виокремили ті, що внаслідок ґрунтовного аналізу були визначені нами як мотиваційно-ціннісний, регуляторний та емотивний. Саме на перевірку їх дієвості в структурі адаптаційного процесу і був спрямований емпіричний етап дослідження. Він реалізувався виконанням таких основних завдань:

- емпірично виділити рівні адаптованості майбутніх медичних працівників до професійної діяльності та з'ясувати їх детермінованість особистісними ресурсами;

- на основі узагальнення одержаних результатів виокремити закономірності прояву особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників на первинному етапі їх професіоналізації;
- вивести типологію особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності та описати психологічну складову їх функціонування.

Дослідження організовувалося з дотриманням принципу поетапного теоретико-методологічного узагальнення результатів з подальшим їх представленням у вигляді доповідей, публікацій статей та тез. Тому воно складалося з декількох етапів, кожен з яких слугував логічним продовженням попереднього. Одержані результати, з одного боку, були основою для формулювання узагальнень, з іншого – науковою підставою обґрунтування подальших дій. З огляду на це виокремлено чотири етапи, які охопили період науково-дослідної діяльності з 2013 до 2016 років.

На *першому етапі* проведено ознайомлення з проблемою ресурсності особистості, виокремлено базові поняття та компоненти, сформовано узагальнене розуміння поняття «особистісні ресурси» та визначено їхнє місце у структурі адаптації особистості до відповідного соціального та професійного середовища. Для цього опрацьовано праці вітчизняних та зарубіжних учених, що стосувалися згаданої проблеми як у галузі психології, так і суміжних з нею наук. У результаті було сформульовано мету, окреслено об'єкт та предмет дослідження, виокремлено завдання, що сприяли досягненню мети, і найголовніше – окреслено коло діагностичних процедур, необхідних для емпіричної перевірки висунутих у роботі припущень.

*Другий етап* присвячений вивченню особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності. Для цього складено карту емпіричного дослідження, у якій відображено критерії, показники та засоби діагностики (табл. 2.1). Їх основу сформували валідизовані діагностичні методики, що дали можливість розкрити зміст особистісних ресурсів та рівнів адаптованості майбутніх медичних працівників. На основі методів математичного моделювання,

ключовими з яких стали факторний та кластерний аналізи, визначено взаємозв'язок особистісних ресурсів з адаптованістю майбутніх медичних працівників. Водночас розроблено авторські методики для формування цілісного уявлення про мотиваційно-ціннісний портрет майбутніх медичних працівників та їх ціннісно-сміслові уподобання. Застосовані діагностичні методики уможливили ідентифікувати змістову конструкцію особливостей взаємозв'язку особистісних ресурсів та адаптаційних проявів в експериментальній вибірці та екстраполювати їх на генеральну сукупність. Засадничим принципом дослідження особистісних ресурсів адаптації послужив рівневий підхід.

Таблиця 2.1

**Карта емпіричного дослідження особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності**

| Змінна                           | Компонент                                 | Критерії                                                                                           | Показник                                                                                                                    | Засоби діагностики                                                                                 |
|----------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Соціально-психологічна адаптація | Соціально-психологічна адаптація          | Рівень прояву на основі самоаналізу                                                                | адаптивність<br>самоприйняття<br>прийняття інших<br>емоційний комфорт<br>інтернальність<br>прагнення домінувати<br>ескапізм | Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонд                    |
| Особистісні адаптаційні ресурси  | Мотиваційно-ціннісний адаптаційний ресурс | мотиваційні уподобання;<br>професійні перспективи;<br>особливості навчально-професійної підготовки |                                                                                                                             | Мотиваційно-ціннісний портрет майбутнього медичного працівника (авторська анкета)                  |
|                                  |                                           | Професійна компетентність                                                                          | рівень усвідомлення обраної професії                                                                                        | Питальник «Оцінка соціально-професійної компетентності»                                            |
|                                  |                                           | Усвідомлення імпліцитних аспектів професійної діяльності                                           | рівень готовності майбутнього фахівця до діяльності                                                                         | «Активізуюча профорієнтаційна методика» (М. Пряжников)                                             |
|                                  |                                           | Ціннісно-смістова сфера                                                                            | Ранг цінностей                                                                                                              | Авторська методика на вивчення змісту ціннісних уподобань                                          |
|                                  |                                           |                                                                                                    | Показник дезінтеграції системи цінностей                                                                                    | Методика О. Фанталової «Рівень співвідношення «цінності» і «доступності» в різних життєвих сферах» |

## продовження таблиці 2.1

|                        |                                  |                                                                              |                                                                                                                      |                                                                                                                      |
|------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | Регуляторний адаптаційний ресурс | Контроль за дією                                                             | ОС – суб'єкти<br>ОД – суб'єкти                                                                                       | Опитувальник «Шкала контролю за дією» (Ю. Куль)                                                                      |
|                        |                                  | Рівень саморегуляції                                                         | загальний рівень с/р<br>розвиток регуляторних ланок                                                                  | Методика «Стилі саморегуляції поведінки» (В. Моросанова)                                                             |
|                        |                                  | Локус контролю                                                               | інтернальність/екстернальність                                                                                       | Шкала інтернальності/екстернальності методики діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонд |
|                        |                                  | Суб'єктивні ресурси подолання труднощів у різних сферах психічної діяльності | копінг-стратегії                                                                                                     | Способи оволодіння поведінки (Р. Лазарус)                                                                            |
|                        | Емотивний адаптаційний ресурс    | Емоційна компетентність                                                      | емоційна обізнаність;<br>управління своїми емоціями;<br>самотивація;<br>емпатія;<br>розпізнавання емоцій інших людей | Емоційний інтелект (Н. Холл)                                                                                         |
|                        |                                  | Стійкість до стресу                                                          | рівні стресостійкості                                                                                                | Самооцінка стресостійкості особистості                                                                               |
|                        |                                  | Емоційні стани                                                               | тривожність;<br>фрустрація;<br>агресивність;<br>ригідність                                                           | Методика діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка                                                          |
|                        |                                  | Рівень агресивності                                                          | агресивність;<br>ворожість                                                                                           | Опитувальник рівня агресивності А. Басса-А. Дарки (Buss-Durkey Hostility Inventory)                                  |
| Математична статистика |                                  | Параметричні критерії                                                        | t – критерій Ст'юдента; r – критерій Пірсона                                                                         | Статистичний пакет програми SPSS Statistics 17                                                                       |
|                        |                                  | Непараметричний критерій                                                     | tau-b – критерій Кендалла                                                                                            | Статистичний пакет програми SPSS Statistics 17                                                                       |
|                        |                                  | Кластерний аналіз                                                            | рівні адаптивності                                                                                                   | Статистичний пакет програми IBM SPSS Statistics 21                                                                   |
|                        |                                  | Факторний аналіз                                                             | внутрішня структура адаптаційних потенціалів                                                                         | Статистичний пакет програми SPSS Statistics 17                                                                       |

Для початку за допомогою кластерного аналізу показників адаптивності, визначено *рівні* (високий, середній, низький) прояву адаптованості у студентів медичного коледжу. Внутрішній образ адаптованої / неадаптованої особистості формувався на основі змінних, серед яких: *емоційний комфорт* – спокійний, урівноважений стан, коли людина усім задоволена, оптимістично налаштована, відкрито висловлює свої почуття, позбавлена страху і тривоги; *самоприйняття* – людина розуміє і цінує себе, добре ставиться до себе; *прийняття інших* – особа ладнає з довкіллям, установлює з ними теплі, добрі стосунки; *інтернальність* –

характеризує почуття контролю над власним життям, активність, відповідальність, здатність приймати рішення і наполегливо рухатися до мети; *домінування* – характеризує незалежність людини, її прагнення бути серед кращих, мислити і діяти самостійно. За кожною шкалою досліджувані балами оцінювали, якою мірою описуваний спосіб життя і поведінка відповідає їх власному [229, с. 193–197].

Під час обробки «сирих» даних для кожної шкали використовувалися відповідні формули: Адаптація:  $A=a/(a+b)*100\%$ ; Самоприйняття:  $L=1.2a/(1.2a+b)*100\%$ ; Прийняття інших:  $L=1.2a/(1.2a+b)*100\%$ ; Емоційний комфорт:  $E=a/(a+b)*100\%$ ; Інтернальність:  $I=a/(a+1.4b)*100\%$ ; Прагнення домінувати:  $D=2a/(2a+b)*100\%$ ;

Одержані результати інтерпретовано як надзвичайно низькі («до» зони невизначеності), високі («після» зони невизначеності) та ті, що відповідають нормі (зона невизначеності). Після проведеної кластеризації результати, випрацьовані за іншими методиками проаналізовано відповідно до виявлених рівнів адаптованості майбутніх медичних працівників.

Для операціоналізації *мотиваційно-ціннісного ресурсу* використано декілька методик. Вони дали змогу оцінити рівень професійної мотивації, соціально-професійної компетентності та професійних і життєвих перспектив. Одну із таких методик – «*Мотиваційно-ціннісний портрет майбутнього медичного працівника*» – ми розробили для створення цілісного уявлення про мотиваційно-ціннісну спрямованість майбутнього медичного працівника початкового етапу професійного становлення.

Методика охоплює 3 (три) блоки. Перший блок стосується мотиваційних уподобань студента медичного коледжу і містить чотири ключові питання: 1. Чим приваблює Вас обрана професія? (запропоновано вісім варіантів відповідей). 2. Чи знали Ви щось про медичну професію до вступу у коледж? (чотири варіанти відповіді). 3. Що було вирішальним у прийнятті Вами рішення стати професійним медичним працівником? (запропоновано десять варіантів відповіді). 4. Якщо б

знову Ви стали вибирати собі професію, то чи повторили б свій вибір? (три варіанти відповіді).

Другий блок питань спрямований на оцінку власних перспектив. До нього увійшли два питання. 1. Що плануєте робити після закінчення коледжу? Для вибору запропоновано чотири варіанти відповідей, пов'язаних як із професією медичного працівника, так і з іншими. 2. Ким би Ви хотіли бачити себе через десять років? Варіанти відповідей стосувалися професійного майбутнього, соціально-політичного статусу, матеріальних статків, патріотичних почуттів.

Найбільшим виявився третій блок, позаяк сюди увійшло десять питань, які розкривають зміст та особливості професійної підготовки майбутніх медичних працівників у коледжі. Одне із питань стосувалося їх прагнень: «Навчаючись в коледжі, Ви прагнете: ...» (далі запропоновано перелік прагнень студентів, з'ясованих у попередніх бесідах). Відповіді на інші питання відображали пізнавальний інтерес та труднощі, з якими вони стикаються під час навчання. Крім того, є питання, які відображають емоційні переживання, що з'являються під час навчання. Завершується третій блок питанням про життєві цінності майбутніх медичних працівників. Узагальнення відповідей за усіма згаданими блоками, на нашу думку, дає інформацію про ті особистісні ресурси майбутнього медичного працівника, які так чи інакше впливають на успішність їх адаптації до професійної діяльності на етапі первинної професіоналізації.

Соціально-професійну компетентність діагностували за допомогою однойменного питальника «*Оцінка соціально-професійної компетентності*» [149]. Показником оцінки рівня оволодіння вибраною професією послужила соціально-професійна компетентність – комплексний параметр, що відображає ступінь осмислення себе як фахівця, представника певної соціально-професійної групи. Це насамперед соціально-психологічна характеристика особистості, а не показник її професійної кваліфікації чи майстерності.

Засадничими для питальника є чотири елементи: усвідомлення соціальної значущості професії; усвідомлення професійних перспектив; професійна самооцінка; ставлення до професійної самоосвіти. Кожну шкалу характеризує

низка суджень-висловлювань, що розкривають її зміст. На їх основі сформовано чотири шкали з вісьма твердженнями в кожній. Структура опитувальника дає змогу оцінити в умовних балах кожен елемент соціально-професійної компетентності. Цю методику ми використовували на етапі пошуку шляхів забезпечення ефективності адаптації до професійної діяльності майбутніх медичних працівників.

Мета методики з назвою *«Активізуюча профорієнтаційна методика»* (М. Пряжников) – операціоналізувати мотиваційно-ціннісний потенціал. Вона дає можливість оцінити рівень готовності майбутнього фахівця до різних видів професійної діяльності, серед яких – медична. Досліджуванам запропоновано перелік різних трудових дій в галузі медицини. Вони оцінювали свою здатність на цьому етапі професійного становлення успішно виконати кожну з них. Звертаємо увагу на те, що йдеться не про їхні бажання це робити, а про можливість та здатність. Підрахунок балів здійснювався за відповідною процедурою [187]. Завдяки цій методиці визначено рівень усвідомлення майбутнім медичним працівником труднощів, з якими йому доведеться зіткнутися в майбутньому. А це, зрештою, дає можливість спрогнозувати разом з даними інших методик можливість успішної адаптації до професійної діяльності.

Для вивчення змісту усвідомлення майбутніми медичними працівниками тих чи інших *цінностей* розроблено методику, яка передбачала ознайомлення досліджуваних з твердженнями (додаток Л), сформульованими у вигляді узагальнених життєвих позицій (О. Асмолов) [26]. Їхні думки щодо цих тверджень передбачали непрямий прояв, проекцію індивідуальних ціннісних орієнтацій. Кожну ціннісну настанову представлено у двох-трьох пунктах списку і протилежною за змістом формою, наприклад: «Доброзичливим варто бути тільки з близькими людьми», «Не слід залишати грубість без відповіді», «Часто корисно вказувати людям на їхні недоліки».

Обробку результатів дослідження здійснено за допомогою процедури кластерного аналізу, позаяк він виявився найбільш доречним порівняно з іншими математичними методами для визначення цієї структури цінностей. Групування

тверджень з подібними відповідями, що включені до списку, проводилося двічі: окремо за відповідями «так» і «ні». Принцип побудови списку й особливості кластерного аналізу такі, що групування за результатів за відповіддю «ні» давало змогу виявити взаємозалежні за змістом цінності, тоді як групування тверджень за відповіддю «так» – взаємопов’язані за змістом протилежні цінності.

Для виявлення наявності або відсутності внутрішнього конфлікту в системі цінностей майбутніх медичних працівників, що може спричинити дезадаптацію, ми використали методику О. Фанталової *«Рівень співвідношення «цінності» і «доступності» в різних життєвих сферах»* [228]. Основною психометричною характеристикою методики є показник «Цінність – Доступність», що відображає ступінь неузгодження, дезінтеграції в мотиваційно-ціннісній сфері. Остання, своєю чергою, свідчить про ступінь незадоволеності поточною життєвою ситуацією, про внутрішню конфліктність, блокаду основних потреб, з одного боку, а також про рівень самореалізації, внутрішньої ідентичності, інтегрованості, гармонії – з іншого боку.

Стосовно конкретної життєвої сфери показник розбіжності «Цінність – Доступність» має двомірну характеристику залежно від того, який параметр вищий – цінність або доступність. Максимальна розбіжність між цінністю і доступністю у разі, коли  $Ц > Д$  (за умови, якщо:  $Ц \uparrow Д \downarrow$ ), означає стійкий, глибокий внутрішній конфлікт. Це стан, коли ціннісний об’єкт малодоступний або не доступний зовсім, «бажане» не збігається з «реальним», значущі потреби і цінності перебувають у стані блокади. Зворотне співвідношення, коли  $Д > Ц$  ( $Ц \downarrow Д \uparrow$ ), навпаки, означає стан внутрішнього вакууму, внутрішньої спустошеності, зниження спонук. Стан, коли доступний об’єкт не вартий зацікавлення, може супроводжуватися відчуттям «внутрішнього баласту», «надмірності присутності», непотрібності. Методика сприяє також визначенню нейтральної зони, коли  $Ц \approx Д$  або просто  $Ц = Д$ . Це вся сукупність показників, де немає помітних внутрішніх конфліктів і внутрішнього вакууму. Безконфліктний, спокійний стан, у якому «бажане» і «реальне» повністю або частково збігаються, гармонійно урівноважені зі внутрішнім світом суб’єкта. Це стан, коли значущі потреби в основному

задоволені, а цінності реалізовані. Методика є надійною і валідною, про що свідчать результати досліджень авторки методики [там само].

Дослідження закономірностей функціонування особистісного адаптаційного потенціалу зумовило необхідність виокремлення *регуляторного ресурсу*. Ресурси регуляції різних форм активності людини постають як деякий функціональний потенціал, що забезпечує високий рівень досягнень (В. Бодров) [36]. Крім того, як зазначалося у попередньому параграфі, сама людина, самоорганізуючись та самодетермінуючи, вибудовує директиву саморозвитку і самореалізації на основі використання ресурсів організації саморуху (Е. Галажинський [59]).

У цьому контексті ми використали методики, які дають змогу з'ясувати рівень суб'єктивних ресурсів, завдяки яким майбутні медичні працівники забезпечують власні адаптаційні можливості. Однією з них є «*Методика діагностики стилю саморегуляції поведінки*» (ССП-98), засадничою для якої В. Моросанова вважає концепцію усвідомленої регуляції діяльності (О. Конопкін) та положення про індивідуально-стильові особливості саморегуляції діяльності (О. Конопкін, В. Моросанова). Методика спрямована на діагностику розвитку індивідуальної саморегуляції та її індивідуального профілю [153].

Опитувальник містить шість шкал, виділених відповідно до основних регуляторних процесів: планування, моделювання, програмування, оцінки результатів, а також регуляторно-особистісних властивостей – гнучкості і самостійності. Структура опитувальника така, що низка тверджень одночасно входять до складу двох шкал. Це стосується тих тверджень опитувальника, які характеризують як регуляторний процес, так і регуляторно-особистісну якість.

*Загальний рівень саморегуляції* характеризує загальний рівень сформованості індивідуальної системи саморегуляції довільної активності людини. Різні шкали питальника відображають сутність регуляторних процесів та регуляторно-особистісних якостей. Шкала *планування* виявляє особливості цілетворення та підтримання цілей, рівень сформованості у людини усвідомленого планування діяльності. Шкала *моделювання* дає змогу діагностувати індивідуальну розвиненість уявлень про систему зовнішніх і

внутрішніх значущих умов, ступінь їх усвідомленості, деталізованості та адекватності. Шкала *програмування* діагностує індивідуальну розвиненість усвідомленого програмування людиною своїх дій. Така шкала методики, як *оцінювання результатів*, визначає індивідуальну розвиненість й адекватність самооцінки досліджуваного стосовно результатів власної діяльності та поведінки. Шкала *гнучкість* діагностує рівень сформованості регуляторної мінливості, тобто здатності перебудовувати систему саморегуляції у зв'язку зі зміною зовнішніх і внутрішніх умов. Шкала *самостійність* характеризує розвиненість регуляторної автономності. Інтерпретація одержаних результатів здійснюється на основі аналізу піків і спадів ланок саморегуляції, що утворюють певний регуляторний профіль.

Більш детальну інформацію стосовно внутрішніх психологічних регуляторних резервів, використаних в адаптаційному процесі, можна отримати застосувавши опитувальник Ю. Куля *«Контроль за дією»* [168]. Він спрямований на виявлення індивідуальних стійких механізмів особистісної саморегуляції. До того ж інтерпретація результатів здійснюється за шкалами, що відображають три основні механізми особистісної саморегуляції. Шкала *«контроль за дією при плануванні»* характеризує контроль за процесами ініціювання дії. Шкала *«контроль за дією під час реалізації»* відображає контроль суб'єкта за процесами репрезентації мети та способів її досягнення. Шкала *«контроль за дією при невдачах»* фіксує контроль як минулих, так і майбутніх подій, здатних вплинути на здійснення дії (наприклад, успіх або невдача в минулій діяльності, а також очікування того чи іншого результату в майбутньому). Ми вважаємо, що саме підхід Ю. Куля дає змогу проникнути в механізм регуляції вибору, пояснюючи, чому одні люди здатні завершувати ситуацію вибору реалізацією наміру, а інші – ні.

Наступною методикою, що сприяла вивченню рівня суб'єктивних ресурсів, завдяки яким майбутні медичні працівники забезпечують власні адаптаційні можливості, є опитувальник *«Способи оволодіваючої поведінки»* Р. Лазаруса. Методика призначена для виявлення копінг-механізмів, способів подолання труднощів у різних сферах психічної діяльності, копінг-стратегій [116].

Опитувальник містить вісім копінг-стратегій, які умовно можна поділити на активні і пасивні, адаптивні та дезадаптивні. До активних стратегій належить стратегія «вирішення проблем» як базисна копінг-стратегія, що відображає усі варіанти поведінки людини, спрямовані на вирішення проблемної або стресової ситуації, і стратегія «пошук соціальної підтримки», що вказує на поведінку, мета якої – отримати соціальну підтримку від середовища. Пасивну копінг-поведінку представлено варіантами, що забезпечують базисну копінг-стратегію «уникнення», хоча деякі форми уникнення можуть мати активний характер. Отже, застосована нами методика Р. Лазаруса дає можливість розкрити внутрішній психологічний ресурс, за допомогою якого особистість адаптується до нового для себе середовища чи нової діяльності.

Тест *«Опитувальник втрати і набуття персональних ресурсів»* (автори Н. Водоп'янова, М. Штейн) діагностує співвідношення й динаміку персональних ресурсів людини за певний заданий часовий проміжок [55, с. 119–126]. Опитувальник розроблений авторами на основі ресурсної концепції психологічного стресу С. Хобфолла [276; 277]. Згідно з ресурсною концепцією, психологічний стрес і ризик «хвороб» адаптації виникає за умови порушення балансу між втратою і набуттям персональних ресурсів (С. Хобфолл). Психологічний стрес розвивається в ситуаціях трьох типів: ситуації, що становить загрозу втрати ресурсів; ситуації фактичної втрати ресурсів; ситуації відсутності адекватного відшкодування витрачених ресурсів, коли вкладання особистих зусиль або неможливе для досягнення бажаного результату, або значно перевищує одержуваний результат.

З допомогою опитувальника стає можливим вирахувати оцінку часової (за останні 1,5–2 роки) взаємодії втрат і надбань особистісних ресурсів. Ця методика є актуальною для будь-якого часового інтервалу життя: від півроку і більше. Виконанню тесту передує інструкція, у якій запропоновано заповнити дві частини опитувальника. «Оцініть, будь ласка, ступінь вираженості ваших відчуттів (переживань) стосовно *надбань* (за останні два роки), представлених у перерахованих нижче пунктах» та «Оцініть, будь ласка, ступінь вираженості

ваших почуттів (переживань) стосовно *втрат* (за останні два роки), представлених у перерахованих нижче пунктах». Оцінка проводиться за 5-бальною шкалою. Індекс ресурсності вираховуються за формулою:  $IP = \text{Надбання} / \text{Втрати}$ , де:  $IP < 0,8$  – низький рівень ресурсності;  $IP = 0,8-1,2$  – середній;  $IP > 1,2$  – високий. Що вищий індекс ресурсності, то вищий адаптаційний потенціал та нижча стресова вразливість.

Вивчення ресурсності особистості в контексті адаптації до професійної діяльності потребує звернення до *емотивного ресурсу*. Б. Додонов у концепції емоційної спрямованості аналізує емоційні переживання не тільки як виразників основної, оцінно-відображувальної функції, але і як самостійні цінності для особистості. Емоційна спрямованість може розглядатися як проекція спрямованості особистості на емоційну сферу, як відображення тих потреб і мотивів, що домінують у загальній спрямованості особистості. Цьому підходові співзвучна концепція нової позитивної психології М. Селігмана, на основі якої предметом дослідження постають позитивні почуття та пошук шляхів розвитку позитивних властивостей характеру і досягнення соціальної адаптованості.

Цей аспект особистісних ресурсів адаптації ми вивчали за допомогою декількох методик. Однією з них є тест «*Емоційний інтелект*» (Н. Холл). Він призначений для виявлення здатності розуміти ставлення особистості, що репрезентоване емоціями, і керувати емоційною сферою на основі прийнятих рішень [229, с. 57–59]. Тест складається з 30 тверджень і містить п'ять шкал: емоційна обізнаність; управління своїми емоціями (емоційне звільнення (відпущення), емоційна неригідність); самомотивація (довільне керування своїми емоціями); емпатія; розпізнавання емоцій інших людей (уміння впливати на емоційний стан інших людей). Опрацювання результатів передбачає виокремлення рівнів парціального та інтегрального емоційного інтелекту.

Інший тест використаний нами для операціоналізації емотивного компоненту – «*Самооцінка стресостійкості особистості*» [224]. Ми вважаємо, що професія медичного працівника є стресогенною, деякою мірою конфліктною (пацієнт–лікар, лікар–персонал), а отже, наповненою низкою негативних факторів,

які створюють нервозні стани і часто призводять до стресу. Тому визначення стресостійкості дасть можливість розкрити ті внутрішні емоційні резерви, які сприятимуть ефективній адаптації особистості до професійного середовища. Опертя на цей тест дозволяє визначити три рівні стресостійкості. Лише третій рівень не викликає стурбованості, тоді як перші два вказують на необхідність кардинально змінювати свій спосіб життя.

Методика діагностики *самооцінки психічних станів* Г. Айзенка уможливила виявити рівні чотирьох показників: тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності [184]. Особистісна тривожність свідчить про схильність індивіда до переживання тривоги, для якого характерний низький поріг виникнення реакції тривоги. Фрустрація виражає психічний стан, що виникає внаслідок реальної чи уявної перешкоди, який заважає досягненню мети. Агресія свідчить про підвищену психологічну активність, прагнення до лідерства, яке реалізується застосуванням сили щодо інших людей. А ригідність вказує на труднощі у зміні наміченої суб'єктом діяльності в умовах, що об'єктивно вимагають її перебудови. Методика діагностики самооцінки психічних станів, за Г. Айзенком, дає змогу реалізувати скринінговий зріз одночасно багатьох типологічних компонентів.

Діагностувати *агресивні та ворожі реакції* допоміг опитувальник, розроблений А. Бассом і А. Дарки (Buss-Durkey інвентаризації) [75]. Він складається із 75 тверджень, кожне з яких належить до одного з восьми індексів форм агресивних чи ворожих реакцій. За кількістю збігів відповідей з ключем підраховуються кожен показник, а також загальний індекс агресивності та індекс ворожості. Автори виокремили такі типи реакцій: фізична агресія – використання фізичної сили проти іншої особи; непряма агресія – опосередковано спрямована на іншу особу або ні на кого не спрямована; роздратування – готовність до прояву негативних почуттів при найменшому порушенні (запальність, грубість); негативізм – опозиційна манера поведінки від пасивного опору до активної боротьби проти встановлених звичаїв і законів; образа – заздрість і ненависть до оточуючих за скоєні та вигадані дії; підозрілість – у діапазоні від недовіри і обережності стосовно людей до переконання, що вони планують заподіяти шкоду;

вербальна агресія – вираження негативних почуттів – як через форму, так і через зміст словесних відповідей; почуття провини – виражає можливе переконання суб'єкта в тому, що він є поганою людиною, від якої надходить зло.

Індекс ворожості містить 5-ту (образа) та 6-ту (підозрілість) шкали, а індекс агресивності (як прямої, так і мотиваційної) – шкали 1 (фізична агресія), 3 (роздратування), 7 (вербальна агресія). Нормою агресивності є величина її індексу, що дорівнює  $21 \pm 4$ , а ворожості  $6,5-7 \pm 3$ . До того ж зосереджено увагу на можливість досягнення певної величини, що показує ступінь прояву агресивності.

Під час аналізу емпіричних даних застосовано методи *математичної статистики*: параметричні критерії (t-критерій Ст'юдента; r-критерій Пірсона); непараметричний критерій (tau-b – критерій Кендалла); метод кластерного та факторного аналізу. Критичні значення цих критеріїв враховувалися на підставі прийнятих у математичній статистиці умов їх застосування та обмежень [99; 161].

Основним завданням кластерного аналізу є побудова класифікації, а точніше «... виокремлення груп об'єктів з огляду на їхню подібність за вимірними ознаками» [161, с. 297]. Ми використали ієрархічну кластеризацію як найбільш гнучкий метод кластерного аналізу, що дає змогу не тільки детально розглянути структуру відмінностей між об'єктами, але й вибрати найоптимальнішу кількість кластерів. Дистанційною мірою був обраний квадрат евклідової відстані, «... згідно з яким відстань між об'єктами дорівнює сумі квадратів різниць між значеннями однойменних змінних» [там само, с. 298–299].

Вихідними змінними кластеризації слугували показники адаптивності, одержані за однойменною шкалою «Методики діагностики соціально-психологічної адаптації» К. Рождерса і Р. Даймонд. На кожному етапі аналізу емпіричних даних цю особистісну властивість було включено в кластеризацію з визначеними особистісними ресурсами адаптації. Попередньо розраховано оптимальну кількість кластерів, що дорівнювала різниці кількості спостережень і кількості кроків, після яких коефіцієнт стрімко зростав. У результаті кластеризації виокремлено три групи майбутніх медичних працівників з різним показником рівня адаптованості: *високим, середнім та низьким*.

Для визначення внутрішньої структури особистісних ресурсів та їх місця в системі соціально-психологічної адаптації студентів застосовано *факторний аналіз*. Цей метод у психології активно використовують для встановлення зв'язку змінної однієї ознаки зі зміною іншої ознаки, визначення його зв'язку і виявлення факторів, що є основою цих змін. За допомогою факторного аналізу значно скорочено кількість змінних в експерименті, а також їх класифікацію. Окрім цього, результати факторного аналізу дають змогу використовувати такий засіб наукового аналізу, як графічне представлення отриманих даних, а також в наочно і компактно презентувати увесь обсяг цих даних.

Отже, різноманіття наявних у світовій психологічній науці концепцій адаптації, особистісних ресурсів, спрямованості і мотивації особистості, з одного боку, і різних концепцій емоційної сфери особистості, психічних станів, їх динамічних характеристик і ролі в забезпеченні стресостійкості особистості – з іншого, зумовлює складність пошуків того доцільного поєднання концептуальних підходів, яке б сприяло поясненню феноменів поведінки людини в напружених життєвих ситуаціях, що в умовах щораз більшого процесу глобалізації стають, по суті, повсякденним явищем нашого життя. Дослідження особистісних ресурсів адаптації може розглядатися як крок у напрямку вирішення проблеми підготовки майбутніх фахівців до професійної діяльності.

*Третій етап* охоплював підготовку та саме проведення емпіричного дослідження. Уточнено інструкції використання в дослідженні загальновідомих тестів та опитувальників, розроблено авторські методики, а також апробовано їх у пілотному дослідженні. За його наслідками зроблено висновки про доступність та зручність їх використання, а також зрозумілість для досліджуваних нами майбутніх медичних працівників.

На основній стадії дослідження відбувався збір емпіричного матеріалу з подальшим його якісним та кількісним (математично-статистичним) опрацюванням. Статистична обробка здійснювалася за допомогою статистичного пакету програм SPSS Statistics 17, IBM SPSS Statistics 21. Одержані результати представлені у вигляді таблиць, діаграм, рисунків.

На *четвертому*, заключному *етані* узагальнено та систематизовано отримані результати, розроблено типологію особистісних ресурсів, що сприяють адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності.

Результати проведеного дослідження презентовано на Міжнародних і Всеукраїнських науково-практичних конференціях та наукових семінарах. Основні наукові здобутки опубліковано у провідних вітчизняних та міжнародних наукових виданнях з психології.

На нашу думку, використані у дослідженні методи, логічність та адекватність їх застосування відповідно до мети дослідження, організація різних етапів дослідження дають підстави вважати вірогідними, валідними та надійними отримані результати і зроблені на їхній основі висновки.

## **2.2. Адаптованість майбутніх медичних працівників до професійної діяльності та її психологічні особливості**

Сьогодні існує безліч підходів до аналізу поняття адаптації, однак найпоширенішим є виокремлення трьох її видів: пристосування до реальних обставин злиттям із середовищем і самозмінною; перетворення середовища; адаптація унаслідок самоусунення або відходу із середовища [9]. Згідно з першим, основним розумінням, *адаптація є пристосуванням*, що виявляється у конформності, погодженні і поступливості вимогам ситуації або довкілля. У цьому визначенні важливо те, що адаптація передбачає зміну себе, свого Я під впливом зовнішніх факторів. Тому ті, хто не відповідає запровадженім у культурі нормам і цінностям, вважаються погано адаптованими, або маргіналами. До цієї категорії нерідко потрапляють творчі особистості, які не здатні або не бажають адаптуватися до сучасного стилю життя і звичаїв. У цьому випадку простежується певна суперечність між творчістю та адаптацією. Якщо згадати перші уявлення про креативність, то всі вони переважно фокусувалися на патології творців, на невротичній природі творчого генія і описували творчих людей як розумово хворих.

*Адаптація шляхом перетворення середовища* полягає в модифікації або зміні довкілля відповідно до потреб індивіда. Ця форма адаптації часто подібна до новаторської, девіантної поведінки та супроводжується створенням нових способів вирішення проблемних ситуацій, у результаті яких з'являються нові цінності і здійснюються нововведення у тих чи інших галузях культури. Таке розуміння адаптації найближче до діяльності видатних людей, які перетворюють дійсність, розвиваючи свої ідеї, в подальшому впливають на життя наступних поколінь [9; 17]. Нерідко результати такої новаторської, творчої адаптації виявляються дуже корисними для суспільства загалом, але мала група або організація, членом яких є особистість, всіляко обмежує її активність унаслідок властивого всім групам опору новому. У цьому випадку активність особистості з позицій усього суспільства є адаптивною в позитивному сенсі, але з позицій малої групи – навпаки, девіантною та дезадаптивною.

Третій вид адаптації пов'язаний із *самоусуненням або виходом із середовища*. Цей шлях актуалізується тоді, коли два попередніх типи адаптації не вдалося реалізувати через неможливість прийняти суспільні цінності як свої, з одного боку, і нездатність змінити або підкорити навколишній світ – з іншого. У людини може зникнути відчуття власної цінності або цінності того, що є навколо неї. Адаптація виходом із ситуації часто трапляється в тих випадках, коли виникає відчуття неможливості як прийняття навколишнього світу, так і зміни його. Наслідком цього є занурення у свій внутрішній світ, світ фантазії тощо. Люди можуть вдатися до творчої діяльності, оскільки це допомагає їм виражати свої почуття, а отже, є способом адаптації. Проте особистісно вони не удосконалюються, позаяк для оптимального розвитку необхідно не втікати від ситуації, а прагнути вирішити її.

Отже, адаптація є ефективною для людини, якщо вона може якось змінити навколишній світ у бік відповідності власним потребам. Це не обов'язково повинно бути кардинальне перетворення. Адаптація може виражатися зміною ставлення до здібностей індивіда і створенням оптимальних умов для його розвитку з боку суспільства.

Адаптація не однакова у представників різних професій. Для людей творчих професій (культура, мистецтво тощо) більшої уваги потребує врахування їхніх індивідуальних здібностей та потреб (дозволити більше фантазувати, бути більш креативним). В освітній галузі разом зі стандартизованістю багатьох процесів помітне прагнення до свободи реалізувати професійні функції (новаторські ідеї у викладанні, модернізація технології навчального процесу тощо). Набагато важче процес адаптації відбувається в медичній сфері, де поведінку медичного працівника різних рівнів визначено протоколом дій. Тому адаптація до такого середовища потребує значних зусиль та особистісних ресурсів, щоб змінити себе, своє Я під впливом зовнішніх факторів.

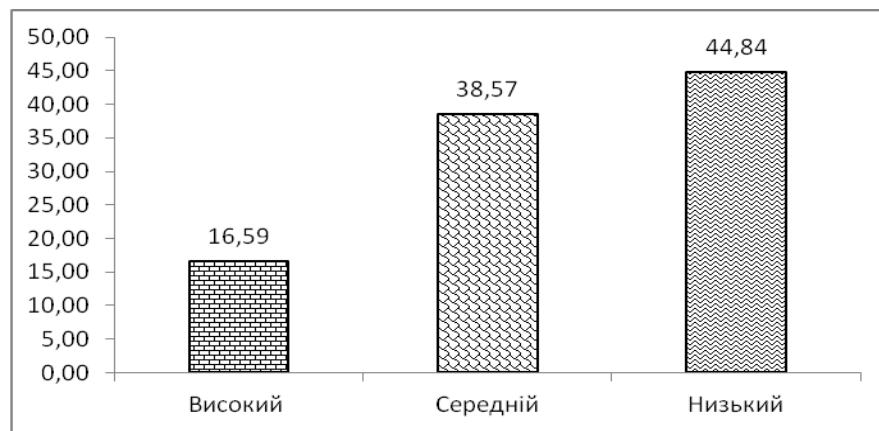
У теоретичній частині роботи ми вказали на виокремлення різних видів адаптації – психологічної, особистісної, професійної. Проте у дисертації послуговуємося й терміном «соціально-психологічна адаптація». Ми вважаємо, що він перекриває своїм концептуальним полем усі означені вище види адаптації, а тому вживається як змістовно ширший. З огляду на це для діагностики адаптивності (перша шкала методики) як особистісної властивості майбутніх медичних працівників, що лягла в основу виокремлення рівнів адаптованості, була використана «Методика діагностики соціально-психологічної адаптації» К. Рождерса і Р. Даймонд із ключовими вісьма показниками: адаптивність–дезадаптивність, прийняття себе–неприйняття себе, прийняття інших–неприйняття інших, емоційний комфорт–емоційний дискомфорт, внутрішній контроль–зовнішній контроль, домінування–підлеглість, ескапізм, шкала брехні. Крім того, опрацьовуючи результати, можна діагностувати не тільки рівень адаптованості людини, але й з'ясувати чинники, що її детермінують.

Рівень адаптованості досліджуваних нами респондентів визначався на початковому етапі їх професіоналізації. Одержані результати дали можливість виокремити три групи студентів-майбутніх медичних працівників: з високим, середнім та низьким рівнями. Цьому сприяло застосування кластерного аналізу як багатовимірної статистичної процедури, що використовується для створення

класифікацій упорядкуванням об'єктів у порівняно однорідні класи на основі їх попарного порівняння за заздалегідь визначеними і вимірними критеріями. Одним із методів кластерного аналізу є ієрархічні агломеративні методи, серед яких виокремлюють: метод одиночного зв'язку, або найближчого сусіда; метод повного зв'язку, або далекого сусіда; метод середнього зв'язку, або зв'язку між групами. Ієрархічні методи визнані найточнішими методами кластеризації. Кожне спостереження утворює спочатку свій окремий кластер. На першому кроці два сусідні кластери об'єднуються в один. Цей процес може тривати доти, поки не залишаться два кластери. У нашому дослідженні застосовувалися два основні методи кластерного аналізу. Спершу для визначення оптимальної кількості кластерів використовувався метод зв'язку між групами, а потім, після попередньої кластеризації за допомогою ієрархічних методів, – метод k-середніх, оскільки він потребує заздалегідь заданої кількості кластерів. Мірою подібності послуговував квадрат евклідової відстані.

Актуальною проблемою, що виникає при використанні кластерного аналізу, є визначення кількості кластерів. Ієрархічний аналіз не передбачає усталених формальних критеріїв виокремлення кількості кластерів. А тому вони часто визначаються виходячи зі змістових міркувань дослідження. Однак для попереднього окреслення їх оптимальної кількості можна звернутися до таблиці послідовності агломерацій, що дає змогу простежити динаміку збільшення розходжень за кроками кластеризації і виявити крок, для якого характерне різке зростання відмінностей (зріст коефіцієнта агломерації). Показником оптимальної кількості кластерів послуговував коефіцієнт порядку агломерації. Крім кількісного способу визначення кластерів, застосовано аналіз дендрограм, що дає змогу наочно уявити розбиття спостережень на групи. Оптимальну висоту зрізу ієрархічного дерева вибрано з урахуванням можливості змістової інтерпретації одержаних кластерів та їх статистичної значущості. Ключовою змінною, за якою здійснювалася категоризація обох груп, був показник «адаптивності–дезадаптивності».

За наслідками проведеної кластеризації виокремлені групи досліджуваних, що відрізняються вираженістю рівня адаптованості. Зокрема, перша група респондентів з найвищим показником адаптованості виявилася найменш чисельною (рис. 2.2). Усього 16,6% респондентів переживають стан адаптованості до того середовища, у якому вони перебувають. У 38,6% майбутніх медичних працівників був діагностований середній його рівень. На час навчання у коледжі це доволі прийнятний показник, позаяк є багато чинників «непрофесійного» плану, які можуть його знижувати. На глибші роздуми наштовхує третя, численна група (44,8%), де рівень прояву адаптації найнижчий.



**Рис. 2.1. Кількісні показники груп з різним рівнем адаптованості**

Таким респондентам доводиться докладати максимальних психофізіологічних зусиль для того, щоб гармонізувати свій стан. Відмінності в рівнях адаптованості майбутніх медичних працівників різних груп статистично вірогідні за *t*-критерієм Ст'юдента (табл. 2.2).

*Таблиця 2.2*

**Показники статистичної значущості груп з різним рівнем адаптованості**

| Рівні    | Рівні адаптованості |          |         | $t_{кр}$      |
|----------|---------------------|----------|---------|---------------|
|          | Високий             | Середній | Низький |               |
| Високий  |                     | 9,30     | 16,7    | $p \leq 0,01$ |
| Середній | 9,30                |          | 8,40    | $p \leq 0,01$ |
| Низький  | 16,7                | 8,40     |         | $p \leq 0,01$ |

Різний рівень адаптованості особистості містить низку змістових особливостей, що виражаються на особистісному та функціонально-професійному

рівнях. Зокрема, суб'єкти з високим рівнем психологічної адаптованості адекватніше оцінюють ситуацію та себе у ній, а звідси адекватніше емоційно реагують на неї. Це, на нашу думку, пов'язано з достатнім рівнем розвитку емоційно-вольових якостей, регуляторної здатності, самоконтролю, а отже, впевненості в собі. А низька адаптованість може детермінуватися депресією, тривожністю, негативним самопочуттям, фрустрацією як показником переживання кризових станів тощо.

Адаптованість відображається на функціонально-професійному, а саме – на засвоєнні суб'єктом професійних дій та операцій, які він виконує. Окрім згаданих вище особистісних чинників, функціонально-професійний рівень адаптованості формується на основі мотивації досягнення успіху у співвідношенні з мотивацією уникнення невдач, рівня потреби таких досягнень, наявності актуальності професійних цінностей та внутрішнього локусу контролю з високим показником відповідальності тощо. У підсумку ці два рівні формують мотиваційну сферу особистості.

Зрозуміло, що певне соціокультурне, професійне середовище формує свої вимоги й особливості поведінки людини в ньому. А тому нагальними стають ті особистісні ресурси, які забезпечать достатню адаптацію особистості. Щоб з'ясувати це, ми провели кореляційний аналіз (використано коефіцієнт кореляції Кендала), функцію змінних у якому виконували параметри адаптованості (за методикою К. Роджерса та Р. Даймонд): адаптивність–дезадаптивність, прийняття себе–неприйняття себе, прийняття інших–неприйняття інших, емоційний комфорт–емоційний дискомфорт, внутрішній контроль–зовнішній контроль, домінування–підлеглість, ескапізм. Проведений кореляційний аналіз засвідчив додатний статистично значущий інтеркореляційний зв'язок між згаданими шкалами, та від'ємний – зі шкалою ескапізм.

На основі представлених у таблиці даних (табл. 2.3) можна констатувати очевидність взаємозв'язку показника адаптивності у досліджуваних нами майбутніх медичних працівників та низки особистісних якостей, серед яких: здатність приймати себе та інших, емоційний комфорт, інтернальність та

прагнення домінувати. Водночас, якщо з переліченими особистісними властивостями спостерігається додатний кореляційний зв'язок, то зі шкалою ескапізм – від'ємний ( $-0,247$  при  $p \leq 0,01$ ). А це означає: що вищою є адаптованість особистості до наявного середовища, то менше виникає бажання ухилитися, втекти, сховатися від неприємних фізичних і психічних аспектів реального життя у вигаданий світ. Такий захисний механізм властивий, зазвичай, особистостям з низьким рівнем адаптованості.

Таблиця 2.3

**Показники інтеркореляції складових соціально-психологічної адаптації  
майбутніх медичних працівників (загалом за вибіркою)**

| <i>Tau</i> -Кендала  | Адаптація | Само-<br>прийняття | Прийняття<br>інших | Емоційний<br>комфорт | Внутрішній<br>контроль | Прагнення до<br>домінування | Ескапізм |
|----------------------|-----------|--------------------|--------------------|----------------------|------------------------|-----------------------------|----------|
| <b>Адаптивність</b>  |           | 0,396**            | 0,241**            | 0,404**              | 0,417**                | 0,279**                     | -0,247** |
| Самоприйняття        | 0,396**   |                    | 0,435**            | 0,550**              | 0,355**                | 0,337**                     | -0,107*  |
| Прийняття<br>інших   | 0,241**   | 0,435**            |                    | 0,529**              | 0,299**                | 0,212**                     | -0,192** |
| Емоційний<br>комфорт | 0,404**   | 0,550**            | 0,529**            |                      | 0,495**                | 0,364**                     | -0,193** |
| Інтернальність       | 0,417**   | 0,355**            | 0,299**            | 0,495**              |                        | 0,283**                     | -0,201** |
| Домінування          | 0,279**   | 0,337**            | 0,212**            | 0,364**              | 0,283**                |                             | -0,034   |
| Ескапізм             | -0,247**  | -0,107*            | -0,192**           | -0,193**             | -0,201**               | -0,034                      |          |

Прим.: \*\*Кореляція значуща на рівні 0.01 ; \*Кореляція значуща на рівні 0.05.

Представлені результати свідчать про цілісність та валідність внутрішньої структури методики. Водночас нас більшою мірою цікавить змістовий аспект внутрішньої структури процесу адаптації. Тому наступний крок у вивченні ключових детермінант адаптованості студентів медичного коледжу полягав у визначенні адаптаційного ядра у досліджуваних – як усієї вибірки, так і залежно від рівня їх адаптованості. Проведений факторний аналіз одержаних показників за усією вибіркою засвідчив наявність двох факторів, повна пояснена дисперсія яких більша за 1 (додаток А, табл. А1). Сумарно ці два фактори пояснюють 64,7% розсіву дисперсії, що вважається доволі високим показником.

У першому факторі, що пояснює 48,494% дисперсії, були отримані два полюси значень. Високі факторні навантаження з додатною кореляцією продемонстрували такі змінні, як «прийняття інших» (0,764), «емоційний комфорт» (0,651) та «самоприйняття» (0,645) (табл. 2.4). Це свідчить про соціальну орієнтованість респондентів, прагнення до соціальних контактів, взаємодії з людьми, за рахунок яких вони здобувають емоційний комфорт (при позитивному досвіді), що впливає на їхнє самоприйняття. Домінування показників за шкалою «прийняття інших» свідчить, що вони сприймають життя таким яким воно є і адекватно оцінюють себе з боку. Досліджувані нами респонденти, незаангажовані стереотипним мисленням, ілюзіями, серед яких і ілюзіями щодо себе, прагнуть максимально насолоджуватися життям. Цей фактор ми назвали «Соціальна комфортність».

Таблиця 2.4

**Матриця повернутих компонент факторного аналізу структури адаптивності у майбутніх медичних працівників**

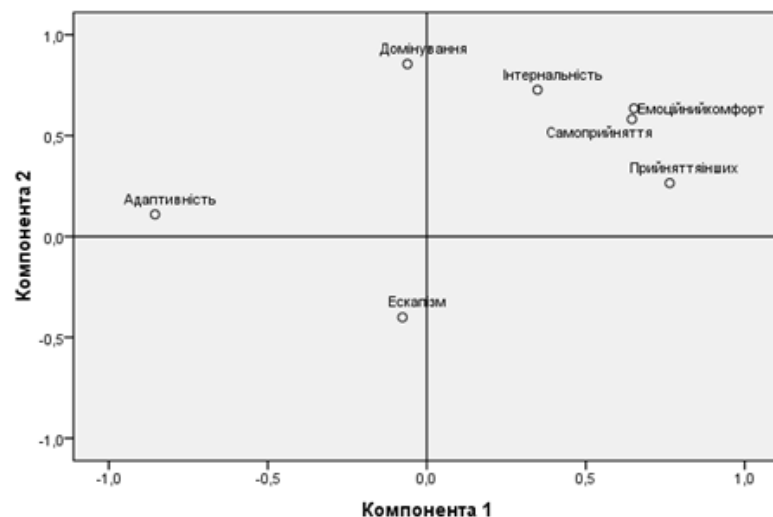
|                   | Компонента             |                           |
|-------------------|------------------------|---------------------------|
|                   | Соціальна комфортність | Інтернальна домінантність |
| Адаптивність      | <b>-0,855</b>          | 0,109                     |
| Самоприйняття     | 0,645                  | 0,582                     |
| Прийняття інших   | <b>0,764</b>           | 0,265                     |
| Емоційний комфорт | 0,651                  | 0,635                     |
| Інтернальність    | 0,348                  | <b>0,727</b>              |
| Домінування       | -0,061                 | <b>0,855</b>              |
| Ескапізм          | -0,076                 | -0,401                    |

Шкала «адаптивність» має високе факторне навантаження з від'ємним знаком (-0,855). Причиною цього є домінування середнього (38,8% респондентів) та низького (44,9% респондентів) рівнів адаптованості досліджуваних нами респондентів.

У другому факторі з 16,217% від загальної дисперсії високі факторні навантаження отримали такі змінні: «домінування» (0,855), «інтернальність» (0,727) та «емоційний комфорт» (0,635). Цей фактор ми назвали «Інтернальна домінантність», позаяк найвищі факторні навантаження одержали змінні, що

вказують на прагнення домінування та внутрішнім самоконтролем досягати емоційного комфорту. Суб'єктам, схильним до внутрішнього контролю, властиво вірити в те, що вони можуть керувати своєю долею, вони не знижують рівень своїх очікувань після багатьох невдач і зберігають відчуття контролю над навколишніми, обставинами, навіть якщо їх поведінка часто залишається без винагороди. Водночас це стає можливим завдяки їх прагненню займати пріоритетні позиції в ієрархії соціальних взаємин. Останнє виявляється у прагненні контролювати своє соціальне довкілля, впливати на інших, радити, переконувати, наказувати тощо.

Як у першому, так і у другому факторі відсутній кореляційний зв'язок зі шкалою «адаптивність», що свідчить про відсутність повноцінної адаптації. Отже, йдеться про забезпечення емоційного комфорту, що не тотожне адаптованості. Зокрема, адаптивність виявляється у погодженості, а неадаптивність — в неузгодженості мети і результату. Неадаптивність вказує на суперечливі відношення між намірами людини та її діями, задумом і втіленням, спонуканням до дії і її підсумками. Графічно місце адаптованості у структурі виокремлених факторів представлено на рисунку 2.2.



**Рис. 2.2. Графік компоненти «адаптивність» у двохвимірному повернутому просторі**

Це неминуха і нерозв'язана суперечність, яку виражено у філософських тенденціях: «жити — отже, померати», «пізнання є просування до знання про своє

незнання», «висловлена думка є брехнею» тощо. Деякі ірраціональні дії людини пояснюються наявністю неадаптивних мотивів. Зокрема, ірраціональними видаються такі вчинки, як «невмотивований» ризик, невинуватана ворожість, постановка свідомо не розв'язуваних завдань тощо.

Щодо емоційного комфорту, то це стан упевненості, спокою, зручності, коли людина усім задоволена, оптимістична, відкрито висловлює свої почуття, позбавлена страху і тривоги, тоді як емоційний дискомфорт є станом, який переживають як неприємне, тяжке, здатне порушити звичну, нормальну діяльність. Емоційний дискомфорт супроводжується тривогою, неспокоєм, страхом, афективною напруженістю, невпевненістю в собі, надмірною заклопотаністю, пригніченістю, неприємними передчуття тощо.

Однак цікавими видаються результати аналізу прояву адаптивності в майбутніх медичних працівників залежно від рівня їх адаптованості. Як уже зазначалося, значна частина респондентів виявилася слабоадаптованою до майбутньої професійної діяльності (44,8%), більше третини (38,6%) характеризує середній рівень адаптації і лише 16,6% можна вважати достатньо адаптованими. Щоб з'ясувати внутрішню структуру адаптованості в майбутніх медичних працівників з різними рівнями її прояву, ми провели факторний аналіз, у якому корельованими змінними також стали шкали методики К. Роджерса та Р. Даймонд.

У групі респондентів з високим рівнем адаптованості у процесі факторного аналізу за методом головних компонент з Варімакс обертанням (нормалізація Кайзера) було виокремлено три фактори (табл. 2.5), що охоплюють 85,91% пояснюваної дисперсії (додаток А, табл. А2). Одержаний результат підтвердив висунуте нами припущення, що у майбутніх медичних працівників ключову позицію займає не адаптивність як особистісна властивість, а психологічний комфорт як стан, що забезпечує впевненість, спокій, зручність тощо.

Перший фактор – *«Емоційне самозадоволення»* – пояснює 36,835% дисперсії. Найбільше навантаження у ньому має змінна «емоційний комфорт» (0,910), що свідчить про стан спокою. Друга за важливістю та факторним

навантаженням змінна «самоприйняття» (0,817) вказує на здатність майбутніх медичних працівників сприймати реальність такою, якою вона є – без прикрас та фантазій. Свідченням цьому є доволі високе факторне навантаження шкали ескапізм (–0,505), що на статистично значущому рівні від’ємно корелює із цим фактором.

Таблиця 2.5

**Розподіл дисперсій факторів структури адаптивності майбутніх медичних працівників з різними рівнями адаптованості**

| Ідентифіковані фактори        | Інформативність факторів | Сумарна дисперсія |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------|
| Високий рівень адаптованості  |                          |                   |
| Емоційне самозадоволення      | 36,835%                  | 85,91%            |
| Квазіадаптивність             | 30,664%                  |                   |
| Домінування                   | 18,40%                   |                   |
| Середній рівень адаптованості |                          |                   |
| Впевненість                   | 32,53%                   | 74,73%            |
| Конформність                  | 25,557%                  |                   |
| Самоконтроль                  | 16,65%                   |                   |
| Низький рівень адаптованості  |                          |                   |
| Емоційний конформізм          | 50,13%                   | 50,13%            |
| Імперативна адаптивність      | 17,70%                   |                   |
| Уникнення                     | 15,21%                   |                   |

Другий фактор, що пояснює 30,664% дисперсії, утворений трьома ключовими змінними, які мають найвище факторне навантаження: інтернальність (0,882), адаптація (0,807) та ескапізм (0,729). Відчуття адаптованості в респондентів виникає завдяки високому внутрішньому самоконтролю, що потребує значних особистісних та психічних ресурсів. Проте виходом із цієї ситуації є прагнення абстрагуватися від сірої буденності у світі ілюзій. Це своєрідний захисний механізм, який не дає досліджуваним енергетично виснажуватися. Цей фактор ми назвали «Квазіадаптивність».

Третій фактор для групи респондентів з високим показником рівня адаптованості утворений двома суперечливими (за характером факторних навантажень) змінними: «прийняття інших» (–0,844) та «домінування» з факторною вагою 0,805. Цей фактор, що пояснює 18,40% дисперсії, названо

«Домінування». Прагнення домінувати як боротьба за пріоритетні позиції в соціумі свідчить про їх небажання контролювати своє соціальне довкілля, впливати на інших, пригнічуючи своєю наполегливістю та рішучістю. Це засвідчує від'ємний кореляційний зв'язок змінної «прийняття інших» ( $-0,844$ ) із цим фактором.

Отже, для майбутніх медичних працівників із високим показником рівня адаптованості характерне емоційне самозадоволення, основою якого слугує емоційний комфорт та позитивне самоприйняття. Відчуття адаптованості в них формується завдяки достатньому рівню самоконтролю, а також домінуванню над іншими. Схильність домінувати дає їм можливість контролювати як ситуацію, так і людей, що є довкола них.

Друга група, результати якої піддавалися факторному аналізу, – група із середнім рівнем адаптованості. Як і в попередньому випадку, унаслідок факторизації було виокремлено три фактори (табл. 2.5.), що сукупно пояснюють 74,73% дисперсії. Порівняно із попередньої групою описаних нами респондентів, внутрішня структура їх адаптаційного процесу дещо інша. Зокрема, перший фактор «Впевненість» (пояснює 32,53% розсіву дисперсії) утворений такими змінними, як «домінування» з факторною вагою 0,837 та «самоприйняття», що корелює з фактором зі значенням 0,787. Отже, емоційний комфорт (0,530) виникає завдяки переважній (0,837) соціальній позиції, що виявляється у прагненні контролювати соціальне довкілля та відсутності внутрішнього особистісного конфлікту, вираженого змінною «самоприйняття» (0,787).

Другий фактор цієї групи респондентів ми назвали «Конформність». Він пояснює 25,557% розсіву дисперсії. Головною системотвірною змінною тут виявилася «адаптивність» з факторним навантаженням 0,896. Усереднені показники за цієї шкалою свідчать про помірне задоволення поставлених цілей, а отже, середній рівень адаптованості. На відміну від групи з високим показником рівня адаптованості, у цих респондентів відчуття адаптованості виникає завдяки «прийняттю інших» (0,572), а саме, – здатності приймати інших такими, які вони є, з визнанням їхнього права на власну позицію та думку, без будь-яких

застережень. За таких обставин їм не потрібно занурюватися у світ фантазій та ілюзій ( $-0,668$ ), позаяк їхні очікування цілком реалістичні та не пов'язані з емоційним комфортом.

Третій фактор – «*Самоконтроль*» – ґрунтується на контролі власних дій та поведінки. Він пояснює 16,65% розсіву дисперсії. Домінування змінної «інтернальність» з факторним навантаженням 0,915 вказує на їх схильність до внутрішнього самоконтролю, опору на власні сили та цілеспрямованість у досягненні мети. Це фактор, який розкриває здатність студентів досягати поставлених цілей, незважаючи на наявність можливих перешкод чи невдач. Проте роблять вони це, замкнувшись у собі, відсторонившись від довкілля, поринувши у світ фантазій та ілюзій (0,523). Саме це сприяє досягненню емоційного комфорту (0,572).

Отже, респонденти із середнім рівнем адаптованості видаються самодостатніми особистостями, з фіксованою, не завжди конструктивною позицією у вирішенні суперечливих ситуацій. Водночас розвинений внутрішній самоконтроль дає їм змогу емоційно комфортно зберігати свій статус-кво у взаємодії з однолітками, а отже, почуватися адаптованими.

I, нарешті, третя група досліджуваних нами майбутніх медичних працівників характеризується, порівняно з іншими, нижчим рівнем адаптованості. У цій групі також були виокремлені три фактори, власні значення яких виявилися більшими за 1 (табл. 2.5.). У першому факторі, що пояснює 50,13% дисперсії, основні факторні навантаження отримали такі змінні, як «прийняття інших» (0,949), «самоприйняття» (0,884) та «емоційний комфорт» (0,872). За змістовим наповненням цей фактор подібний до першого фактора респондентів з високим рівнем адаптованості. Проте якщо в них на першому плані було «емоційне самозадоволення», то у досліджуваних з низьким рівнем додається чинник «прийняття інших». А тому можна говорити про так званий «*Емоційний конформізм*», коли емоційний комфорт як «замінник» адаптивності ґрунтується на прийнятті інших задля уникнення непорозумінь та самоприйнятті, що забезпечує

від внутрішніх колізій. Ця ситуація далека від дійсної адаптованості, коли нове середовище розвиває, збагачує особистісний досвід.

Другий фактор за структурою подібний до значень респондентів з високим показником адаптованості. Він пояснює 17,70% дисперсії і названий нами *«Імперативна адаптивність»*. Однак якщо адаптація першої групи забезпечується внутрішнім самоконтролем та ескапізмом, то слабоадаптовані – «домінуванням–підкоренням» (0,763), що посилені «внутрішнім самоконтролем» (0,573). У респондентів цієї групи однаково представлені як прагнення домінувати, так і підкорення. Тому адаптація дається їм або надмірними зусиллями, або банальним погодженням зі всім (поко́ра ситуації).

Третій фактор – *«Уникнення»* – пояснює 15,21% дисперсії. Він утворений домінуванням однієї змінної – ескапізму (0,964). На нашу думку, саме нестабільність вибору, непослідовність, що спостерігається у другому факторі, створює напружену, а іноді й стресову ситуацію, на яку студенти постійно реагують. А задля позбавлення себе енергетичного виснаження вони занурюються у світ ілюзій, застосовуючи тактику уникнення. Внутрішня структура такої особистісної властивості, як адаптивність у цих респондентів спрямована на забезпечення емоційної конформності, ключовими факторами якої є «емоційний конформізм», що полягає в прийнятті інших та самоприйнятті. Прагнення домінувати та внутрішньо контролювати («імперативна адаптивність»), а також схильність заглиблюватися у внутрішній світ шляхом створення ілюзій («ескапізм») є одним із механізмів психологічного захисту, який створює ілюзію адаптованості. Окрім цього, ми припускаємо, що рівень адаптації значною мірою визначається різноманітними особистісними якостями та властивостями, одними з яких є різні форми прояву агресії у студентів.

Отже, адаптація до професійного середовища потребує від майбутніх медичних працівників значних зусиль та особистісних ресурсів, щоб адекватно реагувати на вимоги діяльності та зовнішні фактори, пов'язані з її особливостями. Представлені результати свідчать про наявність внутрішньої, змістової своєрідності у прояві адаптивності майбутніх медичних працівників. А тому

важливо акцентувати не так на якості адаптованості до середовища, як на властивості адаптивності особистості. Основною проблемою є пошук таких особистісних ресурсів, які давали б змогу, варіюючи зовнішні параметри, знаходити точки дотику з будь-яким середовищем і при цьому зберігати ядро особистості. Тобто важливо знайти ті особистісні властивості й професійно значущі якості, які б у процесі взаємодії з професійним середовищем сприяли збереженню і розвитку професійної Я-концепції майбутнього фахівця.

## **Висновки до розділу 2**

1. У другому розділі висвітлено процедурно-методичну організацію емпіричного вивчення особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності. Складено програму дослідження, а використані методи та діагностичні методики представлено в карті емпіричного дослідження особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності. Охарактеризовано діагностичні методики, що підтверджують операційну валідність проведеного дослідження.

2. Висвітлено особливості прояву адаптованості майбутніх медичних працівників на початковому етапі професіоналізації. На основі кластерного аналізу виокремлено рівні (високий, середній та низький) адаптованості майбутніх медичних працівників до умов професійної діяльності. Установлено, що респонденти з різними рівнями її прояву володіють власною внутрішньою структурою адаптивності, відмінною від інших. У добре адаптованих респондентів домінує емоційне самозадоволення, основою якого є емоційний комфорт та позитивне самоприйняття. Майбутні медичні працівники з середнім рівнем адаптованості доволі конформні, вони володіють розвиненим внутрішнім самоконтролем, що дає їм можливість емоційно комфортно зберігати свій статус-кво у взаємодії з навколишніми, а отже, почуватися адаптованими. У респондентів з низьким рівнем адаптованості виявлено емоційну конформність, ключовими факторами якої є емоційний конформізм, агресивна адаптивність та ескапізм.

*Основний зміст розділу відображений у таких публікаціях автора:*

1. Галян А. І. Соціально-психологічні аспекти адаптаційної здатності майбутніх медичних працівників / А. І. Галян // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. – Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2016. – Вип. 1. – Т. 1. – С. 20–26.
2. Halian A. Personality resources of future specialists' self-regulation in their professional adaptation / Ihor Halian, Andrii Halian // European Humanities Studies : State and Society / Europejskie Studia Humanistyczne : Państwo i Społeczeństwo. – 2016. – № 1. – P. 103–114.
3. Галян А. І. Методичні аспекти вивчення особистісного адаптаційного ресурсу у процесі підготовки майбутніх медичних працівників до професійної діяльності / А. І. Галян // Актуальні проблеми психології : [зб. наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України]. – Т. IX : Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія. – К. : Талком, 2016. – Вип. 9. – С. 124–132.
4. Галян А. І. Особистісний ресурс та самоактуалізація особистості майбутнього медичного працівника / А. І. Галян // Actual questions and problems of development of social science : International scientific-practical conference (June 28–30, Kielce). – Kielce : Holy Cross University, 2016. – P. 102–105.

### РОЗДІЛ 3

## ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ ОСОБИСТІСНИХ РЕСУРСІВ АДАПТАЦІЇ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

### 3.1. Мотиваційно-ціннісний ресурс адаптації майбутніх медичних працівників

#### 3.1.1. Психологічний аналіз мотивації професійного вибору майбутніх медичних працівників

Адаптація майбутнього медичного працівника починається задовго до початку трудової діяльності і пов'язана з низкою етапів професіоналізації людини. Одним із перших є *професійне самовизначення*. На цьому етапі в людини ще не сформоване чітке уявлення про свою майбутню професійну діяльність. Спершу воно виникає під впливом зовнішніх факторів, загальножиттєвих уявлень про ту професійну діяльність, у якій людина бачить себе в майбутньому, соціальній престижності професійної діяльності. До того ж центральним мотивом є прагнення до соціального престижу, прийняття у поєднанні з егоїстичною настановою. Також для цього етапу професіоналізації характерний низький рівень саморегуляції поведінки, що також підтверджує наявність зовнішніх регулювальних впливів.

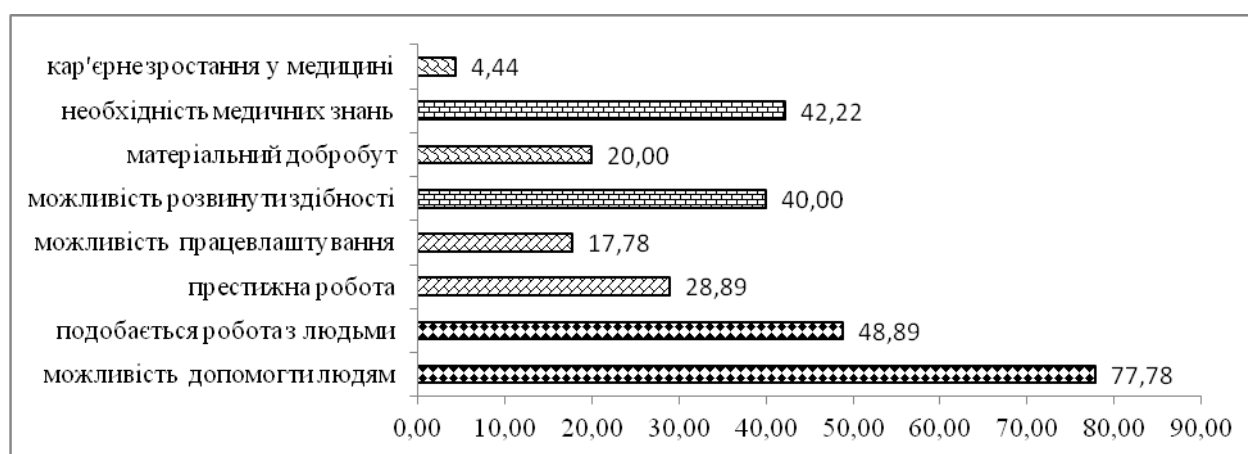
Система ціннісних орієнтацій відзначається неузгодженістю на рівні уявлень про їхню важливість та можливості реалізації в поведінці. Рефлексивність, яка притаманна самопізнанню особистості, свідчить про недостатність цього процесу, що і спричиняє неузгодженість, адже особистість не в змозі уточнити і перебудувати свою поведінку відповідно до зміни ситуації (зміна зовнішніх параметрів ситуації або її сприйняття). Неадекватно завищений рівень самооцінки особистості на етапі професійного самовизначення

співвідноситься з високим рівнем домагань, що є ресурсом активності в майбутній професійній діяльності.

Змістом другого етапу професіоналізації є *професійне навчання*, основна мета якого – здобування професійної освіти, високого рівня теоретичної підготовки в обраній професійній сфері. Період навчання слугує самостійним етапом професійного розвитку особистості. Його змістом і критерієм успішного проходження стане не лише набуття необхідних у майбутній професійній діяльності знань, умінь і навичок, професійних компетентностей, але й формування суб'єктно-особистісних психологічних структур і якостей, певний рівень яких забезпечує готовність до безперервного розвитку й самореалізації в майбутній професійній діяльності. Важливе психологічне утворення, що забезпечує готовність майбутніх медичних працівників до професійної діяльності у цей період професійного становлення – спрямованість особистості, зокрема професійна.

Етап професійного навчання має свої особливості. Так, досліджуючи його особливості у вищому навчальному закладі, Ю. Поваренков пропонує виокремлювати навчально-академічний (1–3 курси) та навчально-професійний (4–5 курси навчання) етапи [178]. У студентів медичного коледжу ці періоди дещо скорочені: 1–2 курс – навчально-академічний та 3–4 курс – навчально-професійний. Увесь процес професіоналізації студентів має стрибкоподібний характер, спричинений принциповою відмінністю періодів один від одного. Зокрема, основною метою навчально-академічного етапу, упродовж якого власне і відбувається процес адаптації, є пристосування до умов і змісту професійно-освітнього процесу, оволодіння новою соціальною роллю, установлення системи відносин зі студентами та викладачами. Про успішне проходження цієї стадії свідчить сформованість пізнавальних мотивів і мотивів особистісного самовизначення. На етапі інтенсифікації (навчально-професійний етап) студенти зазвичай адаптуються до навчальної діяльності, у зв'язку з чим тут превалюють мотиви особистісного розвитку, створення сім'ї тощо. Саме в цей період найчастіше у них змінюється ставлення до процесу оволодіння професією.

Результати проведеного дослідження майбутніх медичних працівників за допомогою розробленої нами анкети «Мотиваційно-ціннісний портрет майбутнього медичного працівника» засвідчили, що їх професійне самовизначення, яке розпочалося до вступу у коледж, продовжилося на початкових етапах професійного навчання. Проте дещо зменшилася зовнішня детермінованість їхньої мотиваційної сфери. Центральним мотивом є прагнення до досягнення мети, а метою – оволодіння професією і включення до професійної діяльності. Так, на питання анкети: «Чим приваблює вас обрана професія» 77,8% відповіли – «можливість надавати медичну допомогу людям» (рис. 3.1).

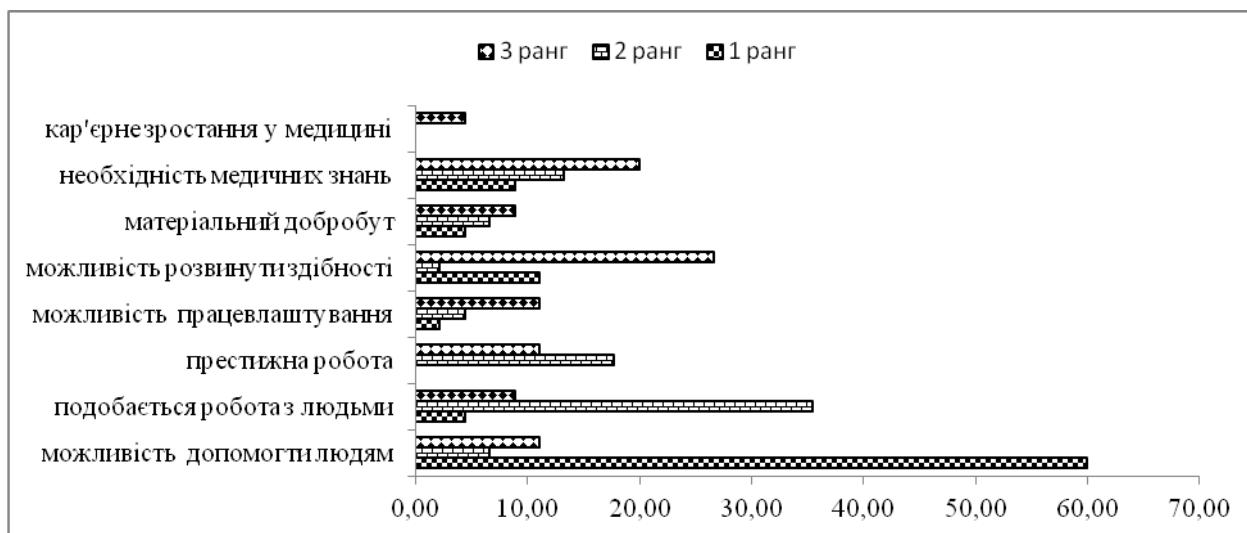


**Рис. 3.1. Загальний показник співвідношення привабливості професії медичного працівника**

Як бачимо, ці показники знаходяться у межах нормального статистичного розподілу. З них 60,0% надали цьому мотиву першу рангову позицію, 6,7% – другу і 11,1% – третю (рис. 3.2). Щодо показників залежно від рівня адаптованості, то заради «можливості надавати медичну допомогу людям» цю професію обрали 50% студентів з високим показником рівня адаптованості, 76,47% – із середнім та 54,55% – з високим.

Мотив вибору професії «подобається робота з людьми» є другим за значущістю. 48,9% респондентів позначили його першими трьома ранговими позиціями. Це свідчить про відповідність обраної професії системі «людина–людина», до якої належить професія медичного працівника. Найчастіше цей мотив виявився на другій ранговій позиції, а саме у 35,6% респондентів.

На першу рангову позицію цей мотив поставили 28,57% респондентів з високим рівнем адаптованості та 13,64% – з низьким. У майбутніх медичних працівників з середнім рівнем адаптованості означений мотив не займає першої рангової позиції, проте у 47,6% він перебуває на другій та у 11,76% – на третій позиціях. Отже, перші два мотиви вибору професії характеризують їхню соціально-гуманістичну спрямованість.



**Рис.3.2. Співвідношення показників привабливості професії медичного працівника за першою та другою та третьою ранговими позиціями**

Наступна пара мотивів, наповнена особистісно-орієнтованим змістом. Так, мотив «необхідність медичних знань» для 42,2% майбутніх медичних працівників третій за важливістю у виборі професії. З них 20% поставили його на третю рангову позицію, 13,3% – на другу, а для 8,9% він був найголовнішим.

Близьким за значенням виявився і мотив «можливість розвинути здібності». 40% респондентів надали йому перевагу в тому чи іншому співвідношенні рангових позицій. Зокрема, для 26,7% він був третім за значущістю, а для 11,1% – другим. Найвагомим він є для 18,18% респондентів з низьким рівнем адаптованості та для 5,88% – із середнім та високим. Виокремлення цих мотивів як переважних свідчить про бажання особистісного та професійного зростання досліджуваних нами респондентів.

Останнє аж ніяк не пов'язане з кар'єризмом, позаяк цей мотив зайняв останню рангову позицію їх мотиваційного вибору. Лише 4,4% респондентів відстоювали його як недругорядний для них, наділивши його третім рангом. Проте підняти свій соціальний статус за рахунок «престижності медичної професії» планують 28,9% респондентів. 17,8% досліджуваних вважають цей мотив другим у ранговому рейтингу, а 11,1% – третім. 20% майбутніх медичних працівників планують за допомогою обраної професії покращити своє «матеріальне становище», а 17,8% вибрали її з огляду на «можливість працевлаштуватися». Два останні мотиви дуже актуальні сьогодні. Адже суцільне безробіття серед молоді спонукає їх обирати не бажані професії, а ті, які дають хоча б мінімальний шанс працевлаштуватися (у державні установи, або приватні медичні центри). Особливо це стосується дівчат, що становлять 90–98% студентів медичних коледжів і які, зазвичай, не можуть виїхати з країни в такому юному віці для пошуку «кращої долі».

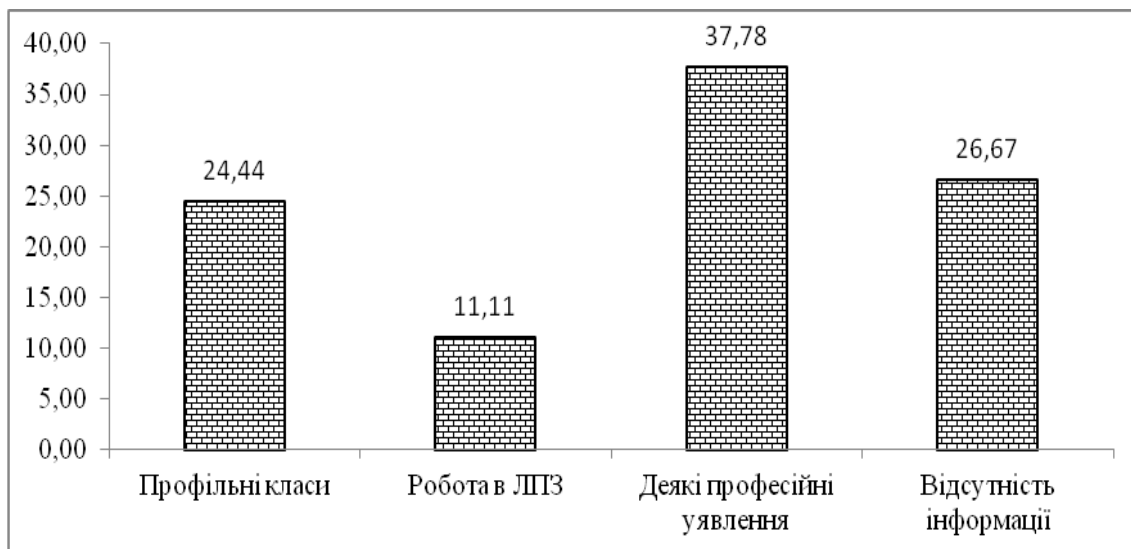
Дослідження структури мотивації вибору професії майбутніми медичними працівниками спонукало нас до вивчення того, хто керував і що спрямовувало їх професійний вибір, тобто наскільки самостійними вони були у виборі професії. Для цього у розробленій нами анкеті містилися такі питання: «Чи знали ви щось про медичні професії до вступу в коледж?» та «Що було вирішальним у прийнятті Вами рішення стати професійним медичним працівником?»

Досліджувані були проінформовані про професію медичного працівника по-різному. Деякі з них (11,1%), здебільшого респонденти з низьким рівнем адаптованості, працювали у лікувально-профілактичних закладах, а тому уявлення про цю професію формувалося у професійному середовищі (рис. 3.3).

22,4% (з усієї вибірки) готувалися до вступу цілеспрямовано, навчаючись у профільних класах. Серед респондентів з низьким рівнем адаптованості 27,27% навчалися у профільних класах, а із середнім – 5,88.

Загалом за вибіркою, у 37,8% респондентів були «деякі професійні уявлення», а 26,7,2% дуже слабо орієнтувалися у професійних функціях медичних працівників. За цим критерієм найбільш інформованими виявилися

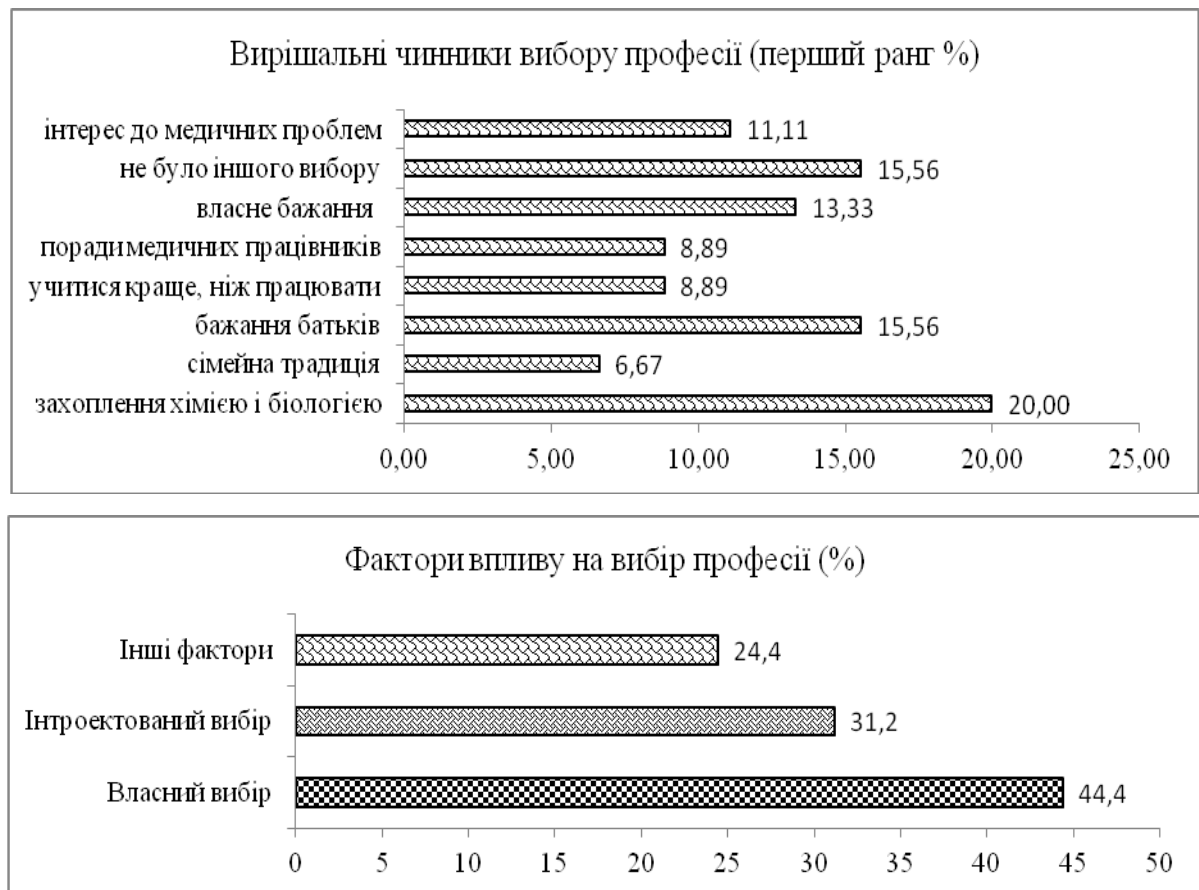
студенти із середнім рівнем адаптованості (52,94%). Деякі уявлення були у 31,82% майбутніх медичних працівників з низьким рівнем адаптованості та у 33,33% – з високим. Отже, для 64,5% студентів ця професія наповнена невизначеністю, що у процесі адаптації потребує певної толерантності.



**Рис. 3.3. Показники інформованості про медичні професії**

Проте більш інформативним є змістовий аналіз чинників професійного вибору, або те, що спонукало їх до вибору саме цієї професії. Як видно з рис. 3.4, у досліджуваних нами респондентів досить широкий діапазон чинників, які визначили їхній вибір. Серед них можна виокремити 3 групи: чинники *власного вибору*, *інтроєктовані* та *інші фактори*.

До групи «власного вибору» ми віднесли власне бажання, інтерес до медичних проблем, захоплення хімією і біологією. Групу сторонніх (інтроєктованих) чинників сформували: сімейна традиція, бажання батьків, поради тих, хто працює у сфері медицини. Такі чинники, як «краще вчитися, ніж працювати», «обставини склалися так, що іншого вибору не було» ми віднесли до інших факторів. Представлені на діаграмі значення свідчать, що домінує чинник «власний вибір», який властивий 44,4% респондентів. На вибір професії 31,2% респондентів вплинули референтні особи. А ще для чверті респондентів (24,4%) перебування у медичному коледжі залежить від факторів, що не стосуються професійної діяльності загалом, звідси, і медичної сфери зокрема.



**Рис. 3.4. Співвідношення чинників вибору медичної професії та факторів, що на нього вплинули (загалом за вибіркою)**

У групі студентів, орієнтованих на *власний вибір*, чинник «захоплення хімією і біологією» домінує у 20% респондентів з усієї вибірки. Це найвищий показник серед представлених чинників (рис. 3.4). Тобто для них професія медичного працівника асоціюється з біохімічними та анатомічними дослідженнями. Зважаючи на ті предмети, які вивчають студенти медичних навчальних закладів, а також розуміння сутності перебігу хвороби та можливості впливати на метаболічні процеси в організмі, така орієнтація є досить перспективною. Особливо цінною вона постає тоді, коли будується на «власному бажанні» (13,3%) та «інтересі до проблем медицини» (11,1%). Найбільша кількість студентів, у яких переважає «власний вибір» професії, виявилася у групі із середнім рівнем адаптованості – 64,71%. У групі з низьким рівнем адаптації таких 45,45%, серед добре адаптованих їх найменше – 17,67% (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

**Показники розподілу факторів, що вплинули на вибір професії  
респондентів з різним рівнем адаптованості**

| Фактори, що вплинули на вибір професії | Рівні адаптованості |          |         |
|----------------------------------------|---------------------|----------|---------|
|                                        | високий             | середній | низький |
| Власний вибір                          | 16,67               | 64,71    | 45,45   |
| Інтроектований вибір                   | 66,66               | 23,53    | 40,91   |
| Інші фактори                           | 16,67               | 11,76    | 13,64   |

До групи з *інтроектованими* мотивами вибору професії увійшло 31,2% респондентів. Їхній вибір професії був детермінований не власним бажанням чи зацікавленням, а нав'язаними зовні переконаннями, аргументами, цінностями. Як і годиться, першість у цьому шереху займає чинник «бажання батьків» (15,6% респондентів), які, можливо, через дітей хочуть реалізувати власні бажання, амбіції, бачення перспективного майбутнього, можливість самоствердитися у середовищі знайомих тощо. До цієї групи ми віднесли чинник «сімейні традиції», який свідчить не так про особисті бажання респондентів, як про продовження родинного ремесла. Респондентів з таким мотивом виявилось 6,7%. Проте це не означає, що цей відсоток становлять студенти із сімей медичних працівників. У бесідах з'ясувалося, що студентів із сімейними традиціями роботи у сфері медицини є набагато більше, проте мотивація професійного вибору у них інша. Ми вважаємо, що безпосередній приклад медичних працівників з родини, мав би вплинути на формування внутрішньої мотивації. Близьким за змістом до попереднього є чинник «поради медичних працівників» (8,9%). Є сподівання, що під час навчання інтроектовані мотиви трансформуються у власні, що будуються на зацікавленості та бажанні.

Найбільше інтроектовані мотиви вибору професії проявилися в респондентів з високим рівнем адаптованості (66,7%), з яких 16,7% віддали перевагу сімейним традиціям, 33,3% скорилися бажанням батьків, а ще 16,7% піддалися на переконання осіб, які працюють у сфері медицини. У 40,9% респондентів з низьким рівнем адаптованості також виявили інтроектовані мотиви

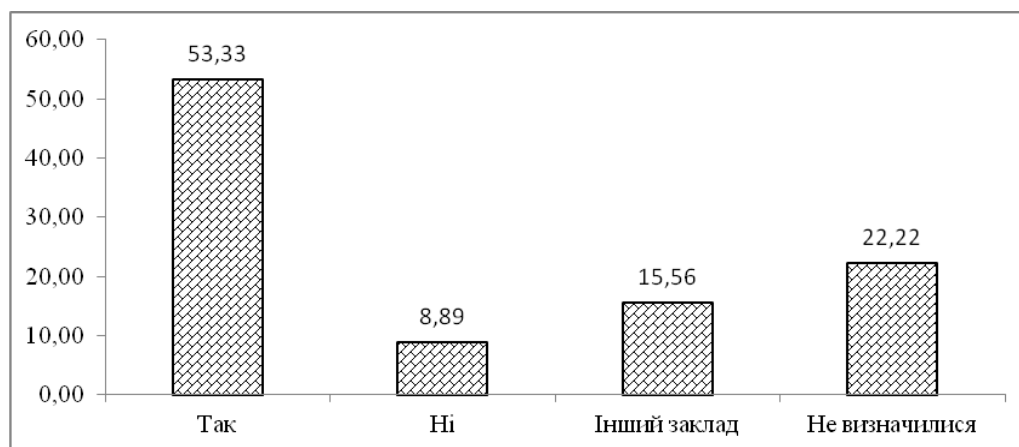
вибору професії, серед яких 27,3% послуухалися поради батьків, 9,1% – поради медичних працівників та 4,6% продовжили сімейну традицію. Найменше інтроектовані мотиви вплинули на професійний вибір респондентів із середнім рівнем адаптованості – 23,5%. Ключовим тут виявилось бажання батьків, думка яких зумовила рішення 11,8% досліджуваних. Поради медичних працівників та сімейна традиція визначили вибір 5,9% респондентів за кожним фактором.

Наводить на роздуми група з *«іншими»* факторами вибору професії, до якої увійшло 24,4% майбутніх медичних працівників. Це так звані деструктивні чинники, позаяк не пов'язані з обраною професією. З них 15,6% респондентів вибрали професію медичного працівника «з огляду на обставини, що склалися, адже іншого вибору не було». А 8,9% мотивували свій вибір так: «краще вчитися, ніж працювати».

Аналіз результатів за рівнями адаптованості засвідчив, що інші фактори приблизно однаково вплинули на причину перебування респондентів у медичному коледжі (табл. 3.1). Головним мотивом стало їх переконання в тому, що вчитися краще, ніж працювати, а тому це один зі шляхів продовжити, як вони вважають, безтурботний період свого життя. Вибір цих студентів можна частково пояснити відсутністю сформованої мотивації, що властиво етапу професійного самовизначення, та частково негативізмом – віковою особливістю, яка нерідко виходить за вікові межі.

Мотиваційний компонент у структурі адаптації до майбутньої професійної діяльності на початковому етапі професіоналізації є досить неоднозначним. У разі, коли диференціація мотиву до навчання затягнулася, ми одержуємо «середнього» студента, коли ж диференціація мотиву – доконаний факт, то студент найчастіше припиняє навчання загалом, переводиться на іншу спеціальність або успішно навчається. Так, на питання анкети «Якщо б знову Ви стали вибирати собі професію, то повторили б свій вибір?», були отримані неоднозначні варіанти відповідей (рис. 3.5). Зокрема, 53,3% респондентів відповіли, що повторили б свій професійний вибір. Це ті, у кого була діагностована власна мотивація вибору, а не інтроектована. 8,9% досліджуваних категорично відмовилися повторно обрати

професію медичного працівника. Можливо, це ті респонденти, що вступили до медичного навчального закладу за порадою медичних працівників, чи через безвихідь, а може з огляду на бажання батьків. Інші 15,6% не були настільки категоричні, проте у разі можливості обрали б інший навчальний заклад. Серед опитаних 22,2% не визначилися з відповіддю на це питання. Уважаємо, що цілеспрямований психологічний супровід цих студентів допоможе сформувати у них позитивну, внутрішню професійну мотивацію.



**Рис. 3.5. Співвідношення показників щодо повторного вибору діяльності у сфері медицини**

Мотиваційний вибір – продукт самосвідомості особистості, серед усього й професійної. Гіпотетично розглядаючи шлях самоусвідомлення власних спонукань, ми можемо спостерігати процес вибору, коли молода людина зупиняється на професії, яка відповідає її індивідуальним особливостям та здібностям. Однак якщо вона зупинилася на виборі, але не прийняла на себе відповідальність за його реалізацію, то можна говорити про псевдовибір, що не спонукає її до прийняття відповідального рішення. Усвідомлений мотив, вибір і відповідальність – це попередні і важливі психологічні передумови, які синтезують складніші від попереднього потреби, що визначають ціннісно-смислову настанову студента, тобто вибір стає сенсом життя. Усвідомлена смисложиттєва настанова природно формує психологічний стан відкриття себе як професіонала в обраній галузі і далі – мотиваційну включеність, де домінує стійкий мотив досягнення мети, а за цим і реалізації на щабель складніших потреб.

Ми погоджуємося з Н. Карповою в тому, що мотиваційна включеність є «складним пролонгованим психічним станом, який слугує «ядром», «основною клітинкою» інтрагенної активності суб'єкта, де «... рівень сформованості і розвитку мотиваційної включеності є показником «міри участі» індивіда в будь-якому процесі і багато в чому визначає ефективність його діяльності» [96, с. 3]. Тому можна вважати, що стан мотиваційної включеності і активності сприяє інтерактивним процесам формування особистості і є тим організувальним фактором, який сприяє її самоорганізації, а потім самоактуалізації. Якщо взяти до уваги, що докілья «пронизане процесами самоорганізації», то результат мотиваційної включеності та активності в діяльності суб'єкта є ознакою самоорганізації людської природи.

Окрім характеру мотиваційного вибору, на процес адаптації значно впливає спрямованість мотивації на досягнення успіху або уникнення невдачі. Зазвичай, для студентів з домінуванням мотивації уникнення невдач існує дуже мало можливостей для самоствердження, адже їхня соціальна активність менш продуктивна, що частіше викликає ситуацію осуду і насмішок з боку однолітків. Виникають труднощі з самореалізацією та саморозвитком особистості. Відсутність самоствердження спричиняє низьку самооцінку, а остання загрожує неприємними наслідками для ситуації особистісного розвитку. Бажання приховати за штучною маскою неприйнятні власні особистісні якості породжує труднощі у спілкуванні, наслідком чого є ухилення від будь-якої діяльності, відмова від досягнення поставленої мети і зневіра у власні сили. Зрештою, наслідком такого стану є дезадаптація особистості.

Подібну ситуацію здебільшого спричиняють певні тенденції в системі освіти і виховання. У сучасній вітчизняній освітній системі існують два рівні здійснення освітніх зусиль: з одного боку, для системи характерна декларація принципів особистісно-орієнтованого навчання, тобто суб'єкт-суб'єктних відносин, а з іншого – у ній панують авторитарні методи навчання і виховання, тобто переважають суб'єкт-об'єктні стосунки, до того ж на діяльнісному рівні.

Характерним показником подібних ставлень є домінантна форма мотивації навчання. Опора на внутрішню мотивацію переважає, зазвичай, в особистісно-орієнтованому підході, а на зовнішню – в авторитарному. Самореалізація з опорою на мотивацію уникнення невдачі не дозволяє ефективно сформулювати ті якості особистості, які сприяють соціально-психологічній адаптації. У результаті не реалізується й особистісна адаптація до сучасних соціально-економічних умов.

Загалом можна дійти висновку про необхідність формування в майбутніх медичних працівників потреби мотивації досягнення успіху. Незважаючи на деякі риси, пов'язані з мотивацією уникнення невдачі, саме переважання мотивації досягнення успіху позитивно позначиться на формуванні особистісних якостей індивіда, що підвищують його адаптаційну здатність.

Інший аспект вивчення взаємозв'язку мотивації та адаптованості до майбутньої професійної діяльності полягав у дослідженні рівня усвідомленості майбутніми медичними працівниками різних аспектів професійної діяльності. Вивчаючи їх особистісні ресурси адаптації до професійної діяльності, ми побачили, що мотиваційно-ціннісний ресурс відіграє неабияку роль у цьому процесі. Аналіз анкети «Мотиваційно-ціннісний портрет майбутнього медичного працівника» засвідчив неоднорідність мотивації вибору ними професії та навчальної мотивації. В одних мотивація має внутрішню природу, у інших – зовнішню. Останнє, на наш погляд, відображається на рівні адаптованості до майбутньої професійної діяльності. Проте не завжди, навіть маючи внутрішню позитивну мотивацію, можна усвідомлювати істинну сутність професії, її складність та своєрідність. Як засвідчує практика, розуміння сутності тієї чи іншої професії формується на основі прочитаної літератури, переглянутих фільмів, розповідей інших людей, у яких не завжди висвітлено її найскладнішу частину. Щоб зрозуміти рівень усвідомленості власної готовності до медичної діяльності, під час аналізу використано «Активізуючу профорієнтаційну методику» (М. Пряжников), яка спрямована на підвищення рівня усвідомлення своєї готовності до різних видів професійної діяльності [187]. Наперед хочемо зазначити, що ця методика не репрезентує строго психодіагностичний засіб. Її

головна мета – активізація самопізнання суб'єкта і його роздумів про власні можливості, що так чи інакше сприяє успішному самовизначенню.

Досліджуванним запропоновано оцінити, наскільки вони готові виконувати професійні обов'язки із визначеного переліку. Методика містить вказівку на обов'язки багатьох професій. Ми ж використали тільки ті, які стосувалися медичної галузі, зокрема ті, які відповідають змісту виконання основних професійних функцій (додаток К). У кінцевому варіанті було обрано вісім трудових дій, за якими вони повинні були оцінити себе.

Інтерпретацію результатів здійснено на основі одержаного показника, вираженого у відсотках (%), та рівня самооцінки. Якщо загальний показник готовності до професії, виражений у відсотках, нижчий на 60–70%, то можуть виникнути сумніви щодо готовності цього студента до професії. Проте слід брати до уваги рівень самооцінки. Якщо вона завищена, то отриманий показник готовності до професії «медичного працівника» множиться на коригувальний коефіцієнт 0,7, якщо знижена – на 1,3, а для самооцінки адекватної жодних коригувань не потрібно. Таке коригування є умовним і слугує не так для «об'єктивного» діагнозу, як для ознайомлення респондента з логікою роздумів про свою готовність до роботи в межах обраного фаху.

Одержані за цією методикою результати засвідчили середній рівень усвідомлення майбутніми медичними працівниками особливостей своєї майбутньої діяльності. Попереднє опрацювання цих результатів продемонструвало незначне домінування неготовності (54,17%) до професійної діяльності (див. табл. 3.2). Водночас варто відзначити адекватність отриманої респондентами самооцінки, а тому значної корекції показників ми не робили.

У групі студентів із середнім рівнем адаптованості неадекватну самооцінку виявлено у 11,1% респондентів. До того ж у 5,55% вона надмірно завищена (100 балів), а в інших 5,55% – значно занижена (25 балів). Застосування коригувального коефіцієнта дало можливість «перевести» перших досліджуваних на середній рівень, а інші так і залишилися у низькій зоні. Для респондентів з

низьким рівнем адаптованості корекції потребували 9,1%. Після цієї дії були отримані результати, як і в попередній групі.

Таблиця 3.2

**Показники готовності до виконання професійних функцій  
майбутніми медичними працівниками (за вибіркою)**

| Респонденти з рівнями адаптованості | Усього (%) | Характер готовності |               |
|-------------------------------------|------------|---------------------|---------------|
|                                     |            | Готові (%)          | Не готові (%) |
| Високий рівень адаптованості        | 16,33      | 12,24               | 4,08          |
| Середній рівень адаптованості       | 38,78      | 24,49               | 14,29         |
| Низький рівень адаптованості        | 44,89      | 10,20               | 34,69         |
| Усього за вибіркою                  | 100        | 46,94               | 53,06         |

Диференційований аналіз результатів за рівнями адаптованості студентів показав відмінності усвідомлення ними професійних функцій, а звідси готовності до професійної діяльності. Так, найбільший відсоток «неготовності» про демонстрували респонденти з низьким рівнем показника адаптованості (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

**Показники готовності до виконання професійних функцій  
майбутніми медичними працівниками з різним рівнем адаптованості**

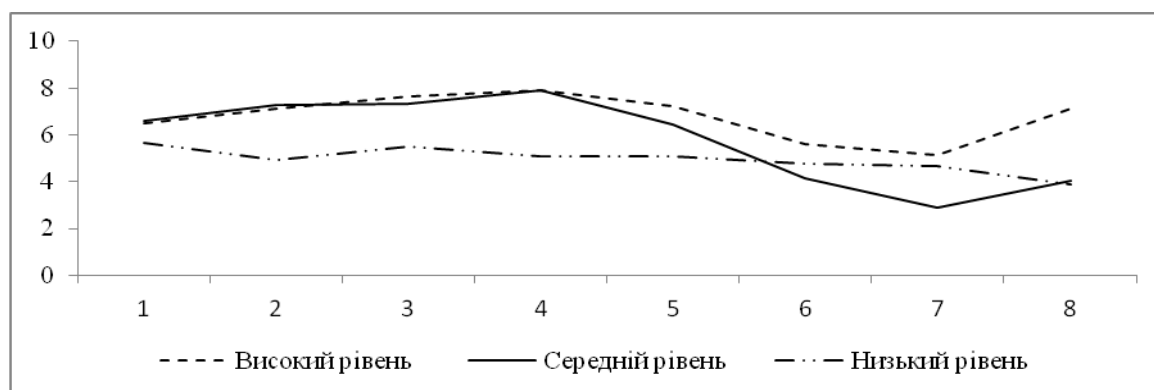
| Рівень адаптованості          | Характер готовності |               |
|-------------------------------|---------------------|---------------|
|                               | Готові (%)          | Не готові (%) |
| Високий рівень адаптованості  | 75                  | 25            |
| Середній рівень адаптованості | 57,89               | 42,11         |
| Низький рівень адаптованості  | 22,73               | 77,27         |

77,27% з них виявилися не готовими до виконання роботи, передбаченої їхньою професією. Зокрема: часто працювати вечорами і у вихідні дні; переносити тривалі фізичні навантаження; бути толерантним до грубості, нестримності; образ у недбалості, медичних помилках тощо; виконувати «брудну» роботу (вона може супроводжуватися неприємним запахом, пилом, сирістю, шумом); уміти самостійно приймати важливі рішення (і відповідати за них також самостійно); бути послужливим, уміти подібати і догоджати пацієнтам тощо (рис. 3.6).

Майбутні медичні працівники із середнім показником рівня адаптованості виявилися більш лояльними до тієї роботи, яка їх очікує в майбутньому. Рівень

готовності характерний для 57,89%. Дещо неприємними для них є «брудна» робота з неприємним запахом, порохом, сирістю, шумом (4,17 бала з 10 можливих); часта вечірня робота і робота у вихідні дні (4,06). Однак найнеприємнішими стали тривалі фізичні навантаження та необхідність бути терпеливим до прояву негативу з боку пацієнтів та їх рідних (2,89).

Найбільш підготовленими виявилися 75% майбутніх медичних працівників з високим показником рівня адаптованості. Показники самооцінки здатності виконувати ту чи іншу роботу в них виявилися на середньому та вище за середній рівнях. Найскладнішими для них, на їхню думку, будуть тривалі фізичні навантаження, потреба терпіти грубість (5,13) та виконання «брудної» роботи (5,68).



**Рис. 3.6. Показники самооцінки здатності виконувати деякі професійні функції**

*Прим.:* 1) обробляти що-небудь вручну або за допомогою простих пристосувань; 2) швидко реагувати на мінливу ситуацію, вміти переключати увагу; 3) бути послужливим, уміти подібати і догоджати пацієнтам; 4) уміти самостійно приймати важливі рішення (і відповідати за них теж самостійно); 5) перевіряти, контролювати, оцінювати що-небудь і когось, ставити діагноз; 6) виконувати «брудну» роботу (яка може супроводжуватися неприємним запахом, пилом, сирістю, шумом); 7) переносити тривалі фізичні навантаження, терпіти грубість; 8) часто працювати вечорами і без вихідних.

Отже, результати засвідчили взаємозв'язок мотиваційних тенденцій, які виражають імпліцитні (приховані) аспекти професійної діяльності з рівнями адаптованості до професійної діяльності. До того ж був одержаний статистично значущий кореляційний зв'язок між показником «готовність до виконання професійних функцій» самоактивізувальної профорієнтаційної методики та показником адаптованості за двома різними кореляційними процедурами (табл. 3.4). А тому можна припустити, що низький рівень адаптованості до

майбутньої професійної діяльності, що властивий значній частині досліджуваних нами респондентів, визначається поверховим та не надто зваженим усвідомленням усіх позитивних та негативних аспектів їхньої майбутньої діяльності. Зустрівшись з певними труднощами на первинному етапі професіогенезу, вони переживають емоційний дискомфорт, що, зрештою, і відображається на показнику рівня їхньої адаптованості.

Таблиця 3.4

**Кореляційні значення показників «адаптивність»  
та «готовність до виконання професійних функцій»**

| Змінна 2 \ Змінна 1                         | Адаптивність      |               |                          |               |
|---------------------------------------------|-------------------|---------------|--------------------------|---------------|
|                                             | Кореляція Пірсона |               | Кореляція тау-б Кендалла |               |
| Готовність до виконання професійних функцій | Показник          | Значущість    | Показник                 | Значущість    |
|                                             | 0,363             | $p \leq 0,05$ | 0,295                    | $p \leq 0,01$ |

Проведений якісний аналіз результатів підтвердив загальну закономірність розвитку мотиваційної сфери особистості на першому та другому етапах професіоналізації. Зокрема, вектор соціально-психологічної настанови, що характерний для першого етапу, змінює напрям в бік альтруїстичного полюсу, який свідчить про посилення особистісної значущості традицій, цілей і цінностей професійної групи. Усвідомлення належності до певної професійної групи, особистісної значущості стосунків у професійній групі посилює страх бути неприйнятним, а тому орієнтує їх на конформізм, можливо, і всупереч власним бажанням.

Професійне становлення, що продовжується на другому етапі – професійного навчання, засвідчує різноспрямованість мотиваційної складової. Зовнішня детермінованість, яка характерна для частини студентів, поступово змінюється мотивом оволодіння професією і включення до професійної діяльності. Варто зазначити, що перший рік навчання в медичному коледжі спрямований на здобуття загальної середньої освіти з включенням окремих предметів професійного циклу. І лише з другого курсу відбувається повноцінне професійне навчання, а також професійна діяльність у різних формах.

Усвідомлення різних аспектів професійної діяльності майбутніми медичними працівниками відображає рівень готовності до виконання професійних функцій, а мотиви професійного вибору (власне бажання, інтроектовані мотиви, мотиви, не пов'язані з обраним фахом) відповідно визначають результативність адаптації до професійної діяльності.

### **3.1.2. Зміст ціннісно-сислової спрямованості майбутніх медичних працівників**

Характер адаптованості особистості в певному соціальному та професійному середовищі значною мірою детермінований змістом системи цінностей, їх узгодженістю. Водночас саме мотиваційно-потребова і ціннісно-сислова сфери, на наш погляд, є доволі динамічними.

Ми припустили, що структура цінностей молоді може містити підструктури з якісно різною спрямованістю, а саме: домінантні *взаємопов'язані цінності* (наприклад, «хто просить у тебе, то дай», «не протидіяти злу», «люби не тільки друга, а й ворога»); домінантні *взаємопов'язані цінності іншого змісту* (наприклад, «люби ближнього і ненавидь ворога», «око за око, зуб за зуб» тощо). Наявність таких підструктур дає людині змогу адаптуватися до різних за змістом життєвих ситуацій. Особливо слід підкреслити, що до завдань дослідження не входило вивчення всього різноманіття цінностей молоді. Тому для доступного експериментального дослідження цінностей прийнято використовувати типологічний підхід і проводити класифікацію цінностей залежно від опертя на той чи інший критерій. Наприклад, такими критеріями можна вважати предметний зміст цінностей (соціальні, економічні, політичні тощо), функцію цінностей у суспільстві (інтегрувальні і диференціювальні цінності), потреби індивідів тощо [21]. Різні автори у своїх дослідженнях приділяють увагу певним конкретним різновидам цінностей. У межах нашого дослідження критеріями типології цінностей є їх відповідність або невідповідність морально-етичним настановам.

Отже, наступний етап дослідження був пов'язаний з визначенням змісту ціннісних уподобань майбутніх медичних працівників. З цією метою використано розроблену нами методику (див. п. 2.1), які містила твердження, що відображали важливі життєві позиції. Кожна ціннісна настанова була представлена у двох-трьох пунктах списку, також вона мала протилежну за змістом форму. Використана процедура кластеризації дала змогу виокремити дві груп цінностей: кластер А (16 тверджень) і кластер Б (14 тверджень). До них увійшли усі твердження методики (їх усього – 30).

Кожне із тверджень, що увійшло до кластеру А, вибрали більше 53% абітурієнтів. Міра щільності кластера свідчить про досить високий взаємозв'язок змісту тверджень цінностей цього класу. Специфіка кластерного аналізу уможливила констатувати, що цінності, відображені у твердженні кластера А, є підструктурою домінантних взаємопов'язаних цінностей. Якісний аналіз тверджень кластера А сприяв виокремленню таких за змістом цінностей: доброзичливим потрібно бути не тільки з близькими людьми; не засуджувати інших за неправильні вчинки, недоліки; пробачати нанесені образи; пробачати людям їхні помилки; допомагати (давати гроші в борг) тим, хто просить; допомагати більше, ніж просять; поважати навіть слабких і немічних; відстоювати правду; прислухатися до думки батьків; турбота про матеріальний добробут не головне в житті.

Значущими цінностями іншого змісту, яким віддали перевагу більше 73% респондентів, виявилися такі: у спілкуванні треба бути тактовним, стриманим, але не зухвалим; не обмовляти інших, не брехати.

З кожним із тверджень, які увійшли в кластер Б, погодилося понад 60% студентів, що свідчить про важливість цінностей цього кластера. Міра щільності в ньому виявилася вищою, ніж у кластері А. Це дає підстави висновувати про високий взаємозв'язок тверджень протилежних цінностей цього кластера за їх змістом, а тому їх також можна розглядати як домінантну підструктуру.

Унаслідок якісного аналізу кластера Б були виокремлені такі особливості цінностей: допустима злість стосовно людини, якщо вона цього заслуговує;

боротися з долею і не миритися; завжди піклуватися про майбутнє; не приховувати зробленого комусь добра; інколи допустимий обман; можна привласнювати чимось загублену річ; завжди вимагати повернення боргу; за образу людина повинна відповідати; вбивство може бути виправдане; заздрість – нормальне явище. Слід зазначити, що перші п'ять з перелічених цінностей є найбільш значущими для респондентів загалом, оскільки їх підтримали понад 70%.

З огляду на одержані результати ми припустили, що певна міра представленості тих чи інших цінностей у свідомості молодой людини може істотно впливати на їхню адаптацію в сучасному суспільстві. Під час перевірки цього припущення було з'ясовано, що 41% респондентів з високим рівнем адаптованості мають рівнозначну представленість у свідомості різних цінностей і меншою мірою – переважання кластеру А (23%) чи кластеру Б (19%). А респонденти з низьким рівнем адаптованості рідко дотримуються балансу (13%) між групами цінностей. У них домінують або кластер А (32%), або кластер Б (35%). Співвідношення згаданих груп цінностей сприяє оптимальному рівню засвоєння соціальних та професійних ролей.

Отже, представлені результати дають підстави констатувати, що орієнтація особистості на різноспрямовані цінності сприятиме успішній адаптації в різних середовищах: суспільному, професійному тощо. Проте задоволеність життям виявилася вищою у респондентів, що зорієнтовані на цінності другої групи (Б).

Задоволеність життям значною мірою залежить від суб'єктивного благополуччя людини [65]. Як єдність когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів, суб'єктивне благополуччя виявляє емоційно-оцінне ставлення людини до самої себе, соціальної дійсності і як таке визначає інтенсивність і спрямованість її поведінки [244]. Когнітивним змістом суб'єктивного благополуччя є ціннісні орієнтації, які постають як соціально зумовлена загальна спрямованість, як ставлення особистості до цілей життєдіяльності, до засобів задоволення цих цілей, тобто до обставин життя, детермінованих загальними соціальними умовами. Окрім цього, когнітивна та емоційно-оцінна інтерпретація ситуації визначають спрямованість активності особистості, яка відображає

різницю в стратегіях адаптації [41]. Зокрема, залежно від локусу суб'єктивного благополуччя активність особистості може бути спрямована або зовні, або на внутрішню діяльність, або загалом бути відсутньою [244].

Таким чином, з одного боку, суб'єктивне благополуччя є феноменом, що належить до внутрішньої системи особистості, до внутрішніх критеріїв адаптованості в соціальному середовищі (відсутність патологічних психічних проявів, здатність долати труднощі, ставити життєві цілі, а також підтримувати належний рівень активності в їх досягненні). З іншого – суб'єктивне благополуччя ґрунтується на об'єктивних соціальних настановах і є, очевидно, одним із факторів, що детермінують процес адаптації особистості. З огляду на це видається доречним вивчення суб'єктивного благополуччя з погляду адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності.

Для вимірювання когнітивного компонента суб'єктивного благополуччя було застосовано методику «Рівень співвідношення» цінності» і «доступності» в різних життєвих сферах» О. Фанталової. Увагу ми зосередили на відмінностях між показниками «значущості» та «доступності» цінності. Зафіксовано зв'язок між індексом адаптованості та коефіцієнтом ціннісного конфлікту ( $r = -0,234$ ;  $p \leq 0,01$ ). Крім того, виявлено вірогідно значущий зв'язок між індексом адаптованості «адаптованих» майбутніх медичних працівників та показниками неузгодженості «значущого» і «доступного» таких цінностей, як «наявність хороших і вірних друзів» ( $r = -0,240$ ;  $p \leq 0,01$ ), «любов» ( $r = -0,198$ ;  $p \leq 0,01$ ), «щасливе сімейне життя» ( $r = -0,239$ ;  $p \leq 0,01$ ). Констатовано, що у респондентів з високим рівнем адаптованості розходження в ієрархії важливих і доступних цінностей не значні ( $X \approx 1,58$ ), а у респондентів з низьким рівнем – досить високі ( $X \approx 3,76$ ).

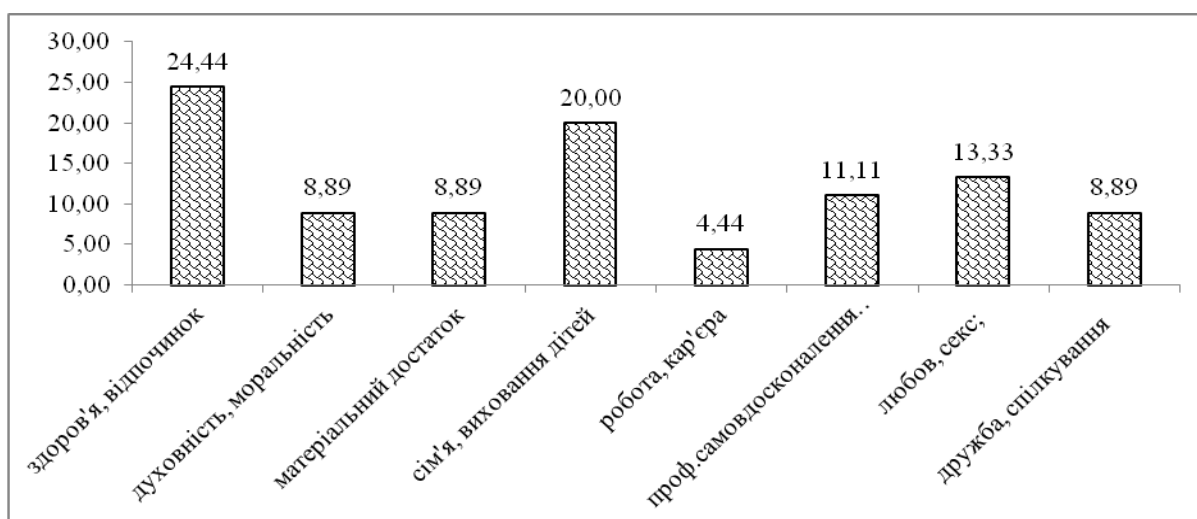
Відносно високий показник розриву значущості та доступності цінностей виявлено у сфері міжособистісних відносин («наявність хороших і вірних друзів» – різниця рангів 6; «З»>«Д»; «щасливе сімейне життя» – різниця рангів 3; «З»>«Д»; «любов» – різниця рангів 4,5; «З»>«Д») в осіб з низьким рівнем адаптованості ( $p \leq 0,01$ ). Це свідчить про те, що в них найбільш напруженою

(конфліктогенною) сферою є сфера міжособистісних стосунків. В осіб з високим рівнем адаптованості значущість цінностей міжособистісних стосунків несуттєво випереджає їх доступність («наявність хороших і вірних друзів» – різниця рангів 0,5; «З» > «Д»; «щасливе сімейне життя» – різниця рангів 1; «З» > «Д»; «любов» – різниця рангів 0,5; «З» > «Д»).

Отже, в осіб з високим рівнем адаптованості бажані цінності цілком доступні для реалізації, тоді як в осіб з низьким рівнем адаптованості спостерігаються сумніви з приводу втілення своїх цілей і низьку готовність до подолання перешкод. На основі цього можна констатувати, що чим нижчий рівень неузгодженості між значущістю цінності та її доступністю, тим вищою є адаптованість майбутніх медичних працівників. А збільшення дистанції співвідношення цінності і доступності у сфері міжособистісних відносин буде відображатися не лише на рівні суб'єктивного благополуччя, але й на адаптації особистості. Виявлені взаємозв'язки між індексом адаптованості та індексом розходження значущості та доступності («З» – «Д») у сфері міжособистісних стосунків логічно пов'язуються як з віково-соціальними характеристиками респондентів, так і зі змінами конкретної соціальної ситуації (переживання труднощів адаптаційного періоду).

Одержані результати послужили стимулом для включення у розроблену нами анкету «Мотиваційно-ціннісний портрет майбутнього медичного працівника» питань, що стосуються життєвих цінностей (додаток Ж). Відповіді на спонуку «Окресліть свої життєві цінності» були неоднорідні. Зокрема, найвищою цінністю для студентів є здоров'я, якому мав би посприяти відпочинок. Майже чверть респондентів (24,44%) поставили цю життєву цінність на перше місце, 20% – на друге та 29,6% – на третє. Варто зазначити, що цінність здоров'я посідає першу рангову позицію не лише в наших респондентів (рис. 3.7), але й у дослідженнях майбутніх педагогів та психологів (М. Гринців [70], В. Дуб [82] та ін.). Проте для майбутніх медичних працівників це не лише піклування про власне здоров'я – це філософія їхнього професійного життя.

Наступними за популярністю є сімейні цінності, яким віддали перевагу 20% респондентів. 10% майбутніх медичних працівників помістили їх на другу рангову позицію, а ще 11,1% – на третю. Це вік, коли відбувається активний пошук супутника життя, коли сімейні цінності стають ключовими в цілісній ціннісно-смысловій структурі особистості молодої людини. У цьому контексті варто звернути увагу на третю за рангом цінність – любов, секс, яку поставили на першу позицію 13,3% досліджуваних нами респондентів, 16,7% на другу та 11,1% – на третю. 30% респондентів так чи інакше надали перевагу духовно-моральним цінностям. З них 8,9% вважають їх найважливішими, для 10% вони посідають друге місце за важливістю, а 11,1% помістили цю цінність на третю рангову позицію.

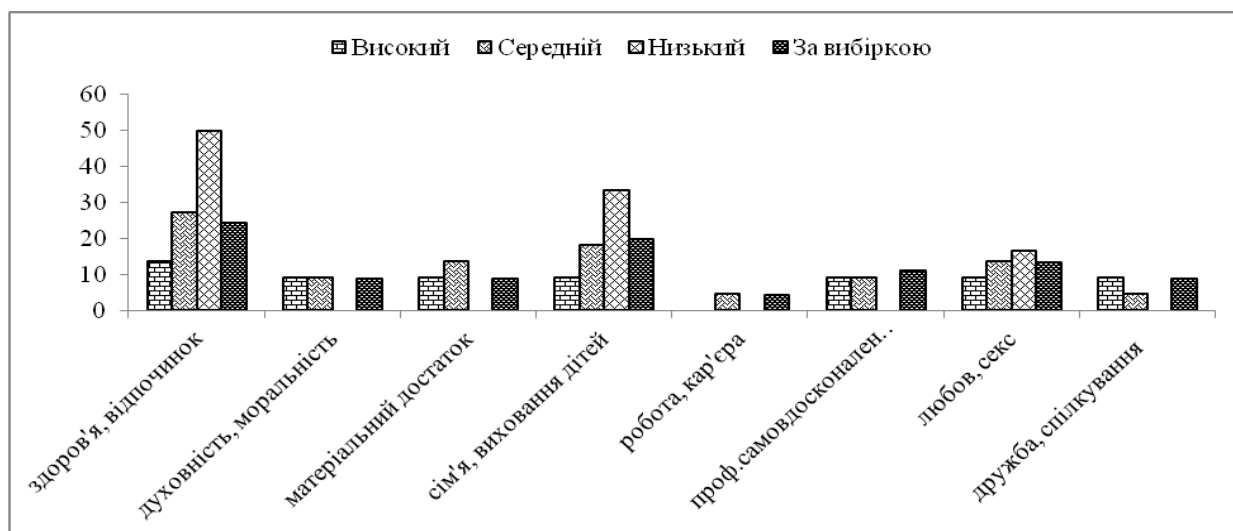


**Рис. 3.7. Ранговий розподіл цінностей за вибіркою (цінності з першим рангом)**

Аналіз за рівнями адаптації засвідчив таку рангову ієрархію цінностей (рис. 3.8). У 50% майбутніх медичних працівників з низьким показником рівня адаптації на першому місці знаходиться цінність «здоров'я, відпочинок». Цінності «сім'я, виховання дітей» віддали перевагу 33,3% респондентів (друга рангова позиція), а третій ранг посіла цінність «любов, секс» (16,7%). У цієї групи спостерігається чітка диференціація ціннісних переваг, що до певної міри відтворює ціннісний профіль за вибіркою загалом. Однак у відсотковому відношенні їх показники вищі за середньогрупові.

Щодо цінностей студентів з високим рівнем адаптації, то усі вони, за винятком цінності «здоров'я та відпочинок» (13,64% респондентів), є однаково пріоритетними. Якщо цінність «робота, кар'єра» не є пріоритетною, то усім іншим цінностям 9,1% респондентів віддали перевагу, поставивши їх на першу рангову позицію.

Показники розподілу ціннісних переваг студентів із середнім рівнем адаптації також подібні до рангового розподілу за вибіркою. «Здоров'ю, відпочинку» віддали перевагу 27,3% респондентів, «сім'ї, вихованню дітей» – 18,2%, а «любові й сексу» – 13,6% (рис. 3.8). Водночас діапазон цінностей респондентів із середнім рівнем адаптації дещо ширший, ніж у студентів з низьким рівнем, що підтверджує положення про залежність рівня адаптації від різноспрямованості системи цінностей.



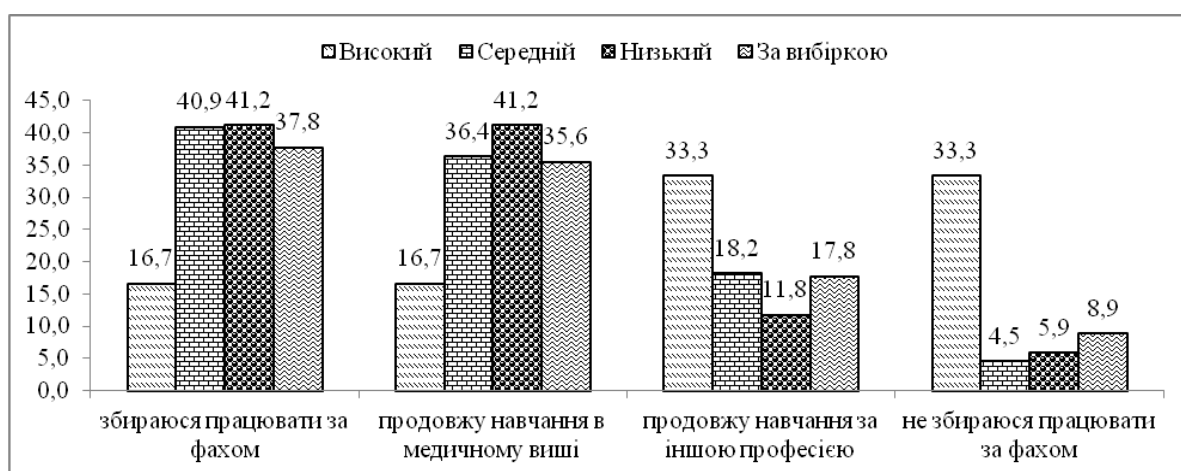
**Рис. 3.8. Ранговий розподіл цінностей за рівнями адаптації**

Професійно-орієнтовані цінності займають середню позицію в цілісній ціннісно-смісловій структурі майбутніх медичних працівників. 11,1% з них поставили цінність «професійне самовдосконалення» та «самопізнання» на першу позицію, 13,3% – на другу і 11,1% – на третю. Проте цінність «робота, кар'єра» лише 4,4% респондентів поставили на першу позицію, 6,7% – на другу та 11,1% – на третю.

Така ціннісна зорієнтованість цілком відповідає їх професійним і життєвим перспективам. Проаналізувавши зміст міркувань майбутніх медичних працівників

на кшталт: «Що Ви плануєте роботи після закінчення коледжу?» та «Ким би Ви хотіли бачити себе за десять років?», ми отримали відповіді, що цілком співзвучні з їхніми професійно-ціннісними настановами (рис 3.9).

Так, лише 37,8% студентів збираються потім працювати за фахом. Найменша кількість з них припадає на студентів з високим рівнем адаптованості (16,7%), а найбільша – на низький (40,9%) та середній (41,2%). Практично усі респонденти планують продовжити навчання за фахом у вищому навчальному закладі. Проте третина респондентів (33,3%) з високим рівнем адаптованості не збираються працювати за фахом, продовживши навчання у вишах за іншою спеціальністю.

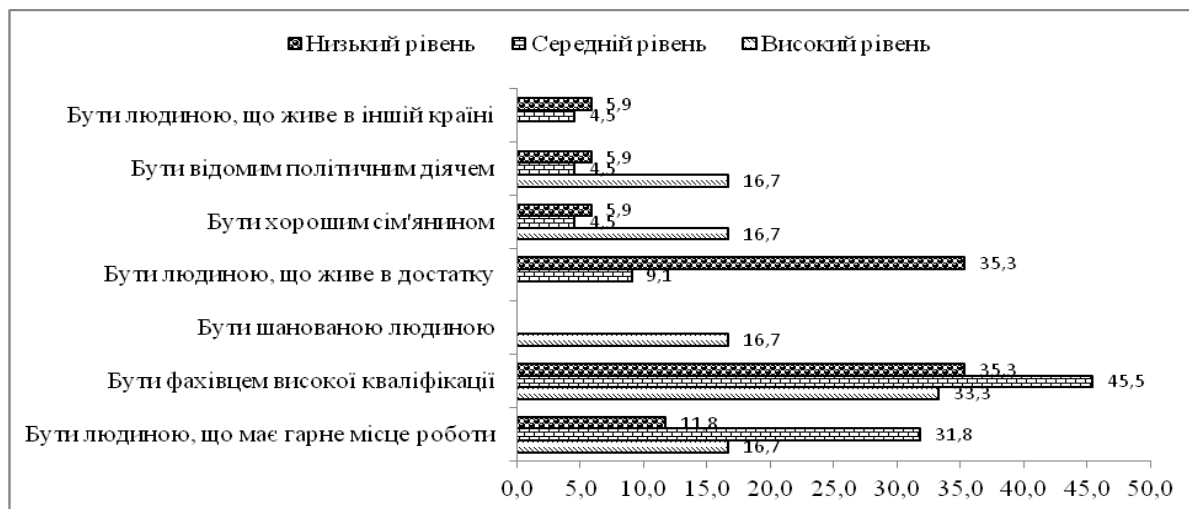


**Рис. 3.9. Показники уявлень студентів медичного коледжу про діяльність у майбутньому**

Не збираються пов'язувати своє майбутнє життя з медициною 22,7% респондентів із середнім рівнем адаптації. 18,2% з них орієнтуються на іншу професію, а 4,5% готові загалом не працювати в медичній сфері. Щодо респондентів з низьким рівнем адаптованості, то 11,8% планують обрати іншу професію, а 5,9% навіть чути не хочуть про медицину.

Щодо відповідей на питання: «Ким би Ви хотіли бачити себе за десять років?», то ціннісні уподобання досліджуваних нами респондентів досить різноманітні (рис. 3.10). Зокрема, 16,7% респондентів з високим рівнем адаптованості готові в майбутньому розпочати політичну діяльність і домогтися

при цьому хорошого місця праці та належного соціального статусу. У цьому їм сприятиме досягнутий ними високий рівень фаховості.



**Рис. 3.10. Показники рефлексування майбутнього студентами медичного коледжу**

Респонденти з низьким рівнем адаптованості (35,5%) на перший план ставлять добробут, який вони можуть отримати, ставши фахівцем високої кваліфікації. Проте близько 6% задля цього готові покинути країну чи вибрати політичну кар'єру. Майбутні медичні працівники із середнім рівнем адаптованості надають перевагу фаховості (45,5%) та бачать себе на «хорошому» місці роботи.

Такі результати ми пояснюємо тим, що, адаптувавшись до навчальної діяльності на етапі інтенсифікації, студенти з високим рівнем адаптації віддають перевагу мотивам особистісного розвитку, створення сім'ї тощо, про що згадувалося вище. Саме в цей період у них найчастіше змінюється ставлення до процесу оволодіння професією, та й самої професії.

Отже, проведений аналіз ціннісних переваг майбутніх медичних працівників підтвердив висунуте нами припущення, що збалансованість системи цінностей позитивно впливає на рівень адаптації особистості до того середовища, у якому вона перебуває, а її акцентуація – вносить дисбаланс у цей процес.

У системі ціннісних орієнтацій, як і на першому етапі професіоналізації, спостережено неузгодженість двох рівнів – уявлення і поведінки. Найбільш значущою і конфліктогенною зоною в адаптованих та неадаптованих майбутніх

медичних працівників є сфера міжособистісних стосунків (друзі, любов, сім'я). Уважаємо, що внутрішній конфлікт створює не сама собою розбіжність показників значущості та доступності, а ставлення суб'єкта до цієї неузгодженості, характер осмислення цього процесу з позиції більш широкого життєвого контексту. Зокрема, особистість з високим рівнем суб'єктивного благополуччя в ситуації адаптації відрізняється більшою впевненістю в досягненні бажаного і оптимістично оцінює життєві перспективи, тоді як особистість з низьким рівнем суб'єктивного благополуччя сумнівається у втіленні своїх цілей і низько оцінює власну готовність до подолання перешкод.

Загалом у системі ціннісних настанов помітні загальновікові закономірності становлення життєвих цінностей і смислів. Водночас виявлено відмінності в ціннісних пріоритетах студентів з різним рівнем адаптованості. Як свідчать результати вивчення ціннісних переваг майбутніх медичних працівників, адаптаційними постають цінності, що відображають сімейні, особисті та частково духовно-моральні аспекти особистості. Їхня задоволеність є визначальною в рівні адаптації до професійного середовища, у межах якої вони перебувають. Професійні цінності не є ключовими у структурі Я-концепції майбутніх медичних працівників, а тому суттєво не впливають на їхню адаптацію. За таких обставин лює рефлексивно-регуляторна здатність суб'єкта професіоналізації. Вивченню саме цієї особистісної здатності присвячений наступний етап нашого дослідження.

### **3.2. Регуляторний ресурс адаптації майбутніх медичних працівників**

#### **3.2.1. Місце саморегуляції в структурі адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності**

Одним із компонентів регуляторного ресурсу у структурі особистісних ресурсів адаптації є саморегуляція як цілісна система психічних засобів, за допомогою яких людина здатна керувати своєю цілеспрямованою активністю [153]. Згідно з концепцією В. Моросанової, основними функціональними

компонентами моделі саморегуляції є мета діяльності, модель значущих умов, програма виконавських дій, критерії успішності, оцінювання результатів, корекція.

Ці функціональні компоненти реалізуються одним із регуляторних процесів, до яких належить: планування цілей, моделювання значущих для досягнення мети умов, програмування дій, оцінювання, корекція результатів. Згадані процеси між собою взаємопов'язані, мають складну архітектуру і можуть реалізовуватися як послідовно, так і паралельно. Саморегуляція постає як єдиний процес, забезпечуючи мобілізацію та інтеграцію психологічних ресурсів людини задля досягнення цілей діяльності і поведінки [153].

Загальний рівень саморегуляції, як інтегральна характеристика індивідуальної саморегуляції, відображає актуальні можливості людини усвідомлено ініціювати і управляти довільною активністю. Як показали дослідження В. Моросанової [там само], що вищий рівень усвідомленої саморегуляції, то вищі можливості людини в оволодінні новими видами діяльності і тим ширше коло діяльностей, які людина може опанувати (за наявності спеціальних здібностей і відповідної мотивації). На первинному етапі професіоналізації основною метою є оволодіння професійною діяльністю. Підвищення загального рівня саморегуляції забезпечує успішне засвоєння теоретичних і практичних основ професійної діяльності. На етапі реалізації особистості в професійній діяльності (робота під час виробничої практики в лікувальних закладах (початковий етап професійної реалізації) і особливо безпосередня робота за фахом після закінчення навчального закладу) підвищення загального рівня саморегуляції забезпечує розширення видів діяльностей у межах обраної професії і реалізацію творчого підходу до виконання професійних функцій.

Для діагностики рівня та особливостей саморегуляції, відображених в її індивідуальному профілі (показники планування, моделювання, програмування, оцінки результатів, гнучкості та самостійності) ми використали методику В. Моросанової «*Стиль саморегуляції поведінки – ССП–98*». Одержані нами

результати за шкалою *планування*, яка характеризує індивідуальні особливості постановки цілей, усвідомлене планування діяльності сформоване на середньому рівні ( $X=4,79 \pm 1,03$ ) (табл. 3.5). Ці особливості вказують на недостатність розвитку потреби планування, лабільності та нестабільності цілей, домінування ситуативного планування, яке, зазвичай, зазнає впливу довкілля.

Таблиця 3.5

**Показники середніх тенденцій регуляторних ланок  
майбутніх медичних працівників**

| Параметри              | На етапі професійного навчання |          |     |       |
|------------------------|--------------------------------|----------|-----|-------|
|                        | X                              | $\sigma$ | Mo  | Me    |
| Планування             | 4,79                           | 1,03     | 5   | 5     |
| Моделювання            | 3,47                           | 1,3      | 3,5 | 3     |
| Програмування          | 3,52                           | 1,09     | 3   | 3     |
| Оцінювання результатів | 4,3                            | 1,22     | 4   | 4     |
| Гнучкість              | 4,32                           | 1,11     | 4   | 4     |
| Самостійність          | 4,58                           | 1,40     | 5   | 5     |
| ЗПС                    | 24,55                          | 2,93     | 24  | 24,25 |

Шкала *моделювання*, що характеризує індивідуальну розвиненість уявлень про зовнішні і внутрішні значущі умови, ступінь їх усвідомленості та адекватності на етапі професійного самовизначення, має низькі показники ( $X=3,47 \pm 1,3$ ). Отримані результати очевидні за неадекватністю оцінки значущих внутрішніх умов і зовнішніх обставин, яку супроводжують перепади ставлення до розвитку ситуації і наслідків своїх дій. Уважаємо, що на наступних етапах професійної адаптації та реалізації особистості в професійній діяльності, за умови роботи над собою або цілеспрямованого зовнішнього впливу, показники за цією шкалою можуть зростати. Це допоможе майбутньому фахівцеві підвищити здатність виокремлювати значущі умови досягнення цілей як у поточній ситуації, так і в перспективі.

Показники за шкалою *програмування*, які знаходяться в діапазоні низьких значень ( $X=3,52 \pm 1,09$ ), свідчать про невміння досліджуваних нами респондентів продумувати послідовність своїх вчинків. Вони діють імпульсивно, не можуть самостійно сформувати програму дій, часто стикаються з невідповідністю

отриманих результатів та цілей діяльності і одночасно з цим не вносять змін до програми дій, припускаючись проб і помилок.

За шкалою *оцінювання результатів*, що характеризує індивідуальну розвиненість і адекватність оцінки досліджуваними себе і наслідків своєї діяльності та поведінки, під час професіоналізації (на усіх етапах) показники знаходяться в діапазоні середніх значень ( $X=4,3\pm 1,18$ ). Така адекватність оцінки свого професійного вибору, своєї поведінки у процесі професійної адаптації дає змогу оперативно вносити корективи у систему поведінки відповідно до нових вимог, ситуаційних чинників.

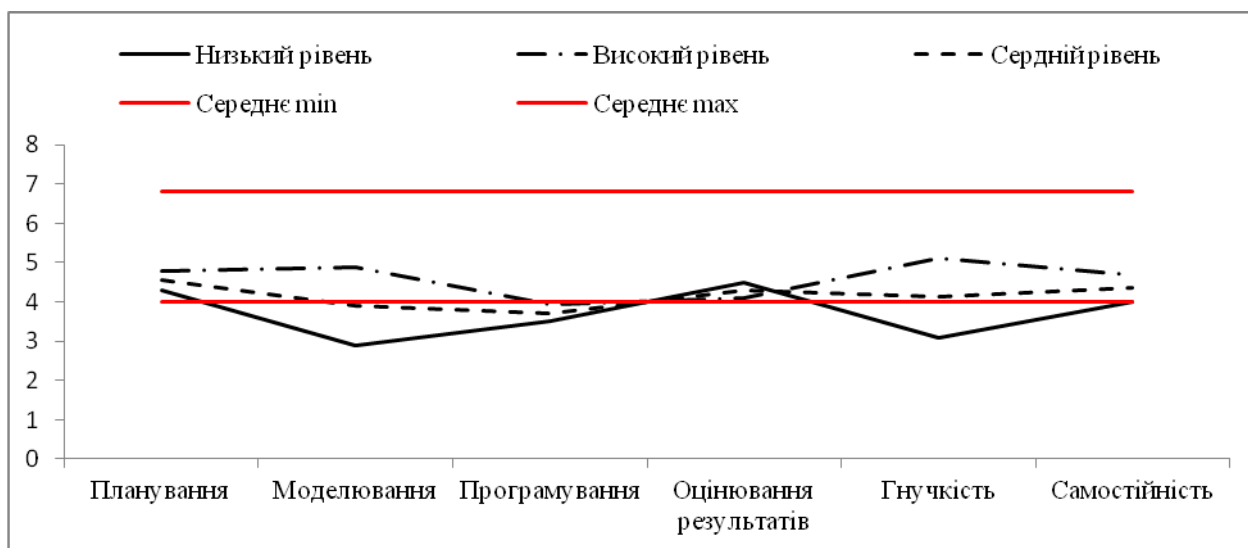
Дослідження рівня сформованості регуляторної *гнучкості*, яка постає як властивість у системі саморегуляції особистості і характеризує здатність перебудовувати, вносити корективи в регуляторний процес при зміні зовнішніх або внутрішніх умов, уможливило одержати середні показники ( $X=4,31\pm 1,1$ ). Це свідчить про посередню пластичність саморегуляції в новій ситуації, що може детермінувати труднощі під час адаптації на первинному етапі професіоналізації. Недостатність пластичності регуляторних процесів, на нашу думку, пов'язана з низьким рівнем програмування, що, своєю чергою, є наслідком недостатнього оволодіння професійними вміннями і навичками.

Шкала *самостійності*, що характеризує рівень розвитку регуляторної автономності, демонструє середній рівень розвитку ( $X=4,32\pm 1,2$ ) цієї особистісної властивості у досліджуваних нами майбутніх медичних працівників. Йдеться про їхнє прагнення бути автономними в організації власної активності, бажання самостійно планувати діяльність і поведінку, організовувати роботу з досягнення поставленої мети, контролювати хід її виконання, аналізувати і оцінювати як проміжні, так і кінцеві результати діяльності. Проте на сьогодні вони дещо залежні від думок і оцінок довкілля, без сторонньої допомоги яких можуть виникати регуляторні збої.

Диференціювання показників саморегуляції за рівнями адаптованості засвідчило деякі їх особливості. Зокрема, спостерігаються суттєві відмінності у

досліджуваних нами респондентів за показниками «гнучкості» та «моделювання» (рис. 3.11).

Відносно високі значення за ланкою «моделювання» (4,9 бала) діагностовано в майбутніх медичних працівників з високим показником адаптованості, середні з тенденцією до низького (3,9) у респондентів із середнім рівнем адаптованості та дуже низький (2,9) – у низькоадаптованих. Регуляторна гнучкість найсильніше розвинена в респондентів з високою адаптованістю (5,13), а найслабше – з низькою (3,1). Загалом це ті регуляторні ланки, які безпосередньо стосуються адаптаційного процесу. Адже здатність виділяти значущі умови досягнення цілей стосовно поточної та майбутньої ситуації, уміння оцінити їх відповідність поставленим цілям, а при зміні внутрішніх і зовнішніх умов провести їх корекцію є одними із чинників ефективної адаптації. Регуляторна гнучкість передбачає пластичність усіх регуляторних процесів. У ситуації мотиваційно-ціннісної неоднорідності, що властиво респондентам з високим показником адаптивності, така особистісна властивість (гнучкість) відіграє вирішальну роль.



**Рис. 3.11. Регуляторні профілі майбутніх медичних працівників за рівнями адаптованості**

Щодо інших регуляторних ланок, то в усіх респондентів спостерігаються подібні результати. Особливо щодо показників «програмування» (3,5 бала – з

низьким рівнем; 3,95 – з високим рівнем; 3,7 – із середнім рівнем), «оцінювання результатів» (4,5 – з низьким рівнем; 4,1 – з високим рівнем; 4,3 – із середнім рівнем). Дещо вищий бал за шкалою «оцінювання результатів» у майбутніх медичних працівників з низьким рівнем адаптації пояснюється їх надмірним внутрішнім контролем. Проте їм бракує самостійності визначення цілей та програмування власних дій.

Проведений кореляційний аналіз показників адаптивності та функціонування регуляторних ланок підтвердив особливості взаємодії процесу саморегуляції та адаптації (табл. 3.6). Зокрема, статистично значущий зв'язок шкали «адаптивність» та таких ланок процесу саморегуляції, як «моделювання» ( $r = 0,293$  при  $p \leq 0,01$ ) та «гнучкість» ( $r = 0,319$  при  $p \leq 0,01$ ), пояснює високий рівень розвитку цих шкал у «адаптованих» майбутніх медичних працівників та низький рівень прояву за вибіркою загалом.

Таблиця 3.6

**Кореляційна матриця взаємозв'язку адаптованості та саморегуляції**

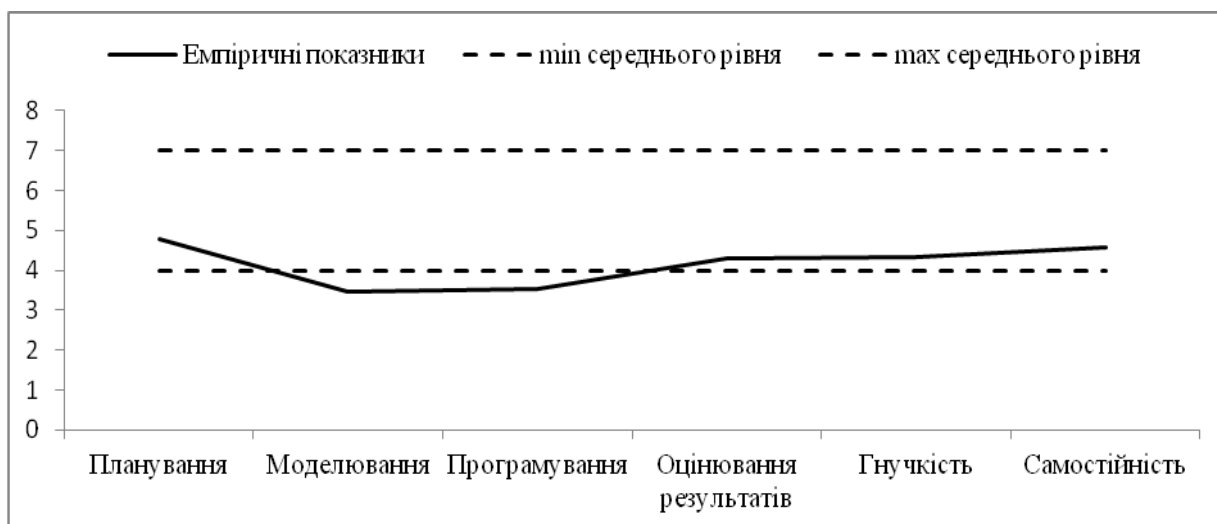
|                      | Планування | Моделювання   | Програмування | Оцінка результату | Гнучкість     | Самостійність | ЗРС           |
|----------------------|------------|---------------|---------------|-------------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>Адаптація</b>     | 0,148      | <b>0,293*</b> | 0,203         | -0,105            | <b>0,319*</b> | 0,142         | <b>0,299*</b> |
| Прийняття себе       | 0,099      | -0,293*       | -0,199        | 0,191             | -0,235        | 0,058         | -0,152        |
| Прийняття інших      | 0,214      | -0,261        | -0,098        | 0,057             | -0,215        | -0,043        | -0,205        |
| Емоційний комфорт    | 0,183      | -0,261        | -0,128        | 0,178             | -0,340        | 0,042         | -0,029        |
| Інтернальність       | 0,141      | -0,233        | -0,181        | 0,025             | -0,252        | 0,086         | 0,009         |
| Прагнення домінувати | 0,115      | -0,021        | -0,076        | 0,279             | 0,005         | 0,149         | 0,058         |

Прим. Кореляція значуща на рівні  $p \leq 0,05$ .

Підтвердилося наше припущення, що адаптованість особистості значною мірою визначається її загальною регуляторною здатністю. Свідченням цього є статистично значущий зв'язок між шкалою «адаптація» та показником загального рівня саморегуляції ( $r = 0,293$  при  $p \leq 0,01$ ). Тому кореляційний аналіз засвідчив

провідну роль здатності до саморегуляції у забезпеченні адаптованості особистості до певного середовища, серед інших і професійного.

Дослідження системи саморегуляції майбутніх медичних працівників дало змогу виявити деякі тенденції. Зокрема, їхня система саморегуляції характеризується відносною гармонійністю та середньою вираженістю показників загального рівня саморегуляції. Немає яскраво виражених «піків» за окремими регуляторними ланками, що свідчило б про їх акцентуацію (рис. 3.12) (взірці регуляторних профілів, запропонованих В. Моросановою, представлені у додатку И). Останнє свідчить про відносну узгодженість та «гармонійність» цілісного процесу саморегуляції, хоча й на посередньому рівні, де непотрібні дії, які б забезпечували компенсацію слаборозвинених ланок високорозвиненими.



**Рис. 3.12. Регуляторний профіль майбутніх медичних працівників**

Змістовий бік системи саморегуляції, представлений розвиненістю таких ланок, як планування, моделювання, програмування, оцінювання результатів, гнучкість, самостійність, відображає зміст того етапу професіоналізації, на якому знаходяться досліджувані нами майбутні медичні працівники. Наприклад, спостерігаються відносно низькі показники за всіма параметрами системи саморегуляції, репрезентованих регуляторними ланками. Це пов'язано з двома факторами: по-перше, з онтогенетичними особливостями формування системи саморегуляції особистості; по-друге, з особливостями самого процесу професійного становлення особистості. Варто відзначити, що на відміну від етапу

професійної реалізації, де суб'єкт знаходиться «в професії», етап навчання професії (первинна професіоналізація) відображає процес становлення професіонала.

Залежно від рівня адаптованості, на якому знаходяться майбутні медичні працівники, спостережено відмінності у їх регуляторному профілі. Респонденти з високим показником рівня адаптованості відрізняються розвиненістю ланок «моделювання» та «гнучкості», тоді як слабоадаптовані – ланок «планування» і «оцінювання результатів».

Уважаємо, що за умови цілеспрямованого психологічного супроводу можна сподіватися на позитивну динаміку розвитку системи саморегуляції. Це може відбуватися за умови посилення ролі внутрішніх процесів, що містять моніторинг, контроль і управління своїми діями, думками і емоціями під час професіогенезу. З огляду на це виникає потреба розгляду тих особистісних ресурсів, які затрачає суб'єкт, виконуючи регуляторні дії, у процесі адаптації до професійного середовища. Найкраще це можна простежити, досліджуючи диспозиції, які займає суб'єкт під час контролю за дією.

Несиметричний розвиток ланок регуляторного процесу та регуляторних якостей дає можливість за рахунок прояву сильно розвинених з них компенсувати слабо розвинені. Таку особливість вперше помітив Ю. Куль (J. Kuhl), який акцентував на ролі вольових процесів у контролі за дією. Автор запропонував теорію контролю за дією, у якій йдеться про внутрішню трансформацію енергії, що дає змогу людині виходити на менш енерговитратні способи життєдіяльності [298]. Ю.Куль розрізняє опосередковані процеси контролю за дією і процеси, що забезпечують поточний контроль. Останні регулюють динамічну дію крок за кроком. Ю. Куль виокремлює сім видів процесів, що сприяють реалізації інтенції: селективна увага, контроль кодування, контроль емоцій, мотиваційний контроль, контроль навколишнього середовища, економна переробка інформації, долаття невдачі [цит. за: 239, с. 317–318]. Усі вони актуалізуються тоді, коли реалізація інтенції є під загрозою через слабкість мотиваційної тенденції, яка є для неї засадничою або через виникнення на її шляху внутрішніх чи зовнішніх перешкод.

Узагальнення позиції Ю. Куля дає можливість репрезентувати його погляд кількома постулатами. Вибір (селекція) однієї з можливих альтернатив дії в межах мотиваційного процесу ще не означає реалізації обраного варіанту дії. Для неї часто необхідний додатковий, вольовий процес контролю за дією. Це стає очевидним у тих ситуаціях, коли тенденції конкурують, перешкоджаючи реалізації конкретної дії. Будь-яка діяльність чи процес потребують узгодженості усіх своїх ланок, стадій чи етапів. Особливо це стосується структури. Способи досягнення мети, які гармоніювали б з метою та задовольняли мотиваційні тенденції обох сторін, потребують певних суб'єктних зусиль, представлених Ю. Кулем у вигляді двох модусів: орієнтації на дію (*Handlungsorientierung*) (ОД-диспозиція) і орієнтації на стан (*Lageorientierung*) (ОС-диспозиція). Якщо, орієнтуючись на дію, відбувається постійне «виштовхування» суб'єкта в діяльність, то за умови орієнтації на стан виникають персеверуючі розумові процеси, пов'язані з минулим, теперішнім або майбутнім станом суб'єкта. Отже, орієнтація на дію створює більш сприятливі умови для використання стратегій контролю (Ю. Куль).

Однією з умов виникнення орієнтації на стан є неконгруентність поточної інформації, коли в суб'єкта з'являються почуття подиву і потреба уточнити інформацію до початку дії. Однак якщо з неконгруентністю інформації суб'єкт може впоратися досить швидко, то друга умова, що зумовлює формування модусу орієнтації на стан, є набагато тривалішою. Це стосується стану (структури) інтенції. На думку Ю. Куля, інтенція складається з низки елементів, об'єднаних в єдину систему. Якщо який-небудь з елементів відсутній або недостатньо виражений, то виникає неповноцінна інтенція (*degenerierte Intention*), яка постійно відтворюється, але не може втілитися в дію.

Залежно від того, який з елементів цієї системи порушений, постають відмінності модусів орієнтації на стан. Зокрема, якщо не уточнені параметри дії, яку суб'єкт має намір здійснити (як це буває, наприклад, після багатьох безуспішних спроб діяти), то виробляється модус орієнтації на стан, спрямований на уникнення невдачі. Суб'єкт постійно думає про можливу невдачу, що негативно

відображається на діяльності, відволікає від дій, пов'язаних з досягненням мети, тоді як ці дії вимагають значної концентрації уваги.

Неповноцінним може виявитися, наприклад, елемент інтенції, який відповідає за зв'язок з метою (елемент «я дійсно хочу цього»). У такому випадку під час формування інтенції суб'єкт постійно вагається: він не може ні відмовитися від діяльності, ні розпочати її реалізацію. У цьому випадку можна говорити про модус орієнтації на стан, пов'язаний з *прийняттям рішення*.

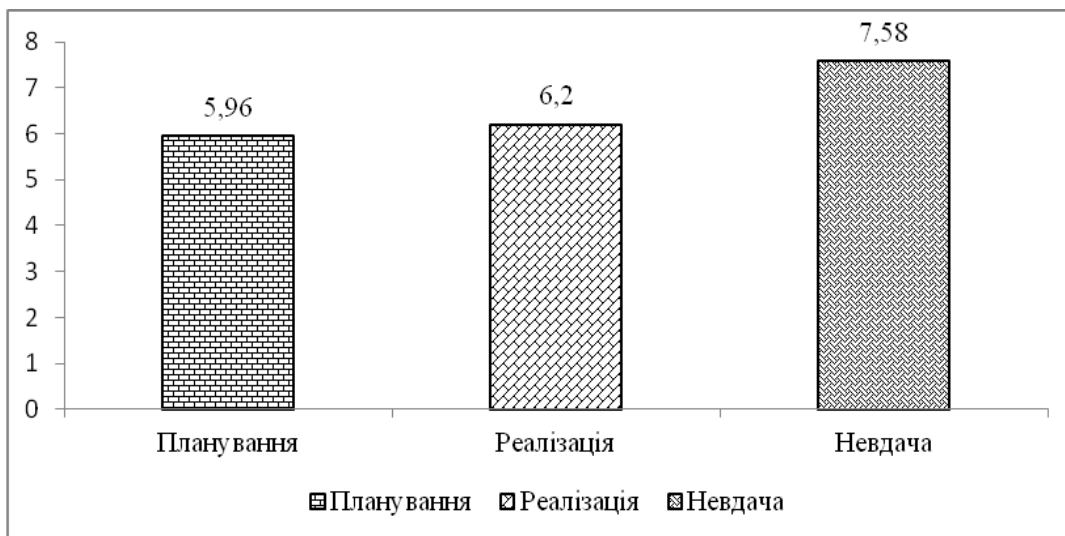
Ще один модус орієнтації на стан, пов'язаний з *реалізацією діяльності*. Він виникає за умови, якщо увагу суб'єкта акцентовано на одному з елементів системи, водночас інші залишилися поза увагою. Це можливо тоді, коли бажаний цільовий стан стає для суб'єкта занадто цінним, унаслідок чого деякі етапи діяльності не можуть бути уточнені достатньою мірою, що, зрештою, негативно позначається на реалізації діяльності.

Отже, вивчення орієнтованості майбутніх медичних працівників на стан (ОС–суб'єкти) або дію (ОД–суб'єкти) на етапі контролю за дією, пов'язаного з *прийняттям рішення*, контролю за дією, пов'язаного з *реалізацією*, та контролю за дією, пов'язаного з *орієнтацією на невдачу*, дасть можливість з'ясувати «енергізацію» їхньої власної поведінки під час виконання регуляторних дій в адаптаційному процесі. З цією метою було використано методика Ю. Куля «Контроль за дією» [168].

Проведене дослідження не виявило за шкалами «планування» («прийняття рішення») (5,96) та «реалізація» (6,2) суттєвого домінування однієї з диспозицій – ОД чи ОС. (рис. 3.13), що засвідчує раціональний розподіл внутрішніх ресурсів під час планування та реалізації дій. Йдеться про узагальнені показники за усією вибіркою. Розглянемо відмінності прояву контролю за діями відповідно до рівнів адаптованості майбутніх медичних працівників.

Так, за шкалою «планування» що пов'язана з *прийняттям рішення*, ОД–диспозицію (тобто отримали високі бали) виявили 28,57% респондентів з високим рівнем адаптованості, 52,94% – із середнім та 14,29% – з низьким. Відповідно ОС–

диспозиція властива 52,38% слабоадаптованим респондентам, 17,65% середньоадаптованим та 14,29% – з високим показником рівня адаптованості.



**Рис. 3.13. Показники прояву контролю за дією на основі різних шкал у майбутніх медичних працівників**

*Прим.: середнє значення за методикою становить 6 балів. Високі значення свідчать про орієнтацію на дію, а низькі – на стан.*

Описуючи рівні саморегуляції, ми констатували, що у слабоадаптованих респондентів сильніше розвинута ланка «планування». Однак, як бачимо, це супроводжується надмірними енергетичними затратами (ОС–диспозиція). Тому такі результати свідчать про необхідність цілеспрямованої роботи для «економії» енергетичних ресурсів та переорієнтації з ОС на ОД–диспозицію.

У ситуації контролю за дією, пов'язаною з *реалізацією прийнятого рішення*, ОД–диспозицію виявлено у 42,86% респондентів з високим показником адаптованості, 52,94% – із середнім та 14,29% – з низьким. Це свідчить про те, що, реалізуючи наміри, половина адаптованих респондентів та тих, для яких характерний середній рівень адаптованості, справляються із цим без особливих зусиль (ОД–диспозиція). 17,65% середньоадаптованих респондентів та 28,57% слабоадаптованих докладають суттєві зусилля для реалізації запланованих дій (ОС–диспозиція). Інші респонденти (а це половина слабоадаптованих (57,14%) та адаптованих (57,14%)) затрачають при цьому помірні зусилля.

Контролюючи дію, пов'язану з *орієнтацією на невдачу*, респонденти продемонстрували ОД–диспозицію. Отриманий показник (7,58 бали) свідчить про те, що ситуацію невдачі вони не сприймають як небезпечну чи «трагічну», а тому її вирішення відбувається під час конкретної діяльності. Емоційна напруженість у разі невдачі є для них відносно низькою, незважаючи на об'єктивно високу операційну напруженість. Перешкоди, які з'являються при діяльності, зумовлюють мимовільне зростання зусиль суб'єкта, спрямованих на досягнення мети. Найяскравіше цю тенденцію помітно у майбутніх медичних працівників з високим рівнем адаптованості (8,57 бала). 85,71% з них виявили орієнтованість на дію з показником від 8 до 11 балів. Серед майбутніх медичних працівників із середнім рівнем адаптованості 47,1% орієнтовані на дію (ОД–диспозиція) та 23,53% – на стан (ОС–диспозиція). У 29,41% виявилися усереднені показники за цим критерієм, тобто для них можлива як ОД, так і ОС–диспозиція. Щодо респондентів з низьким рівнем адаптованості, то 57,14% орієнтовані на стан і 38,1% – на дію.

Узагальнюючи подані результати, можна констатувати таке: у досліджуваних нами майбутніх медичних працівників спостережено незначну перевагу тенденції орієнтуватися на стан (ОС–суб'єкти) за шкалою «планування» (прийняття рішення). Домінування такого типу вольової регуляції, як «самоконтроль» супроводжується прагненням підвищити рівень власної суб'єктної активності та викликає, порівняно з операційною, досить високу емоційну напруженість. Тому в деяких ситуаціях досліджуваним важко вдається тримати під контролем увесь процес прийняття рішення та реалізацію наміру.

У разі невдачі, яку може спричинити відсутність суб'єктивного досвіду переживання такого стану, вони самовільно приймають рішення. Іншими словами, дія ґрунтується на повноцінному намірі, керується ніби сама собою і не вимагає постійного контролю з боку свідомості. Залучений у цей процес такий тип вольової регуляції, як «саморегуляція», супроводжується мимовільною увагою до цільового об'єкта і відсутністю зусиль з боку суб'єкта, спрямованих на надмірну енергізацію власної поведінки.

### 3.2.2. Копінг-стратегії як регуляторний компонент адаптаційного процесу

Майбутній медичний працівник у своїй діяльності стикається з ситуаціями, які вимагають від нього активних і гнучких способів психологічної адаптації. Адже професійній діяльності цих фахівців властивий вплив значної кількості стресогенних факторів, пов'язаних зі специфікою медичної діяльності. Окрім цього, свої вимоги ставить саме професійне середовище, у якому їм доведеться працювати, зокрема стосунки, які зароджуються між медичними працівниками. Тому розуміння факторів, що впливають на ефективність процесу адаптації і на збереження рівноваги в системі «суб'єкт праці – професійне середовище», має безсумнівне значення для вибору шляхів і засобів управління процесом професійної адаптації. Способи його взаємодії з життєвими ситуаціями виступають як у вигляді психологічного захисту, так і конструктивної активності особистості (копінга), спрямованої на оволодіння ситуацією. З огляду на це доречним є дослідження копінг-стратегій як чинника успішності адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності.

Основні підходи до розуміння копінг-поведінки розробили такі зарубіжні дослідники, як R. Lazarus & S. Folkman [281], C. Carver, M. Scheier & J. Weintraub [272], H. Weber [298], E. Wethington & R. Kessler [299], J. Schaefer, R. Moss та ін. H. Weber вважав, що coping забезпечує підтримку фізичного, психічного здоров'я і задоволеності соціальними відносинами [298]. На пострадянському просторі копінг вивчають здебільшого в контексті стресу [54; 160]. При цьому він постає як стабілізуювальний чинник, що допомагає особистості підтримувати психосоціальну адаптацію під час стресу.

На сьогодні існують три підходи до тлумачення поняття «копінг»: як один зі способів психологічного захисту (потрактовано термінами динаміки Ego), що використовується для послаблення напруги; як відносно постійна схильність відповідати на стресові події певним чином (послугуються термінами рис особистості); як динамічний процес зіткнення суб'єкта із зовнішнім світом, для якого визначальними є особливості їхньої взаємодії на різних стадіях його розвитку. Ці уявлення дають підставу вважати, що копінг-стратегії є важливим

внутрішнім ресурсом [18; 54]. Проте психологічне призначення копінга полягає в тому, щоб якомога краще адаптувати людину до вимог ситуації оволодінням, послабленням або пом'якшенням цих вимог, тим самим зменшуючи стресовий вплив ситуації.

Досліджуючи адаптацію майбутніх медичних працівників до професійної діяльності, ми виходили з необхідності з'ясувати сутність копінг-стратегій як потенціалу регуляторного особистісного ресурсу адаптації. Для цього використано методику Р. Лазаруса для діагностики стратегій оволодіння поведінкою в стресових ситуаціях [281].

Факторний аналіз копінг-стратегій за методом головних компонент продемонстрував чітке їх розмежування за двома факторами із загальним показником пояснювальної дисперсії – 58,6% (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

**Розподіл дисперсій факторів копінг-стратегій у майбутніх медичних працівників**

|                               | Компонента        |                     |
|-------------------------------|-------------------|---------------------|
|                               | Адаптивний копінг | Неадаптивний копінг |
| Планування вирішення проблеми | <b>0,822</b>      | 0,044               |
| Позитивна переоцінка          | <b>0,821</b>      | 0,296               |
| Пошук соціальної підтримки    | <b>0,806</b>      | 0,170               |
| Самоконтроль                  | 0,712             | 0,128               |
| Прийняття відповідальності    | 0,520             | 0,186               |
| Конфронтація (н/а)            | 0,121             | <b>0,814</b>        |
| Дистанціювання                | 0,119             | <b>0,802</b>        |
| Уникнення                     | 0,414             | 0,483               |

Перший фактор «*Адаптивний копінг*», що пояснює 44,1% дисперсії, утворений змінними, змістовно наповненими адаптивними копінг-стратегіями. Найбільшу факторну вагу мають такі копінги, як «планування вирішення проблеми» (0,882), «позитивна переоцінка» (0,821) та «пошук соціальної підтримки» (0,806). Тому майбутнім медичним працівникам під час вирішення проблеми властиві конструктивні дії, що ґрунтуються на детальному аналізові

ситуації з урахуванням об'єктивних умов, минулого досвіду та наявних ресурсів. Посталі проблеми вони розглядають не як перепону, а як стимул особистісного розвитку. Проте не упускають можливості під час адаптації залучити зовнішні (соціальні) ресурси. Така поведінка зумовлена потребою емоційної підтримки та емпатійного співчуття, адже вони не рідко стримують власні емоції (0,712) задля зменшення їх впливу на ситуацію.

Другий фактор – *«Неадаптивний копінг»* – пояснює 14,5% дисперсії. Ключовими в ньому виявилися два копінги: «конфронтація» з факторним навантаженням 0,814 та «дистанціювання», факторна вага якого дорівнює 0,802. Стратегія «конфронтаційний копінг» не передбачає розв'язання проблеми за рахунок цілеспрямованої поведінкової активності. Дії в її межах спрямовані на зміну ситуації або містять емоційно збуджене реагування на наявні труднощі. За домінування цієї стратегії можуть спостерігатися імпульсивність у поведінці (іноді з елементами ворожості і конфліктності), ворожість, труднощі планування дій, прогнозування їх результату, корекції стратегії поведінки, невиправдана впертість. Копінг-дії при цьому втрачають свою цілеспрямованість і стають переважно результатом розрядки емоційного напруження. Стратегію «конфронтація», зазвичай, вважають неадаптивною, однак у помірному використанні вона забезпечує опірність труднощам, енергійність при вирішенні проблемних ситуацій, уміння відстоювати власні інтереси, долати тривогу у стресогенних умовах.

Стратегія «дистанціювання» передбачає спроби подолання негативних, спричинених проблемою переживань за рахунок суб'єктивного зниження її значущості та низької емоційної участі у ній. Супроводжується використанням інтелектуальних прийомів раціоналізації, перемиканням уваги, відстороненням, знеціненням тощо. Це дає змогу знизити суб'єктивну значущість складних ситуацій і запобігти інтенсивним емоційним реакціям на фрустрацію. Водночас з'являється ймовірність знецінення власних переживань, недооцінка значущості і можливостей дієвого подолання проблемних ситуацій.

Виокремлені фактори по-різному представлені у майбутніх медичних працівників з різними рівнями адаптації. Так, найближче до узагальнених показників (тобто загалом за вибіркою) за факторним компонуванням є результат факторного аналізу копінг-стратегій респондентів із *середнім* рівнем адаптованості. Для них властива наявність двох факторів, які за своїми змістовими навантаженнями отримали назву «Позитивний конструктивізм», що пояснює 56,1% дисперсії, та «Раціональна імпульсивність» з показником 13,3% пояснюваної дисперсії (табл. 3.8). Однак якщо загалом за вибіркою найбільше факторне навантаження припало на копінг «планування вирішення проблеми», то у респондентів з середнім рівнем адаптації найвище факторне навантаження отримала копінг-стратегія «позитивна переоцінка» (додаток Б).

Таблиця 3.8

**Розподіл дисперсій факторів копінг-стратегій  
майбутніх медичних працівників з різними рівнями адаптованості**

| Ідентифіковані фактори        | Інформативність факторів (%) | Сумарна дисперсія (%) |
|-------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| Високий рівень адаптованості  |                              |                       |
| Соціальна зваженість          | 54,7                         | 74,2                  |
| Уникнення                     | 19,5                         |                       |
| Середній рівень адаптованості |                              |                       |
| Позитивний конструктивізм     | 56,1                         | 69,4                  |
| Раціональна імпульсивність    | 13,3                         |                       |
| Низький рівень адаптованості  |                              |                       |
| Самоконтроль                  | 39,17                        | 61,1                  |
| Уникнення                     | 17,76                        |                       |
| Дистанціювання                | 14,15                        |                       |

Перший фактор відображає прагнення респондентів із середнім рівнем адаптації підходити до будь-якої ситуації конструктивно, застосовуючи для її вирішення як внутрішні, так і зовнішні ресурси (0,815), контролюючи увесь процес (0,739). Позитивними для них є прагнення цілеспрямовано підходити до аналізу ситуації і можливих варіантів поведінки (0,849), вироблення оптимальної стратегії розв'язання проблеми. Водночас будь-яка ситуація постає як розвивальна (0,914).

Другий фактор, утворений неадаптивними копінг-стратегіями, ми назвали «Рациональна імпульсивність». Він об'єднує різноспрямовані копінги. Зокрема, якщо конфронтаційний копінг (0,912) спрямований або на зміну ситуації, або на відреагування негативних емоцій, викликаних труднощами адаптації, супроводжуваний імпульсивною поведінкою (іноді з елементами ворожості і конфліктності), то завдяки копінгу «дистанціювання» (0,730) відбувається суб'єктивне зниження значущості проблеми і ступеня емоційної участі в ній – за рахунок використання інтелектуальних прийомів раціоналізації, переключення уваги, відсторонення, гумору, знецінення тощо.

Це співзвучно з «розумними емоціями» Е. Роттердамського, який зазначає, що «... існує один шлях до щастя: головне пізнати самого себе; потім робити усе незалежно від пристрастей, а за велінням розуму. Але розум повинен бути здоровим і зрозумілим, тобто нехай спрямовується лише на благородне» [203, с. 116–117].

Отже, це фактори, які дають можливість конструктивно підходити до вирішення проблем, даючи при цьому можливість вийти емоціям, сублімуватися без шкоди для інших.

Копінг-стратегії майбутніх медичних працівників з *високими* показниками рівня адаптованості мають свою специфіку прояву. За результатами факторного аналізу ми також виокремили два фактори (табл. 3.8). Перший (пояснює 54,7% дисперсії) ми назвали «Соціальна зваженість». Це властивість особистості, яка характеризує міру її участі в соціальному мікросередовищі і оперта на поєднання здатності та потреби до встановлення міжособистісних контактів. Її актуальність зумовлена залученням зовнішніх (соціальних) ресурсів для розв'язання проблеми, а також пошуком різноманітної і насамперед емоційної підтримки (0,958) (додаток Б). Якщо емоційна підтримка спрямована на емпатійне співчуття, то дієва – розрахована на конкретні дії. Копінг-стратегія «пошук соціальної підтримки» має подвійний наслідок. З одного боку, вона дає можливість залучити зовнішні ресурси до адаптаційного процесу, що суттєво «економить» власні

енергетичні ресурси суб'єкта, але з іншого – з огляду на надмірні очікування від довкілля може формуватися залежна поведінка.

Як уже зазначалося, стратегія «позитивна переоцінка» (0,879) передбачає спроби подолання негативних, спричинених проблемами переживань за рахунок її позитивного переосмислення, розгляду її як стимулу для особистісного зростання. Їй притаманна орієнтованість на надособистісне, філософський підхід до проблемної ситуації, включення в більш широкий контекст роботи особистості над саморозвитком. Це доволі корисний, з погляду економії власних ресурсів, копінг, що передбачає екзистенційний шлях вирішення проблеми. Але через нього можуть недооцінюватися власні особистісні ресурси, що сприятимуть адаптації.

Окреслені нами побоювання стосовно відсторонення від вирішення проблем компенсовані такою копінг-стратегією, як «прийняття відповідальності», яка з факторним навантаженням 0,869 посідає третю позицію в структурі фактору «Соціальна зваженість» у респондентів з високим показником адаптованості. Адже ця стратегія вказує на здатність брати відповідальність на себе. Проте важливо знайти ту «золоту середину», що не дасть можливості узявши відповідальність на себе, сформувані почуття провини з подальшою появою депресивного стану. Важливим засобом для цього є копінг «дистанціювання» (0,808), що передбачає використання інтелектуальних прийомів раціоналізації, переключення уваги, відсторонення, знецінення тощо.

Другий фактор – «Уникнення» – пояснює 19,5% дисперсії. Він утворений такими копінг-стратегіями, як «уникнення» з факторним навантаженням 0,843, «конфронтація» (0,778), «планування вирішення проблеми» (0,741) та «самоконтроль» (0,708). За своїм змістом більшість з них (конфронтація, планування вирішення проблеми, самоконтроль) є енергозатратними копінгамі. Така поведінка зумовлена, насамперед, специфікою їх ціннісно-мотиваційної спрямованості. Ми уже зазначали, що в цієї категорії майбутніх медичних працівників ціннісна структура різноспрямована. Це, з одного боку, допомагає їм належною мірою адаптуватися до будь-якого середовища. Однак, вдається їм це зробити за рахунок згаданих нами копінгів. Зокрема, вони не входять до

структури домінантного першого фактору, але майже 20% респондентів адаптуються завдяки їм. Проте ключовою у другому факторі є копінг-стратегія «уникнення» (0,843). Вона не розв'язує проблеми, однак сприяє швидкому, хоча й короткочасному зниженню емоційної напруги під час стресу.

Отже, можна вважати, що майбутні медичні працівники з високими показниками адаптованості використовують різноманітний спектр копінг-стратегій задля успішної адаптації. Їхня адаптаційна поведінкова стратегія відзначається соціальною зваженістю та уникненням конфронтаційних дій через надмірний самоконтроль та планування вирішення проблеми.

Доволі цікавими є результати факторного аналізу копінг-стратегій у респондентів з *низькими* показниками адаптації. На відміну від попередніх двох груп, у них було виявлено три фактори з власними значеннями більше одиниці (табл. 3.8). Ці три фактори сукупно пояснюють 61,1% дисперсії. Мотиваційно-ціннісна структура студентів відносно виражена, а тому до різноманітних ситуацій їм важче адаптуватися.

Перший фактор – «Самоконтроль» – пояснює 39,17% дисперсії. Найбільше факторне навантаження має копінг «самоконтроль» (0,879), дещо менше «планування вирішення проблеми» (0,802) та «позитивна переоцінка» (0,720) (додаток Б). Щодо самоконтролю, то за цим копінгом криється прагнення приховувати від навколишніх свої переживання і спонукання. Часто така поведінка свідчить про боязнь саморозкриття, надмірну вимогливість до себе, що, зрештою, спричиняє надмірний контроль поведінки. З огляду на це такі суб'єкти орієнтуються на взаємодію з іншими (0,619), прагнуть уваги, співчуття. Вони потребують емоційної підтримки, що реалізовано потребою бути вислуханими, розділити з ким-небудь свої переживання. Використання як домінантних копінгів «самоконтроль» та «планування вирішення проблеми» дає їм можливість уникати емоціогенних імпульсивних вчинків, цілеспрямовано, раціонально підходити до розв'язання проблемних ситуацій, але усе це ускладнює істинне вираження емоцій, закриває їх у собі, обмежує спонтанність поведінки.

У другому факторі (пояснює 17,76% дисперсії) ключовими є два копінги: «уникнення» (0,754) та «прийняття відповідальності» (0,738). З одного боку, респонденти і надалі прагнуть брати відповідальність у вирішенні проблем на себе, що може породжувати надмірну самокритику, переживання почуття провини і незадоволеності собою, з іншого – завдяки копінгу «втеча–уникнення» можуть знижувати емоційну напругу в стресових ситуаціях. Адже ця стратегія передбачає спроби подолання особистістю негативних, спричинених труднощами переживань запереченням проблеми, фантазуванням, невиправданим очікуванням, відволіканням тощо. Тому можуть спостерігатися неконструктивні форми поведінки у стресових ситуаціях, які допомагають знизити болісність емоційної напруженості. Більшість дослідників таку стратегію розглядають як неадаптивну, проте ця обставина не заперечує її користі в деяких ситуаціях. Незважаючи на те, що під час її застосування можуть накопичуватися проблеми через їх невирішеність, але короткотерміновий ефект зі зниження емоційної напруги відбувається.

Третій фактор (з пояснюваною дисперсією 14,15%) ми назвали «Дистанціювання», позаяк факторне навантаження однойменної копінг-стратегії (0,891) виявилось найбільшим. Другим за вагою постав копінг «конфронтація» (0,669). Якщо попередні два фактори вказували на домінування копінг-стратегій, що передбачають надмірну внутрішню відповідальність суб'єкта, то третій спрямований на зняття цієї внутрішньої напруженості. Завдяки дистанціюванню відбувається суб'єктивне зниження відповідальності за ситуацію та ступеню емоційної участі в ній – за рахунок застосування інтелектуальних прийомів раціоналізації, відсторонення тощо. Проте завдяки копінгу «конфронтація», особливо за умови його надмірного застосування, може виникати імпульсивна поведінка (іноді з елементами ворожості та конфліктності), з'являтися труднощі планування дій, прогнозування результату, корекції стратегії поведінки тощо.

Отже, проведений аналіз дав змогу констатувати різноманітність прояву копінг-стратегій залежно від показника рівня адаптованості майбутніх медичних працівників. Факторний аналіз цілісної вибірки продемонстрував чітке розмежування копінг-стратегій за двома факторами: адаптивний та неадаптивний

копінг з домінуванням першого. Виокремленні фактори неоднаково виражені у майбутніх медичних працівників з різними рівнями адаптації.

У респондентів з низьким рівнем адаптації ідентифіковані фактори свідчать про залучення значних внутрішніх особистісних ресурсів, що забезпечують процес адаптації до того середовища, у якому вони перебувають. Боязнь саморозкриття, надмірна вимогливість до себе, прагнення брати відповідальність у розв'язанні проблем на себе спонукає їх до копіngu «втеча–уникнення» та «дистанціювання» задля зниження емоційного напруження у стресових ситуаціях. Копінг-стратегії майбутніх медичних працівників із середнім рівнем адаптованості забезпечують конструктивний підхід до вирішення проблем, даючи при цьому можливість вийти емоціям, сублімуватися без шкоди для інших. Майбутні медичні працівники з високими показниками адаптованості використовують різноманітний спектр копінг-стратегій задля успішної адаптації. Їхня адаптаційна поведінкова стратегія, для якої характерна соціальна зваженість та уникнення конфронтаційних дій через надмірний самоконтроль та планування вирішення проблеми, ґрунтується на залученні як зовнішніх, так і внутрішніх ресурсів.

Складаючи психологічний портрет майбутніх медичних працівників з високим показником адаптованості, варто акцентувати увагу на їхніх сильних і слабких сторонах. Зокрема, на відміну від респондентів з низьким рівнем адаптованості, вони схильні використовувати зовнішні ресурси для вирішення проблемних ситуацій, що оберігає їх від енергетичного виснаження, дає змогу уникати емоціогенних імпульсивних вчинків та забезпечувати домінування раціонального підходу до вирішення проблемних ситуацій. Позитивне переосмислення самої ситуації створює можливість цілеспрямованого і планомірного вирішення проблемної ситуації.

Водночас недооцінка особистістю можливостей дієвого вирішення проблемної ситуації, надмірні зовнішні очікування формують залежну позицію. А надмірний самоконтроль та раціональність, недостатня емоційність і спонтанність поведінки спричиняють труднощі вираження переживань, потреб і спонукань у проблемних ситуаціях.

Результати кореляційного аналізу (табл. 3.9), представлені загалом за вибіркою, засвідчили взаємозв'язок змінної «адаптивність» з копінг-стратегіями, які дослідники віднесли до категорії адаптивних.

Зокрема, шкала «адаптивність» на статистично значущому рівні додатно корелює з копінг-стратегіями «соціальна підтримка» ( $r = 0,465$  при  $p \leq 0,01$ ), «позитивна переоцінка» ( $r = 0,426$  при  $p \leq 0,01$ ), «планування вирішення проблеми» ( $r = 0,365$  при  $p \leq 0,01$ ) та «самоконтроль» ( $r = 0,331$  при  $p \leq 0,01$ ). Зі всіма іншими копінг-стратегіями «адаптивність» також корелює, але з дещо нижчим значенням.

Таблиця 3.9

**Кореляційні відношення між показниками адаптивності та  
копінг-стратегіями майбутніх медичних працівників**

|                     | Копінг-стратегії поведінки майбутніх медичних працівників |              |                |               |                     |                            |           |                               |                      |
|---------------------|-----------------------------------------------------------|--------------|----------------|---------------|---------------------|----------------------------|-----------|-------------------------------|----------------------|
|                     | Адаптивність                                              | Конфронтація | Дистанціювання | Самоконтроль  | Соціальна підтримка | Прийняття відповідальності | Уникнення | Планування вирішення проблеми | Позитивна переоцінка |
| <b>Адаптивність</b> |                                                           | 0,142*       | 0,170*         | <b>0,331*</b> | <b>0,465**</b>      | 0,044                      | 0,112*    | <b>0,365*</b>                 | <b>0,426**</b>       |

Прим.: \*\* – кореляція значуща на рівні  $p \leq 0,05$ ; \* – кореляція значуща на рівні  $p \leq 0,01$ ;

Під час дослідження не зафіксовано відмінностей у кореляції між показником адаптивності та копінг-стратегіями залежно від рівня адаптованості майбутніх медичних працівників. Одержані кореляційні значення статистично не вірогідні, а тому не потребують ґрунтовного пояснення.

Отже, проведений психологічний аналіз застосування копінг-стратегій майбутніми медичними працівниками з різним рівнями адаптованості дає підстави констатувати, що прояв конструктивної активності служить умовою успішної адаптації. Ступінь конструктивності стратегії і моделі поведінки сприяють або перешкоджають успішності подолання особистісного дискомфорту (можливо, і стресів), а також впливають на збереження здоров'я суб'єкта. Конструктивна адаптація, на нашу думку, можлива за умови цілеспрямованих впливів превентивних зусиль на формування активних функціональних копінг-стратегій (базових стратегій: вирішення проблем і пошуку соціальної підтримки) і

певних особистісних й середовищних копінг-ресурсів, які є психологічними факторами резистентності до стресу і такими, що визначають здатність до успішної психосоціальної адаптації. При цьому кожен зі структурних елементів копінг-поведінки – як блоку копінг-стратегій, так і блоку копінг-ресурсів – може і повинен бути «мішенню» превентивного впливу [210]. Одним із важливих особистісних копінг-ресурсів адаптованих майбутніх медичних працівників є позитивна Я-концепція. Вона характеризується високим рівнем спонукань, позитивним емоційним тоном, адекватними позитивними сімейними, соціальними стосунками, сформованими освітньо-професійними прагненнями, суб'єктивним відчуттям контролю над середовищем, високою адаптивною здатністю, сформованістю реального та ідеального компонентів самооцінки та помірним розходженням між ними тощо.

Водночас активна адаптивна високо функціональна копінг-поведінка повинна містити: збалансоване використання відповідних до віку копінг-стратегій, у яких домінує пошук соціальної підтримки та вирішення проблем; збалансованість когнітивного, поведінкового і емоційного компонентів копінг-поведінки і розвиненість її когнітивно-оцінних механізмів; переважання мотивації на досягнення успіху під час розв'язання психосоціальних проблем над мотивацією уникнення невдачі; готовність до активної співдії, а за необхідності і протистояння середовищу, в якому копінг-поведінка спрямована на усунення джерела стресу; розвинені відповідно до віку особистісно-середовищні копінг-ресурси, що сприяють розвитку ефективних копінг-стратегій (позитивна Я-концепція, розвинене сприйняття соціальної підтримки, інтернальний локус контролю над середовищем, емпатія, афіліація (потреба контактувати з іншими), наявність ефективної соціальної підтримки з боку середовища та інші копінг-ресурси).

Проведений аналіз взаємозв'язку адаптаційної здатності та копінг-стратегій свідчить про важливість урахування в цьому процесі особистісної ресурсності майбутніх медичних працівників.

### 3.3. Емотивний ресурс адаптації майбутніх медичних працівників

#### 3.3.1. Емоційний інтелект та його адаптаційна функція

Дослідження впливу емоційних чинників на рівень адаптованості майбутніх медичних працівників до професійного середовища стало наступним кроком апробації моделі адаптаційного процесу. Інтегральним показником емоційного розвитку особистості є наявність емоційного інтелекту. Новий поштовх до життя ця категорія, започаткована на початку 20-х років минулого століття, отримала порівняно недавно – завдяки працям Г. Гарднера, Д. Гоулмана, Д. Карузо, Дж. Майєра, П. Саловея та ін. Саме праці Г. Гарднера, який висунув ідею різноманітності інтелекту, послужили першоосновою для введення Дж. Майєром і П. Саловеєм у науковий обіг терміна «емоційний інтелект [284].

Інтерес до феномену емоційного інтелекту та його ролі у життєдіяльності людини зріс завдяки праці американського психолога Д. Гоулмана «Emotional Intelligence» (1995), де автор висловив думку, що загальний інтелект, який досліджують уже впродовж тривалого часу і вимірюють за допомогою відомих тестів на визначення коефіцієнту IQ, лише на 20% зумовлює успіх в житті людини, тоді як 80% припадає на долю інших факторів. Серед них значне місце належить емоційному інтелекту, який, на його думку, сприяє особистісному зростанню, ефективності професійної діяльності та кар'єрі людини [69; 274]. Пізніше дослідники визнали його фактором забезпечення успішного особистісного та професійного зростання особистості. Оскільки значна частка успіху в професійному становленні належить здатності суб'єкта адаптуватися до професійного середовища, то зв'язок «емоційний інтелект – адаптація» є очевидним.

Проте поняття «емоційний інтелект» не є дискретним, що існує самотійно, відокремлено від «*ratio*». Дж. Майєр і П. Саловеї чітко вказували на наявність у ньому сукупності *когнітивних* здібностей до ідентифікації, розуміння та управління емоціями [284]. З іншого боку, розуміння процесу психологічної адаптації передбачає зв'язок раціонального і емоційного компонентів, представлених в

афективній та когнітивній сферах людської психіки. У цьому випадку психіка постає як функціональна система, що складається з емоційно-вольових та інтелектуально-пізнавальних структур (А. Damasio, К. Віллонас). Обидві підструктури досить тісно взаємодіють між собою, проникаючи одна в одну. На це у свої працях вказують О. Артем'єва [24], Л. Виготський [57], К. Ізард [90], П. Симонов [209] С. Смирнов [212], Р. Johnson-Laird [279], К. Oatley [286] та ін.

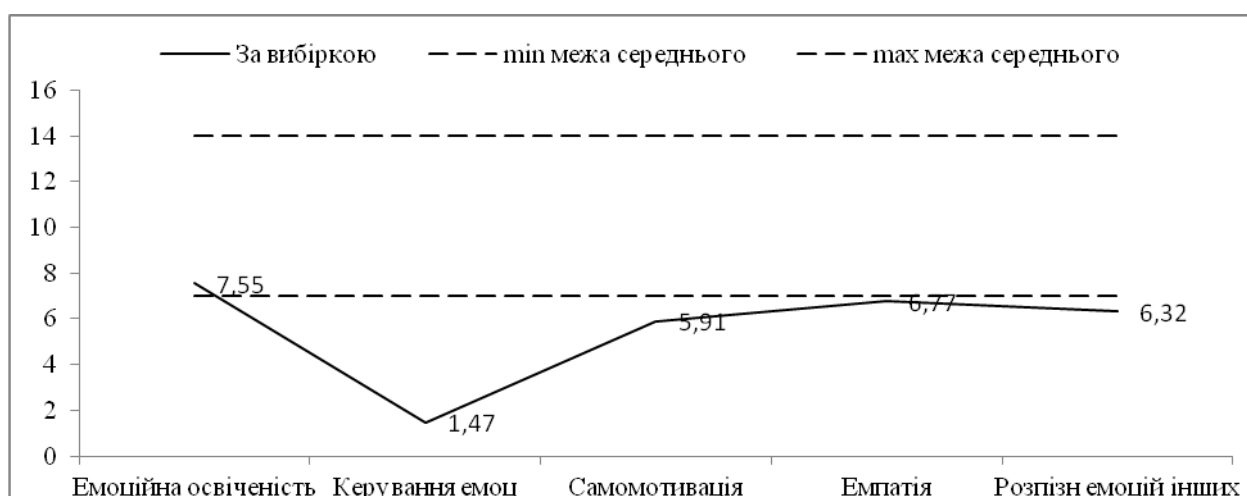
Незважаючи на розбіжності визначення природи емоційних явищ, емоційний і раціональний компоненти доволі важко розділити, і такий розподіл може бути лише функціональний. Раціональний (когнітивний) компонент репрезентовано усвідомленою саморегуляцією, яку ми проаналізували у попередньому параграфі дисертації. Було констатовано її важливість у забезпеченні ефективності адаптаційного процесу.

Що стосується емоційних проявів, то вони оперті на три компоненти: а) поведінкові прояви, які найлегше піддаються об'єктивній оцінці, оскільки можуть бути легко спостережуваними; б) фізіологічні прояви (психофізіологічні реакції та вегетативно-судинні прояви); в) суб'єктивні переживання (виявляються у нервово-психічній стійкості, тривожності, агресивності тощо) – глибинний компонент, прихований у психіці людини і доступний для сприйняття лише самому суб'єктові. У контексті досліджуваних нами особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності певну зацікавленість викликає другий і третій прояви. Адже ще С. Шехтер у своїх працях довів, що поява емоцій в конкретній ситуації пов'язане з минулим досвідом і оцінкою поточної ситуації, і саме ці чинники визначають знак і модальність емоції. Учений досліджував емоційну сферу паралельно зі спостереженням фізіологічних показників. Було помічено, що вісцеральні реакції організму, які є обов'язковими під час виникнення будь-яких емоційних станів, визначають лише їх інтенсивність, залишаючи формування інших параметрів за когнітивною сферою. Цю теорію назвали когнітивно-фізіологічною [293].

Ми припустили, що між рівнем адаптованості майбутніх медичних працівників до професійної діяльності та емоційним інтелектом існує зв'язок.

Перевірка нашого припущення здійснювалася на основі кореляційного та факторного аналізу отриманих емпіричних показників за методикою Н. Холла «Емоційний інтелект» та шкалою «адаптивність» (методика К. Роджерса і Р. Даймонд).

Спершу варто проаналізувати рівень прояву емоційного інтелекту в досліджуваних нами респондентів. Загалом за вибіркою (рис. 3.14) майбутні медичні працівники виявили низький рівень емоційного інтелекту – з показником 28,02 бала (середні межі від 40 до 69 балів). Найнижчу здатність – за шкалою «керування емоціями» (1,47 бала).

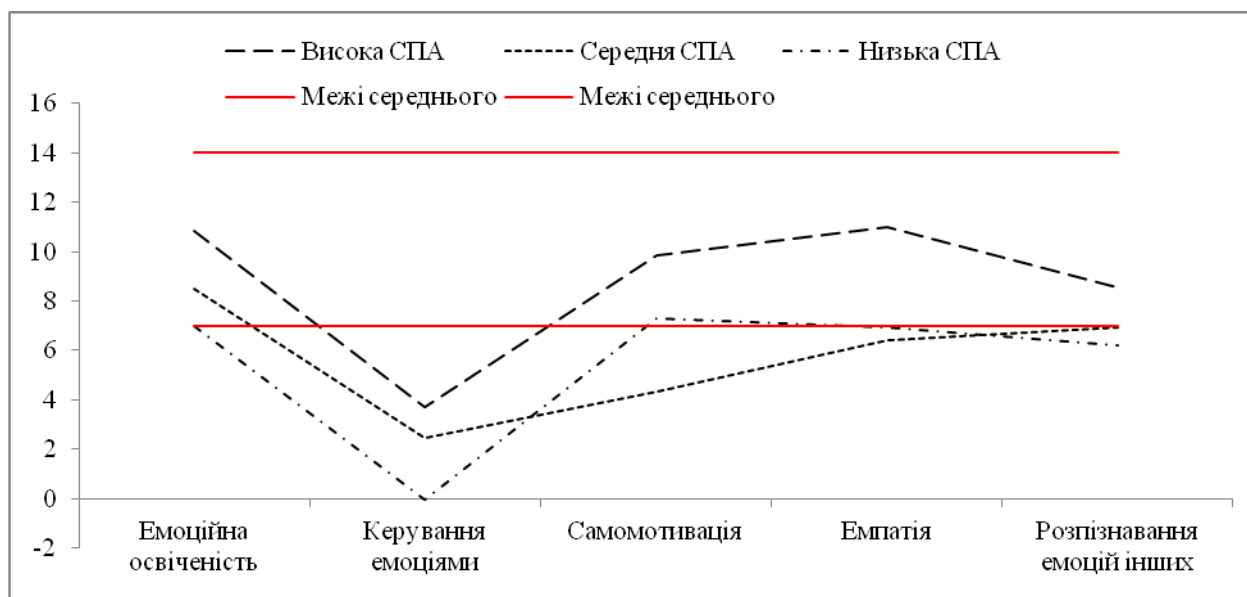


**Рис. 3.14. Рівень прояву емоційного інтелекту у майбутніх медичних працівників (загалом за вибіркою)**

Середній рівень емоційної освіченості (7,55) свідчить про доволний рівень розуміння ними ролі емоційного чинника та його змістової наповненості. Близько до середнього рівня наближаються також інші складові емоційного інтелекту, а саме: самомотивація (5,91), емпатія (6,77) та здатність розпізнавати емоції інших (6,32).

Диференціація одержаних результатів за рівнями адаптованості майбутніх медичних працівників засвідчила відмінності прояву їхнього емоційного інтелекту. Зокрема, як видно з рис. 3.15, найвищі коефіцієнти значення продемонстрували респонденти з високим рівнем адаптованості. Їхні показники хоч і не знаходяться у межах високих значень, проте, за деякими шкалами,

наближаються до них. Найвищі показники – за вираженою емпатією (11 балів) та емоційною освіченістю (10,86). Емпатія дає їм змогу з розумінням ставитися до тих вимог (за професіограмою), які висуває до них їхня професія.



**Рис. 3.15. Рівень прояву емоційного інтелекту за рівнями адаптованості майбутніх медичних працівників**

Зокрема, фахівці з організації роботи медичних сестер вважають, що частка часу, призначеного для догляду за хворими і виконання лікарських приписів у структурі загального робочого часу медичної сестри стаціонарної служби, повинна становити 20%. Інші 80% необхідно приділяти налагодженню психологічного клімату, основою якого є належне спілкування з хворими. Отже, значну частину робочого часу затрачено індивідуальному спілкуванню з хворими на всіх етапах діагностично-лікувально-реабілітаційного процесу. А це, своєю чергою, порушує питання рівня та якості психолого-психіатричних знань медичної сестри.

Те саме можна сказати і про фельдшера, до якого звертаються не лише за безпосередньою медичною допомогою, але й з проблемами психологічного характеру. У цих ситуаціях актуальною стає передусім здатність проникати у психічний стан іншої людини, розуміти її емоції та почуття. А зробити це можна

за допомогою механізму емпатії та емпатійності як особистісної риси. Емпатія робить медичного працівника ближчим до пацієнта, формує відчуття присутності.

У респондентів із середнім та особливо низьким рівнем адаптованості ця особистісна риса сформована слабше і займає нижню межу середнього рівня, як і показник емоційної освіченості. Причиною цього, на нашу думку, є низький рівень психологічної підготовки, розуміння вимог, що ставляться до професії медичного працівника тощо.

Найслабше у майбутніх медичних працівників з усіма рівнями адаптованості розвинена здатність керувати емоціями (3,71 бала у високоадаптованих, 2,44 – у середньо- та (-0,06) – слабоадаптованих). З одного боку, це наслідок їх особистісної несформованості (рання юність). З іншого – не варто виключати факт різного типу емоційності. Зокрема, досліджуючи медичних сестер, І. Харді з'ясував наявність різних типів емоційності. Так звані сестри-рутинери не співпереживали та не співчували хворим. Їх тип нервової системи схильний до емоційної нестабільності, до невротичних реакцій. Вони дратівливі, похмурі, з навіяним почуттям «заразитися різними тяжкими хворобами» тощо. І лише медичні сестри материнського типу відповідали вимогам своєї професії, тобто були емпатійними та турботливими [3; 236]. Загалом, як свідчать дослідження, емпатія медичних сестер на пострадянському просторі та рівень їхньої емпатійності не дуже високі. Наприклад, сумарна емпатійність медичних сестер, визначена за методикою В. Русалова, виявилася середньою (О. Круглова), за методикою А. Мехрабяна – дещо вища середньої (Л. Балмашнова) або нижча за середню (І. Шилова) [цит. за : 91, с. 220]. Як бачимо, наведені приклади свідчать про досить суперечливі результати. Це може бути наслідком проведення досліджень у різних регіонах та серед медичних сестер, що працюють у різних відділеннях лікарень (наприклад, хірургії, терапії).

Емпатійність як особистісна риса є доволі важливою для професії медичного працівника. Її високий чи низький рівень розвитку, на наш погляд, впливатиме на ефективність його адаптації до професійного середовища. Підтвердженням цього є дослідження А. Василькової зміни емпатійності залежно

від інтенсивності стосунків з хворими. Зіставивши показники емпатійності майбутніх лікарів (студентів вищого медичного закладу) і ставлення до хворих, з якими студенти контактували упродовж двох тижнів, дослідниця помітила, що у високоемпатійних студентів позитивне ставлення до хворих зростало порівняно з першими враженнями, тоді як у 50% низькоемпатійних ставлення не змінювалося або й погіршувалося [91, с. 221]. Наведений приклад свідчить про неможливість нехтувати при відборі абітурієнтів на навчання у медичні заклади тими особистісними якостями, які є засадничими їхніх професійних стосунків. Адже задоволеність своїм станом у професійному середовищі, відсутність чи мінімізація негативних почуттів та переживань сприятиме їх адаптації спочатку на етапі професійного навчання, а пізніше на етапі професійної реалізації.

Проведений нами кореляційний аналіз між показниками адаптивності та складовими емоційного інтелекту засвідчив певні особливості визначення місця емпатії у структурі адаптаційного процесу студентів медичного коледжу (табл. 3.10).

Таблиця 3.10

**Кореляційна матриця показників адаптованості  
та емоційного інтелекту майбутніх медичних працівників**

| Складові емоційного інтелекту<br>Рівень адаптованості |                               |                      |                    |               |         |                      |                       |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|--------------------|---------------|---------|----------------------|-----------------------|
|                                                       |                               | Емоційна освіченість | Керування емоціями | Самомотивація | Емпатія | Розпізнавання емоцій | Інтегральний показник |
| Адаптивність                                          | Високий рівень адаптованості  | 0,646*               | 0,029              | -0,832**      | 0,024   | 0,634**              | -0,036                |
|                                                       | Середній рівень адаптованості | -0,182*              | 0,481**            | -0,015        | -0,071  | 0,059                | 0,063                 |
|                                                       | Низький рівень адаптованості  | 0,113*               | 0,435*             | 0,612**       | 0,107   | 0,465**              | 0,540**               |

Так, у респондентів з високим показником рівня адаптованості спостережено додатну статистично значущу кореляцію «адаптованості» з деякими компонентами емоційного інтелекту, зокрема з розпізнавання емоцій ( $r=0,634$ ;  $p \leq 0,01$ ), емоційною освіченістю ( $r=0,646$ ;  $p \geq 0,01$ ). Проте від'ємною є кореляція

( $r = -0,820$ ;  $p \leq 0,01$ ) із самомотивацією. У майбутніх медичних працівників із середнім рівнем адаптованості її прояв також залежить від здатності керувати емоціями ( $r = 0,481$ ;  $p \leq 0,01$ ), а з іншими складовими кореляція відсутня. Адаптація респондентів з низьким рівнем адаптованості залежить від багатьох чинників, що відображено у кореляційному зв'язку адаптації та інтегрального показника емоційного інтелекту ( $r = 0,540$  при  $p \leq 0,01$ ). Серед таких керування емоціями ( $r = 0,435$  при  $p \leq 0,01$ ), самомотивація ( $r = 0,612$  при  $p \leq 0,01$ ), розпізнавання емоцій ( $r = 0,465$  при  $p \leq 0,01$ ).

Отже, одержані результати деякою мірою засвідчили виявлену дослідниками тенденцію щодо ролі емоційного інтелекту у структурі адаптаційного процесу. Наприклад, підтверджено, що рівень емоційного інтелекту, зазвичай, вищий в адаптованих респондентів, а нижчий – у слабоадаптованих. Проте є певні відмінності у структурі емоційного інтелекту адаптованих та неадаптованих майбутніх медичних працівників. Окрім цього, різним є й те, на якому з етапів професійного навчання проводиться дослідження: на етапі навчання в професійному коледжі, чи вищому навчальному закладі. Ці відмінності по-різному відображають значення того чи іншого компоненту емоційності в цілісній структурі адаптаційного процесу. Так, якщо на етапі навчання у вищі головна роль належить емпатійності, то на ранніх стадіях професійного навчання (наприклад, у медичному коледжі), найважливішими постають уміння керувати емоціями та самомотивація.

З огляду на це виникла необхідність з'ясувати внутрішню структуру їхнього емоційного інтелекту. З цією метою ми провели факторний аналіз за методом головних компонент з Варімакс обертанням. У майбутніх медичних працівників з *високим* рівнем адаптованості виокремлено два фактори (табл. 3.11). У першому факторі, що пояснює 47,46% дисперсії, найбільше факторне навантаження належить «емоційній освіченості» (0,962). Другою за значущістю є змінна «інтегральний показник» (0,904). Керування емоціями (0,848) також є системотвірною змінною першою фактору (додаток В, табл. В.1). Про що це свідчить? У параграфі 2.4. ми констатували, що процес адаптації у майбутніх медичних працівників ґрунтується на емоційній комфортності, тобто їм властиве

не так відчуття адаптованості, як переживання емоційної комфортності. Структура першого фактора у респондентів з високим показником адаптованості засвідчила відсутність кореляції фактора зі змінною «адаптація» (0,062). «Адаптація» (0,915) разом із таким компонентом емоційного інтелекту як «розпізнавання емоцій» (0,587) є складовими другого фактора, що пояснює 30,06% дисперсії. Цей фактор дещо суперечливий, адже найбільшу факторну вагу має змінна «самотивація» з від'ємним значенням (–0,981). Під час адаптації їм не потрібні додаткові зусилля, щоб привести себе в стан «натхнення» для досягнення поставленої цілі.

Таблиця 3.11

**Розподіл дисперсій факторів рівня адаптованості та емоційного інтелекту майбутніх медичних працівників з різними рівнями адаптованості**

| Ідентифіковані фактори           | Інформативність факторів (%) | Сумарна дисперсія (%) |
|----------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| Високий рівень адаптованості     |                              |                       |
| Емоційна компетентність          | 47,46                        | 77,52                 |
| Спонтанна адаптивність           | 30,06                        |                       |
| Середній рівень адаптованості    |                              |                       |
| Соціальна компетентність         | 53,79                        | 73,87                 |
| Адаптивно-емоційна саморегуляція | 20,08                        |                       |
| Низький рівень адаптованості     |                              |                       |
| Емпатія                          | 53,76                        | 70,80                 |
| Керована адаптація               | 17,04                        |                       |

Для майбутніх медичних працівників із *середнім* показником адаптивності також характерна наявність двох факторів. Фактор «Соціальна компетентність», (пояснює 53,79% дисперсії) утворений трьома змінними (табл. 3.11). Найбільшу факторну вагу має змінна «інтегральний показник» (0,967). Дещо менше факторне навантаження несуть дві інші змінні: «емпатія» (0,876) та «самотивація» (0,846) (додаток В). Сукупно вони за своїми змістовими характеристиками свідчать про прагнення до соціальної компетентності. Остання виявляється у здатності співпереживати, розуміти інших людей, що є позитивною рисою медичного

працівника. Проте низька самотивація, невміння приборкати емоції не дає їм можливості почуватися адаптованими до середовища. Свідченням цього є другий фактор «Адаптивно-емоційна саморегуляція», що пояснює 20,08% дисперсії. Середній рівень адаптованості з тенденцією до низького є наслідком відсутності уміння керувати емоціями (2,44 бала). Ця змінна (керування емоціями) є другою за значущістю у цьому факторі з навантаженням 0,758.

Отже, прагнення до співпереживання, емоційної врівноваженості є тими факторами, які за умови їх розвинутості забезпечать належний рівень адаптивності до професійного середовища.

Факторний аналіз показників адаптованості та рівня розвитку емоційного інтелекту забезпечив виокремлення двох факторів, що становлять сутність природи адаптивності респондентів з *низьким* рівнем адаптованості. Перший фактор – «Емпатія» – пояснює 53,76% дисперсії. До його структури увійшли такі змінні, як «емпатія» з факторним навантаженням 0,928, «розпізнавання емоцій» (0,847) та «інтегральний показник» (0,722).

Прагнення розпізнавати емоції та емоційно переживати формують емоційний комфорт. Ці риси розвинені у них на середньому рівні, але цього недостатньо для забезпечення повноцінної адаптації. Остання постає за рахунок розвиненої самотивації, однак потребує значних енергетичних затрат, ресурсності, які є необхідними через недостатньо нерозвинене уміння керувати емоціями, унаслідок чого в них виникає відчуття неспокою, невпевненості. Такі характерні особливості виражає другий фактор – «Керована адаптація», що пояснює 17,04% дисперсії.

Отже, емоційний інтелект визначено як складний конструкт ментальних здібностей, пов'язаних із оперуванням емоційною інформацією та формуванням емоційного досвіду суб'єкта. Результати факторного аналізу засвідчили неоднорідність внутрішньої структури емоційності досліджуваних нами майбутніх медичних працівників з різними рівнями адаптованості. Структуру їхнього емоційного інтелекту представлено *змістовими характеристиками*, серед яких розуміння власних емоцій та емоцій інших людей, управління власними

емоціями та емоціями інших людей; *емоційними компетенціями*, зокрема здатність розуміти власні емоції та емоції інших людей; уміння адекватно емоційно ставитися до ситуацій, інших людей; продуктивна взаємодія та психологічна гнучкість у стосунках з іншими; *емоційним досвідом*, який включає комплекс емоційних знань, які людина отримує впродовж життя та використовує у повсякденних ситуаціях взаємодії з довкіллям.

Якщо респонденти з високим показником рівня адаптованості досягають емоційного комфорту завдяки емоційній компетентності, прагнучи оволодіти емоціями і їхня адаптація проходить *мимовільно*, без особливих зусиль, то майбутні медичні працівники з низьким показником адаптованості прагнуть досягти цього *довільним* управлінням емоційним станом. Прояв емпатії, що супроводжує цей процес, емоційно та енергетично виснажує їх. Респонденти із середнім рівнем адаптивності прагнуть за рахунок соціальної компетентності, урівноваженої поведінки та розуміння інших забезпечити собі комфортне перебування в навчально-професійному середовищі.

Проте з огляду на досить низькі показники за більшістю компонентів емоційного інтелекту виникає необхідність розвитку цієї важливої складової емоційного адаптаційного потенціалу, що можливе у двох аспектах: як онтогенетичні зміни, які забезпечують здатність розуміти та керувати емоціями, на що вказують О. Власова [52], М. Bell, R. Boyatzis, С. Cherniss, М. Elias, J. Mayer & Р. Salovey [284] та ін., та як цілеспрямований (тренінговий) вплив на розвиток окремих складових (М. Манойлова [141], М. Нгуен [162], О. Приймаченко, С. Saarni [292], Steven A. De Lazarri та ін.).

### **3.3.2. Агресивність та ворожість у структурі емотивного ресурсу адаптації майбутніх медичних працівників**

Емоційний інтелект не єдина складова, що реалізує емотивний ресурс адаптації особистості майбутніх медичних працівників. Аналізуючи у параграфі 2.2 різні рівні прояву адаптації, ми припустили, що рівень адаптованості (високий,

середній чи низький) помітно може виражатися різними формами прояву в них агресії. Агресивність є особистісною рисою з притаманними їй деструктивними тенденціями, які постають у сфері суб'єкт-суб'єктних стосунків. Проте ми вважаємо, що елемент деструкції поряд з негативним семантичним навантаженням, має й позитивне значення. Так, з позиції онтогенезу потреби індивідуального розвитку формують у людей здатність до усунення і руйнування перешкод, долання того, що суперечить цьому процесові. А тому необхідний компонент активності, особливо у творчій діяльності особистості. Відсутність її призводить до пасивності, підкорення, конформності тощо. Однак надмірний її розвиток починає визначати усю сутність особистості, яка може стати конфліктною, не здатною до компромісів тощо. Сама собою агресивність не робить суб'єкта небезпечним. Адже відомо, що, з одного боку, наявний зв'язок між агресивністю і агресією не є жорстким, а з іншого – сам акт агресії може не набувати небезпечних і неприйнятних форм.

Зазвичай, агресивність розглядають як синонім «злостивої активності». Однак сама собою деструктивна поведінка не є «злостивою». Такою її робить мотив діяльності, ті цінності, заради досягнення і володіння якими активність розгортається. Зовнішні практичні дії можуть бути подібними, але їхні мотиваційні компоненти прямо протилежними. З огляду на це виокремлюють мотиваційний тип агресії (як самоцінність) та інструментальний (як засіб). Обидва типи можуть як свідомо контролюватися, так і бути поза контролем і пов'язаними з емоційними переживаннями (гнів, ворожість тощо). У нашому дослідженні ми торкаємося обох форм агресивності, позаяк вони є актуальними для діяльності медичного працівника. Водночас ми розуміємо, що більш цікавою є мотиваційна агресія як прямий прояв реалізації властивих особистості деструктивних тенденцій, визначивши які можна прогнозувати ймовірність її відкритого прояву.

Для перевірки цього припущення ми визначили ворожі (сукупний показник утворений шкалами «образа+підозрілість») та агресивні (сукупний показник утворений шкалами «фізична агресія+дратівливість+вербальна агресія») прояви (за методикою А. Басса–А. Даркі «Опитувальник рівня агресивності»). Під час

дослідження виявлено їх значущу кореляцію (тау-*b* Кендалла) зі шкалою «адаптивність». Зокрема, зафіксована негативна кореляція з ворожістю ( $r = -0,205$  при  $p \leq 0,01$ ), дратівливістю ( $r = -0,18$  при  $p \leq 0,01$ ), підозрілістю ( $r = -0,214$  при  $p \leq 0,01$ ), почуттям провини ( $r = -0,145$  при  $p \leq 0,05$ ) (табл. 3.12). Одержані результати дають підстави констатувати: що вищий показник ворожості, то нижчий рівень адаптованості у студентів.

Таблиця 3.12

**Кореляційні значення показника адаптивності та проявів агресії  
майбутніх медичних працівників**

|              | Ворожість | Дратівливість | Підозрілість | Почуття провини |
|--------------|-----------|---------------|--------------|-----------------|
| Адаптивність | -0,205**  | -0,18**       | -0,214**     | -0,145*         |

Прим. \*\* – значущість вірогідна на рівні 0,01; \* – значущість вірогідна на рівні 0,05.

Змістовий аналіз отриманих даних засвідчив, що такі форми агресивної поведінки як фізична агресія, непрямая агресія, негативізм, вербальна агресія, образа не надто впливають на адаптованість досліджуваних нами студентів, тоді як дратівливість, підозрілість, почуття провини і ворожість сприяють її зниженню. Ми пов'язуємо це з тим, що ворожість як настанова, детермінована підозрілістю стосовно навколишнього світу, виражається негативними оцінками і судженнями, частіше має закритий характер і не виявляється явно. Ворожість, на нашу думку, забезпечує готовність особистості сприймати та інтерпретувати поведінку інших людей і ситуацій як небезпечну або принизливу, що неминуче спричиняє зниження рівня емоційного комфорту, тобто задоволеності суб'єкта ситуацією і своїм становищем у ній.

Формування властивості агресивності, що оперта на певну організацію перцептивних і розумових процесів, полягає у сприйнятті значної кількості сигналів, які інтерпретують як небезпечні і загрозливі [10]. Тому більшість ситуацій, серед яких і нейтральні за своїм смисловим змістом, сприймаються агресивною особистістю як функціонально рівнозначні і спонукають до агресії.

Спотворення розуміння нейтральних за своїм змістом ситуацій спричиняє неадекватність поведінки, порушення мікросоціальної взаємодії, труднощів у досягненні значущих цілей. Міру незадоволеності суб'єкта ситуацією і своїм становищем у ній, на думку Г. Абрамової, розглядають як інтегральну характеристику, що відображає порушення процесу адаптації [1].

Аналіз матриці лінійної кореляції тау-*b* Кендала виявив кореляційні зв'язки *ворожості* з окремими шкалами методики К. Роджерса та Р. Даймонд (табл. 3.13). Наприклад, простежено негативну кореляцію «*ворожості*» з такими шкалами, як: «прийняття інших» ( $r = -0,181$ ;  $p \leq 0,01$ ), «інтернальність» ( $r = -0,223$ ;  $p \leq 0,01$ ), «самоприйняття» ( $r = -0,126$ ;  $p \leq 0,01$ ), «емоційний комфорт» ( $r = -0,199$ ;  $p \leq 0,01$ ) і позитивна кореляція зі шкалою «ескапізм» (втеча від проблем) ( $r = 0,194$ ;  $p \leq 0,01$ ).

Проведена внутрішня інтеркореляція компонентів адаптованості та власне показника адаптованості засвідчила прямий кореляційний зв'язок між цими змінними. Так, *адаптованість* як психологічна властивість особистості майбутніх медичних працівників додатно корелює зі всіма шкалами методики діагностики соціально-психологічної адаптації, зокрема «самоприйняття» ( $0,481$ ;  $p \leq 0,01$ ), «прийняття інших» ( $0,311$ ;  $p \leq 0,01$ ), «емоційний комфорт» ( $0,460$ ;  $p \leq 0,01$ ), інтернальність ( $0,437$ ;  $p \leq 0,01$ ), та від'ємно корелює з «ескапізмом».

Таблиця 3.13

**Інтеркореляція показників адаптивності та прояву ворожості  
майбутніх медичних працівників**

| <i>тау-<i>b</i> Кендала</i> | Компоненти адаптованості |                 |                   |                |          |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------|-------------------|----------------|----------|
|                             | Самоприйняття            | Прийняття інших | Емоційний комфорт | Інтернальність | Ескапізм |
| Ворожість                   | -0,126*                  | -0,181**        | -0,199**          | -0,22**        | 0,194**  |
| Адаптивність                | 0,481**                  | 0,311**         | 0,460**           | 0,437**        | -0,134** |

Прим. \*\* – значущість вірогідна на рівні 0,01; \* – значущість вірогідна на рівні 0,05.

Одержані результати дають підстави констатувати, що згадані складові так чи інакше впливають на процес адаптації, підвищуючи або знижуючи її рівень. Для прикладу, підвищенню ворожості в студентів відповідає зниження рівня

прийняття інших і самоприйняття, інтернальності та емоційного комфорту, спонтанності в соціальних контактах, а також підвищення прагнення «втекти» від проблем, внутрішня напруженість, замкнутість. Перелічені особистісні особливості значною мірою ускладнюють адекватність мікросоціальної взаємодії респондентів і призводять до зниження рівня їхньої адаптованості. До того ж зростання рівня адаптації супроводжується підвищенням таких параметрів, як *залежність* (можливість вчинення будь-яких дій залежить від доброзичливого ставлення інших людей, від їх бажання допомогти; здатності підкорятися) і *напруженість*, за якої певна енергія витрачається на стримування тривоги, хвилювання, негативних емоцій.

Агресивність та ворожість – це наслідки слабкої опірності суб'єкта несприятливим ситуаціям, які йому трапляються. Однією з таких ситуацій є ситуація стресу. Серед низки негативних явищ, спричинених стресовими ситуаціями, можна виокремити і низьку здатність до адаптації. Тому розвиток стресостійкості повинен бути одним із ключових завдань професійного становлення особистості.

Стресостійкість характеризує здатність суб'єкта витримувати певні психофізичні навантаження та переносити стреси без шкоди для організму і психіки. Необхідність дослідження стресостійкості зумовлена сутністю медичних професій, які, на думку Б. Ясько [262], мають стресогенний характер. Стресогенний характер медичної діяльності часто пов'язують з нездатністю лікаря, медичної сестри, фельдшера впоратися з вимогами, які пред'являють до них на інтелектуальному, емоційному, моральному, організаційному, комунікативному та інших рівнях організації [223].

Наявність у роботі персоналу медичних установ високих інтелектуальних навантажень, пов'язаних з необхідністю компетентного орієнтування в симптоматиці захворювань і можливих напрямках постійного оновлення методик організації лікувального впливу, супроводжується соціальною і юридичною відповідальністю за результати лікування і морально-етичним тягарем

відповідальності за ефективність надання допомоги людині, що звернулася за цією допомогою [103; 108; 183; 204].

Щодо психоемоційних стресогенних факторів у роботі лікаря, то, як уважає Б. Ясько, вони виникають на основі двох характерних особливостей лікарської праці: 1) вираженої модальності (від ситуативної тривожності, занепокоєння і навіть відчаю в ситуаціях безнадійності пацієнта, до почуття радості, піднесеного загального рівня настрою); 2) специфіки перебігу лікарської діяльності (ефект «залишкової діяльності» – уявне, емоційно забарвлене продовження «присутності» події реальної діяльності у період формального виходу з неї). Автор об'єднує фактори ризику розвитку станів дезадаптації особистості лікаря-клініциста чотирма блоками, що зумовлені не тільки самою медичною діяльністю, а й типологічними характеристиками її суб'єкта: соціальними, діяльнісними, суб'єктними та індивідуально-особистісними [261]:

1) *соціальні*: низька соціальна оцінка значущості праці лікаря, особливо регіональних лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ), наслідком чого є складність реалізації базових потреб особистості; щораз більша вартість медичних послуг, що ускладнює надання адекватної медичної допомоги особам з обмеженим достатком; труднощі реалізації неперервності професійного розвитку проходженням етапів післядипломної освіти і захисту кваліфікаційних категорій, особливо для фахівців регіональних ЛПУ;

2) *діяльнісні* (умови функціонування медичної праці): вищий рівень за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу; обмежені об'єктивним рівнем розвитку сучасної медицини можливості надання оздоровчої лікарської допомоги пацієнтам зі станами незворотної органічної патології, що формують «бар'єри» у розкритті особистісного сенсу праці і сприяють появі почуття розчарування, деперсоналізації; наявність ефекту «залишкової діяльності»;

3) *суб'єктні*: великий обсяг різноманітних професійно важливих якостей, наявність яких є нормативною умовою професіоналізації лікаря; необхідність формування і розвитку індивідуального стилю діяльності упродовж усього

професійного циклу; використання неоптимальних компенсаторних засобів і як наслідок – розвиток станів некомпенсованої втоми; девальвація професійної самооцінки під час накопичення професійного лікарського досвіду; високі вимоги до комунікативного і організаторського потенціалу фахівця;

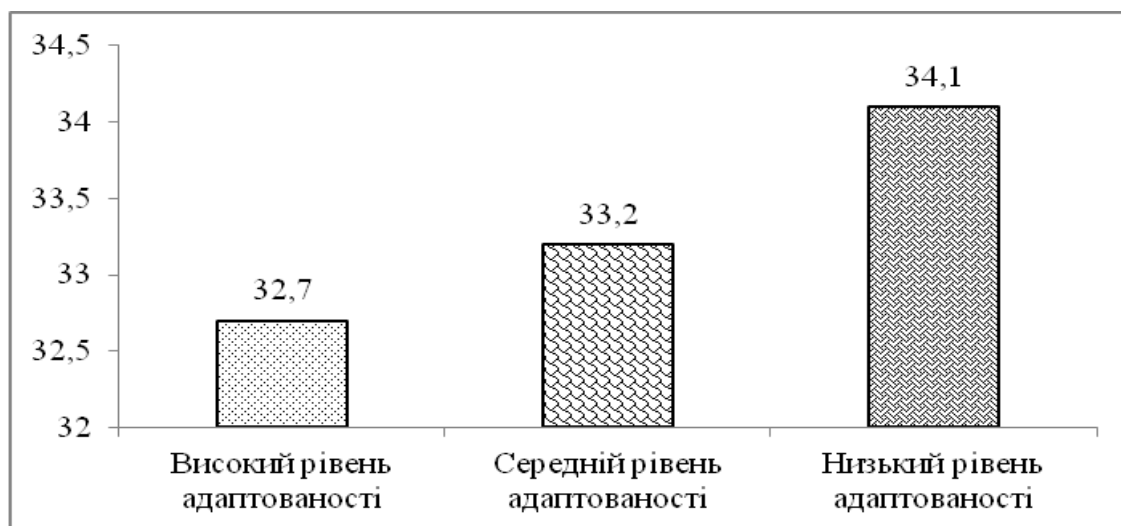
4) *індивідуально-особистісні*: поєднання у структурі професійно важливих якостей фахівця груп властивостей, детермінованих протилежними типами нейродинамічних особливостей особистості; продуктивний, гетеростатичний мотиваційний профіль особистості лікаря; зупинка в розвитку на цінностях середнього рівня або на одному з модусів існування; соціальна фрустрованість як наслідок низької соціальної оцінки праці лікаря, що блокує надійність його професійної діяльності [261, с. 256–258].

Узагальнивши результати аналізу різноманітних досліджень [255; 261; 262] та, хоча і невеликого, власного досвіду, можна виокремити основні причини появи стресу в медичних працівників: відповідальність за життя і здоров'я пацієнтів; високий ризик емоційного зараження при тривалому перебуванні в «полі» негативних емоцій (страждання, біль, відчай, роздратування тощо); нерівномірний режим роботи з нічними чергуваннями, що порушує природні біоритми праці та відпочинку і негативно впливає на адаптаційні можливості організму; низька заробітна плата; незадовільні взаємини в робочому колективі; складні умови особистого життя. З огляду на це дослідження стресостійкості в медичних працівників, серед них і майбутніх, видається актуальним та необхідним. Для діагностики стресостійкості ми застосували тест, що є прототипом методики для визначення стресостійкості і соціальної адаптації, розробленої американськими вченими Т. Холмсом та Р. Раге [148]. Відмінністю є те, що стимульний матеріал у методиці Т. Холмса і Р. Раге відображає різні стресогенні життєві події дорослих людей, а у запропонованій нами – події, що властиві молодим людям які здобувають професійну освіту (додаток Г).

Запропонована методика дає можливість визначити три рівні вияву стресостійкості: високий (29 балів і нижче), середній (30–41 балів) та низький (51–42 бали). На основі аналізу даних засвідчено середній рівень прояву

стресостійкості в майбутніх медичних працівників (35,7 бала). Це вказує на середній ступінь стресового навантаження. Проте важливо відзначити, що їхня стресостійкість може знижуватися зі збільшенням стресових ситуацій, а отже, значну частину енергії і ресурсів буде витрачено на подолання негативних психічних станів, що виникають під час стресу.

Різниця показників стресостійкості у респондентів з різним рівнем адаптованості є не значною, до того ж самі показники є на межі переходу від одного рівня до іншого (рис. 3.16). Так, найвищий, в межах середнього, показник діагностований у респондентів із низьким рівнем адаптованості (34,1 бала), що свідчить про нижчу адаптованість, середній – з середньою адаптованістю (33,2 бала) та найнижчий (порівняно вища адаптованість) – у майбутніх медичних працівників з високим показником адаптованості (32,7 бала). Ці відмінності настільки незначні, що немає потреби їх кваліфікувати як такі, що суттєво визначають рівень адаптованості. Проте вони все ж указують на тенденцію суб'єктів з низькою стресостійкістю важче адаптовуватися до навколишнього середовища.



*Прим.* Високі показники свідчать про низьку стресостійкість, а низькі – про високу.

**Рис. 3.16. Співвідношення стресостійкості майбутніх медичних працівників з різними рівнями адаптованості**

Характеристики особистості, які впливають на стресостійкість, об'єднано у два кластери: когнітивно-інтелектуальний та емоційний. Серед когнітивно-

інтелектуальних особливостей, що безпосередньо впливають на формування стресостійкості, можна виокремити гнучкість та абстрактність мислення, полонезалежність. Емоційна стійкість, оптимізм характеризують емоційно-особистісний бік стресостійкості особистості. З огляду на сказане висновуємо, що стресостійкість є складною інтегральною властивістю особистості, представленою комплексом когнітивних та емоційних якостей суб'єкта, які забезпечують можливість долати значні розумові, фізичні, вольові та емоційні навантаження, зберігаючи ефективність функціонування у стресогенній ситуації.

Отже, дослідження агресивності та ворожості у структурі емотивного ресурсу адаптації майбутніх медичних працівників засвідчило, що прояв відкритої, прямої агресії студентами є доволі прийнятною стратегією взаємодії і не має значного впливу на адаптованість, тоді як ворожість, яка є внутрішньою настановою особистості і часто не виявляється зовні, призводить до зниження емоційного комфорту і порушення адаптації. Під час дослідження було виявлено респондентів, у яких високі показники ворожості і переважання агресивних стратегій поведінки сприяли адаптованості. Емоційна задоволеність ситуацією і своїм становищем у ній таких студентів досить висока, але, можливо, через низький рівень рефлексії і низьку потребу змінювати свої адаптивні стратегії вона може різко контрастувати з оцінкою довкілля. Таке явище можна назвати псевдоадаптацією, адже воно закріплює агресивні стратегії поведінки і в подальшому спричиняє розвиток відхилень у поведінці і професійну деформацію особистості студентів.

Чинником появи агресивних та ворожих тенденцій серед низки інших є низька стресостійкість суб'єкта професійної діяльності, яка певною мірою впливає на адаптаційну здатність суб'єкта. Тому дослідження закономірностей формування стресостійкості майбутніх медичних працівників є доволі перспективним та актуальним напрямом подальших розвідок у контексті вивчення їхньої адаптивності.

### 3.4. Типологічні особливості та закономірності функціонування особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності

Результати теоретичного аналізу та емпіричного дослідження особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності дають підстави виокремити **особливості**, які визначають адаптованість майбутніх фахівців на етапі їх професійного становлення. Йдеться про те, що:

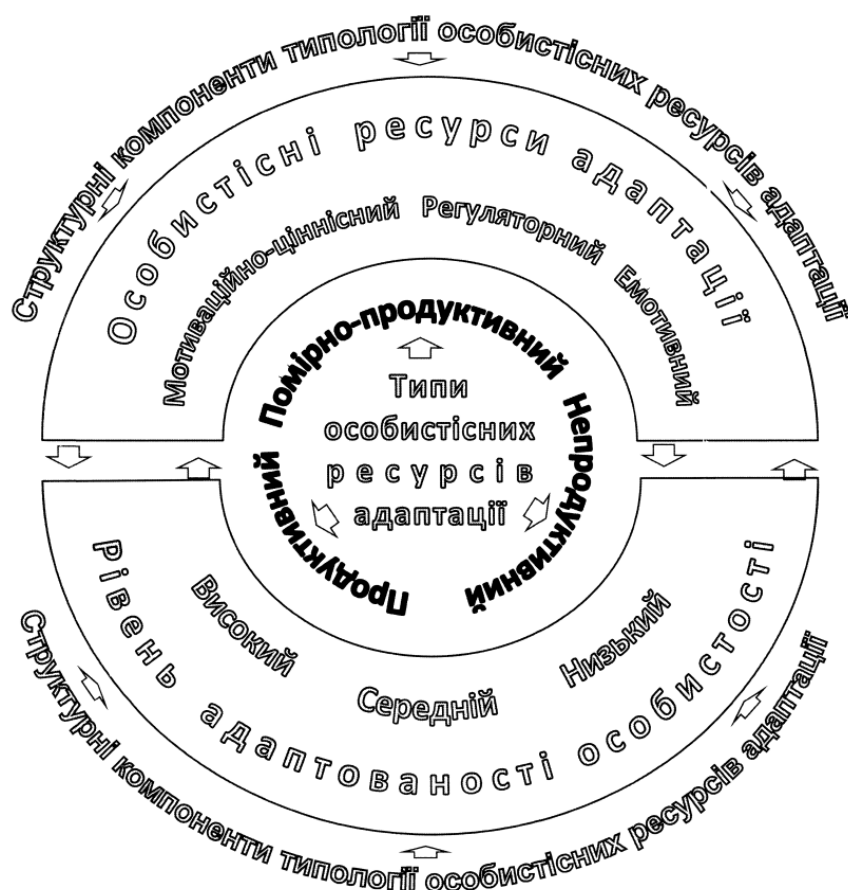
- адаптації здійснюється за рахунок: пристосування до наявних обставин «вростанням» в середовище і самозміною; перетворення середовища; самоусунення або відходу із середовища;
- адаптація можлива завдяки зміні ставлення до здібностей індивіда і створення оптимальних умов для його розвитку з боку суспільства.
- адаптація є ефективною для суб'єкта, якщо вона може змінити навколишній світ відповідно до його потреб;
- адаптація до професійного середовища для майбутніх медичних працівників пов'язана зі значними зусиллями та використанням особистісних ресурсів для зміни себе, свого «Я» під впливом зовнішніх факторів;
- для майбутніх медичних працівників з різними проявами рівня адаптації характерна власна внутрішня структура адаптивності, відмінна від інших. Її зміст залежить від емоційного комфорту, який детерміновано усвідомленістю різних аспектів їхньої майбутньої діяльності;
- розвиток мотиваційного ресурсу адаптації майбутніх медичних працівників має свої особливості та характеризується соціально-професійною спрямованістю й динамічністю;
- збалансованість системи цінностей позитивно впливає на рівень адаптації особистості до того середовища, у якому вона перебуває, а її акцентуація вносить дисбаланс у цей процес;
- рівень адаптованості, на якому перебувають майбутні медичні працівники, залежить від їхньої регуляторної здатності: респонденти з високим

показником рівня адаптованості відрізняються розвиненістю ланок «моделювання» та «гнучкості», тоді як з низьким – ланок «планування» і «оцінювання результатів»;

- домінування «самоконтролю» як типу вольової регуляції супроводжується високою емоційною напруженістю та низькою операційною, а за умови «саморегуляції» відбувається заощадження суб'єктної енергії під час адаптаційних дій;
- ефективну адаптацію забезпечують розвиненість відповідно до віку особистісних копінг-ресурсів, що сприяють формуванню ефективних копінг-стратегій (позитивна Я-концепція, розвинене сприйняття соціальної підтримки, інтернальний локус контролю над середовищем, емпатія, афіліація (потреба контактувати з іншими));
- прагнення до співпереживання, емоційної врівноваженості, належний розвиток стресостійкості є тими факторами, які за умови їх розвиненості забезпечать належний рівень адаптації до професійної діяльності;
- поєднання показників розвиненості особистісних ресурсів адаптації та рівнів адаптованості майбутніх медичних працівників є підставою для виокремлення типології особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності.

З огляду на системний підхід, на засадах якого передбачено розглядати психологічні процеси та явища у їх взаємозв'язку і взаємозумовленості, а також на розроблену нами модель функціонування особистісних ресурсів адаптації ми вважаємо, що **типологія особистісних ресурсів адаптації** майбутніх медичних працівників до професійної діяльності може бути представлена у вигляді схеми, у якій «ядро» формують особистісні утворення, що входять до мотиваційно-ціннісного, регуляторного та емотивного особистісних ресурсів і рівні їх адаптованості (рис. 3.17). Зіставлення змістових характеристик особистісних ресурсів адаптації з рівнями адаптованості майбутніх медичних працівників уможливило виокремити типи особистісних ресурсів, серед яких ***продуктивний, помірно-продуктивний та непродуктивний***. Основою назв виокремлених типів

послугувала ефективність функціонування особистісних якостей та властивостей, які входили до того чи іншого особистісного ресурсу та співвідносно з рівнями адаптованості демонстрували статистично значущу кореляцію. Звідси продуктивний тип особистісних ресурсів адаптації ресурсу свідчить про високу ефективність ресурсів, а непродуктивний – про низьку.



**Рис. 3.17. Схема типології особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності**

Отже, характер прояву особистісних ресурсів, що відповідає трьом рівням адаптованості майбутніх медичних працівників, між якими існує тісний кореляційний зв'язок, дає підстави «намалювати» портрети студентів медичного коледжу з різними типами особистісних ресурсів адаптації, а отже, по-різному адаптованих до професійної діяльності. Психологічний зміст типів особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників представлений у таблиці 3.14.

Таблиця 3.14

**Психологічний зміст типів особистісних ресурсів адаптації  
майбутніх медичних працівників**

| Тип ресурсів | Складові типології особистісних ресурсів адаптації                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              | Рівень адаптованості                                                                                                                               | Змістові характеристики особистісних ресурсів                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Продуктивний | Високий                                                                                                                                            | <p align="center"><i>Мотиваційно-ціннісний особистісний ресурс</i></p> <p>В адаптованих майбутніх медичних працівників домінує прагнення допомагати людям, що засвідчено їхньою цікавістю до роботи з ними. Майбутні медичні працівники цінують престижність медичної професії та вважають, що вона забезпечить їх матеріальний добробут. У них домінує мотивація досягнення успіху, високий та середній рівень готовності до виконання професійних функцій, проте мотиви вибору ними професії – інтроєктовані. Їхня система цінностей різноспрямована, що сприяє адаптації до будь-якого середовища. Труднощами, що можуть вносити дискомфорт у їхню діяльність, є тривалі фізичні навантаження, можлива грубість з боку пацієнтів та їхніх родичів, виконання «брудної» роботи.</p> |
|              |                                                                                                                                                    | <p align="center"><i>Регуляторний особистісний ресурс</i></p> <p>Майбутні медичні працівники з продуктивним особистісним ресурсом демонструють середній загальний рівень саморегуляції. Гармонійний регуляторний профіль ґрунтується на достатньому рівні розвитку регуляторних ланок та високій розвиненості ланок «моделювання» й «гнучкості», що забезпечує адаптаційний ефект. Допомагає цьому також різноманітний спектр застосування копінг-стратегій, зазвичай, адаптивних (позитивна переоцінка, планування вирішуваних проблем, пошук соціальної підтримки). Унаслідок цього, процес прийняття рішення супроводжується помірними енергетичними затратами та раціональним розподілом внутрішніх ресурсів під час реалізації дій.</p>                                          |
|              |                                                                                                                                                    | <p align="center"><i>Емотивний особистісний ресурс</i></p> <p>Достатня регуляторна здатність сприяє продуктивному прояву емоційного потенціалу, експлікованого на рівні такої складної інтегральної властивості особистості, якою є стресостійкість. Високий рівень її прояву забезпечено належним розвитком емоційного інтелекту. У внутрішній структурі емоційного інтелекту домінує емоційна компетентність, поєднана зі спонтанною адаптивністю. З огляду на домінування у розподілі енергетичних затрат помірних та раціональних тенденцій управління емоційними станами та процесом адаптації відбувається мимовільно.</p>                                                                                                                                                      |
|              | Загалом рівень прояву особистісних якостей, які є елементами продуктивного особистісного ресурсу, забезпечує високу, емоційно комфортну адаптацію. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                      |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Помірно-продуктивний | Середній | <p><i>Мотиваційно-ціннісний особистісний ресурс</i></p> <p>Прагнення допомагати людям – головний мотив майбутніх медичних працівників з помірно-продуктивним типом особистісних ресурсів адаптації. Ця робота не є для них привабливою, але необхідність медичних знань та можливість кар’єрного зростання спонукає їх до цього. У них відсутнє виражене домінування мотивації досягнення успіху чи уникнення невдачі. Однак мотиви вибору професії є власними, не інтроектованими. Вони доволі лояльні до майбутньої роботи і усього, що з нею пов’язане. Серед труднощів, які їх очікують у майбутньому професійному житті, вони виокремили: виконання «брудної» роботи; часта вечірня робота, тривалі фізичні навантаження, можлива грубість пацієнтів та іншого медичного персоналу. Частково планують пов’язати своє майбутнє з медициною.</p> |
|                      |          | <p><i>Регуляторний особистісний ресурс</i></p> <p>Недостатній розвиток регуляторних ланок «моделювання» та «регуляторної гнучкості» може спричинити деякі труднощі в адаптації до професійного середовища. Проте середній рівень розвитку ланок «програмування» та «оцінка результату» частково компенсує брак регуляторної гнучкості. Тому регуляторний профіль містить незначні коливання величини розвитку регуляторних ланок. Під час планування та реалізації дій для них характерний раціональний розподіл внутрішніх ресурсів (ОД–диспозиція). В адаптаційному процесі домінують конструктивні копінг-стратегії.</p>                                                                                                                                                                                                                         |
|                      |          | <p><i>Емотивний особистісний ресурс</i></p> <p>Емоційні прояви у майбутніх медичних працівників з помірно-продуктивним особистісним ресурсом адаптації доволі виражені та емоційно унормовані, що детерміновано помірною стресостійкістю. Внутрішню структуру студентів із цим типом особистісних ресурсів адаптації характеризує домінування соціальної компетентності, адаптивно-емоційної саморегуляції та прагнення співпереживати. Завдяки соціальній компетентності, урівноваженій поведінці та розумінню інших вони забезпечують собі комфортне перебування у професійному середовищі.</p>                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                      |          | <p>Загалом інтеграція особистісних якостей різних потенціалів не сприяє розвитку стану емоційного вигорання та дає змогу досягати професійної адаптації.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Н<br>е<br>п<br>р<br>о<br>д<br>у<br>к<br>т<br>и<br>в<br>н<br>и<br>й | Н<br>и<br>з<br>ь<br>к<br>и<br>й | <p><i>Мотиваційно-ціннісний особистісний ресурс</i></p> <p>Мотиваційно-ціннісний потенціал майбутніх медичних працівників з непродуктивним типом особистісних ресурсів адаптації наповнений прагненням допомагати людям, проте ця робота не є для них привабливою. Як і в попередньому типі, визнання необхідності медичних знань у житті та можливість кар'єрного зростання спонукає їх до набуття професійних компетенцій. Проте недостатня усвідомленість професійних функцій детермінує відносно низьку готовність до її виконання. Мотиви вибору професії зумовлені власним бажанням, а також можуть бути інтроектованими. Для майбутніх медичних працівників властиве домінування мотивації уникнення невдачі, що не дає змоги ефективно сформувати ті якості особистості, які сприяють адаптації. У результаті може не ускладнюватися й особистісна адаптація до сучасних соціально-економічних умов.</p> |
|                                                                    |                                 | <p><i>Регуляторний особистісний ресурс</i></p> <p>Регуляторна здатність майбутніх медичних працівників з непродуктивним типом особистісних ресурсів адаптації відрізняється від двох попередніх. Зокрема, у них низький рівень розвитку таких регуляторних ланок, як «моделювання» та «регуляторна гнучкість», що має безпосередній вплив на адаптацію особистості в певному соціумі. Недостатня розвиненість ланок «програмування» та «оцінки результату» не компенсується таким же низьким розвитком інших регуляторних ланок. Тому регуляція адаптаційних дій спричинена надмірними енергетичними затратами (ОС–диспозиція). У складних ситуаціях надають перевагу копінгу конфронтації, дистанціювання, втечі-уникненню, що потребує залучення значних внутрішніх особистісних ресурсів, які забезпечують процес адаптації до професійного середовища.</p>                                                   |
|                                                                    |                                 | <p><i>Емотивний особистісний ресурс</i></p> <p>Низька стресостійкість разом з ворожістю як внутрішньою настановою особистості є наслідком низького рівня розвитку емоційного інтелекту. Прагнення розпізнавати емоції та емоційно переживати супроводжується недостатньо розвиненим умінням керувати емоціями, наслідком чого є конфліктні ситуації. Затрати відповідно до цього зусиль для доволіного управління емоційним станом та адаптаційним процесом значні.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                    |                                 | <p>Адаптація, зазвичай, залежить від конформності і лабільності. Така сукупність особистісних ресурсів призводить до підвищеної психічної напруженості, а у стресових ситуаціях може не забезпечувати протидії розвиткові симптоматики емоційного вигорання.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

Аналіз психологічних особливостей прояву особистісних ресурсів адаптації та змістові характеристики їх типології стали підставою для виокремлення декількох ключових **закономірностей** адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності:

1. Адаптація (приспособлення до професійного середовища асиміляцією з ним і самозміною, перетворенням цього середовища та самоусуненням або відходом із нього) відбувається із залученням значних зусиль та ресурсів, ключовими з яких є особистісні.

2. Мотиваційно-ціннісний, регуляторний та емотивний особистісні ресурси адаптації функціонують як цілісний, злагоджений механізм, забезпечуючи за умови своєї розвиненості (досконалості) конструктивність адаптації.

3. Типологія особистісних ресурсів адаптації відображає поєднання мотиваційно-ціннісного, регуляторного та емотивного їх різновидів, представлених як адаптаційний потенціал особистості, та рівнів адаптованості майбутніх медичних працівників.

Проведений аналіз співвідношення особистісного ресурсу адаптації та рівнів адаптованості в майбутніх медичних працівників свідчить про їх взаємозв'язок, а змістовий аналіз представлених типів особистісних ресурсів вказує на необхідність *розвитку «ресурсності»* майбутніх медичних працівників.

Ресурсність особистості відображає спрямованість розвитку суб'єкта, тобто його орієнтування на минуле (шкодує за тим, що втрачено) чи на майбутнє (орієнтується на те, що набуто). З огляду на це доречним є вивчення ресурсної спрямованості для визначення ефективності застосування розвивальних технологій. Цю процедуру ми проводили за допомогою «Опитувальника втрат і набуття персональних ресурсів», авторами якого є Н. Водопьянова та М. Штейн (додаток Д). Використана методика діагностує співвідношення і динаміку персональних ресурсів людини за певний заданий часовий проміжок (у нашому випадку – за останні 2 роки). Отриманий індекс ресурсності є показником

особистісних ресурсів, що реалізують адаптаційні можливості майбутніх медичних працівників.

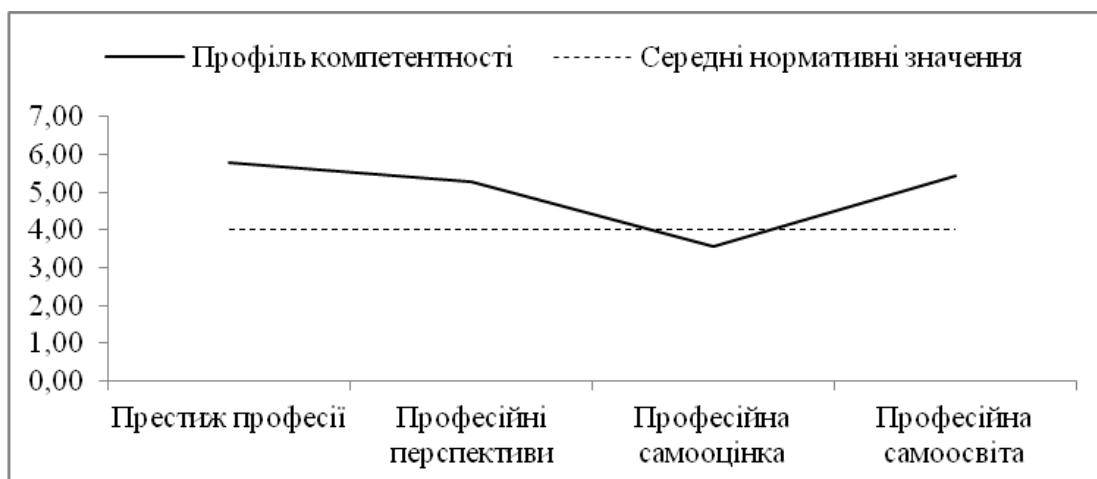
Під час кореляційного аналізу не було виявлено прямої залежності адаптованості респондентів та їх ресурсності. Проте їхній індекс ресурсності додатно корелює з «набуттям» ( $r = 0,793$ ;  $p \leq 0,01$ ) та від'ємно – зі змінною «втрати» ( $r = 0,718$ ;  $p \leq 0,01$ ). Тому можна констатувати, що майбутні медичні працівники у своєму розвитку орієнтуються на те, чого вони набувають. Зрештою, за їхнім твердженням, за останні декілька років вони «набули» значно більше, ніж «втратили». Ми вважаємо, що «набуте» мотивує їх на процес накопичення адаптаційних можливостей, хоча безпосереднього впливу на адаптацію не має. Водночас мотиваційний вплив «набутого» на задоволеність життям, на нашу думку, також є вищим, порівняно з простою відсутністю ресурсних «втрат». Окреслене свідчить про позитивну динаміку особистісного становлення майбутніх медичних працівників та перспективність розвитку їхніх адаптаційних ресурсів.

Інший напрям роботи, що забезпечить ефективність адаптації до майбутньої професійної діяльності, – розвиток соціально-професійної компетентності. Це комплексний параметр, що відображає міру осмислення себе як фахівця, представника певної соціально-професійної групи. Це насамперед соціально-психологічна характеристика особистості, а не замір її професійної кваліфікації чи майстерності.

Оцінку *соціально-професійної компетентності* ми здійснювали за чотирма параметрами: усвідомленням соціальної значущості професії; усвідомленням професійних перспектив; професійною самооцінкою; ставленням до професійної самоосвіти (додаток Е). Одержані результати засвідчили достатньо високий рівень уявлень щодо престижності професії (5,82) та необхідність професійної самоосвіти (5,23). Дещо помірніше майбутні медики оцінюють власні професійні перспективи (5,03). Водночас найнижчою в них є професійна самооцінка (2,27 бала) (див. рис. 3.18).

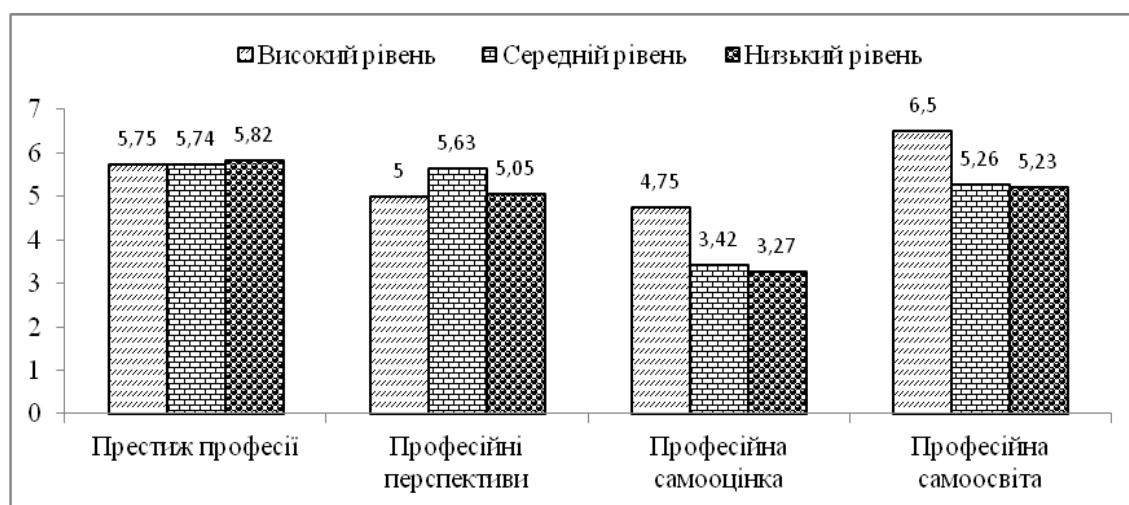
Диференціація результатів за рівнями адаптованості майбутніх медичних працівників засвідчила деякі незначні відмінності у прояві соціально-професійної

компетентності. Ці відмінності спостережено за шкалами професійної самооцінки та професійної самоосвіти.



**Рис. 3.18. Співвідношення показників соціально-професійної компетентності майбутніх медичних працівників**

Зокрема, за шкалою «професійна самооцінка» найоптимістичнішими виявилися респонденти з високим рівнем адаптованості (середнє значення цих респондентів  $4,75 \pm 1,04$ ) (рис.3.19). Це середній за значенням шкали показник. Порівняно дещо нижчі показники продемонстрували респонденти з середнім ( $3,42 \pm 1,46$ ) та низьким рівнем адаптованості ( $3,27 \pm 1,67$ ). Отже, майбутні медичні працівники доволі скептично оцінюють власний рівень професійної підготовленості.



**Рис. 3.19. Показники соціально-професійної компетентності у майбутніх медичних працівників з різними рівнями адаптованості**

Іншою шкалою, результати показників якої теж відрізнялися, є «професійна самоосвіта». Найвище необхідність у професійному розвитку оцінили респонденти з високим рівнем адаптованості ( $6,5 \pm 0,76$  при максимальному значенні 8 балів). Практично однаково оцінили значущість цього параметру майбутні медики із середнім ( $5,26 \pm 1,63$ ) та низьким ( $5,23 \pm 1,23$ ) рівнем адаптованості. Отже, професійну самооцінку та професійну самоосвіту наші досліджувані сприймають як взаємозалежні, про що свідчить і кореляційний зв'язок Пірсона ( $0,460$ ;  $p \leq 0,01$ ) та тау- $b$  Кендалла ( $0,342$ ;  $p \leq 0,01$ ). Стосовно таких шкал, як «престиж професії» та «професійні перспективи», то респонденти з усіма рівнями адаптованості оцінили їх посередньо, без видимих переваг.

### **3.5. Особливості психологічного супроводу активізації особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності**

Моделі і концепції психологічної практики визначають цілі і підходи, які реалізуються під час роботи з конкретною психічною реальністю. Ідея супроводу в цьому контексті найповніше розкриває змістові та процесні особливості системи психологічної превенції чи інтервенції. Потенційні можливості психологічного супроводу доволі перспективні, адже його сутність відображає цілісний процес створення умов для розв'язання особистістю конкретних завдань, що виникають у різних сферах її життєдіяльності. Професійне становлення в цьому сенсі не є винятком.

Психологічний супровід на етапі адаптації до професійної діяльності майбутніх медичних працівників визначається спектром проблем, які можуть виникати на цьому шляху. Загалом професіоналізація особистості відбувається в умовах можливостей (особистісне зростання, набуття професійних компетенцій, професіоналізація психічних процесів тощо) та обмежень (чітко визначені вимоги до особистісних якостей, ціннісних настанов, кола професійних дій, поведінкових проявів тощо). Тому під час адаптації до професійної діяльності психологічний супровід спрямовано на забезпечення

взаємопов'язаності пристосування професійного середовища до особистості і особистості – до професійного середовища. У зв'язку з цим увага до особистісних ресурсів та їхньої ролі у продуктивному розв'язанні завдань опанування професії є беззаперечною. Їх актуалізація сприятиме максимальному врахуванню в цьому процесі наявних і потенційних можливостей майбутнього фахівця, з одного боку, та пристосування його індивідуальних особливостей до заданих зовні умов діяльності – з іншого.

Використання технології психологічного супроводу в роботі з майбутніми медичними працівниками під час адаптації до професійного середовища дасть можливість системно впливати на становлення базових особистісних утворень, які стануть ресурсами успішної самореалізації та самоздійснення у професійній діяльності.

Професійне становлення майбутнього фахівця відбувається в умовах засвоєння знань, формування відповідних умінь і навичок. Водночас особливого значення набувають процеси, пов'язані з розвитком професійної ідентичності, становленням адекватного образу «Я-професіонал», засвоєнням нової соціальної ролі. Особистісний контекст професійного саморозвитку виступає одним із аспектів професіоналізації, а особистісні ресурси адаптації – умовою її успішності. Саме тому вважаємо необхідним розглянути питання забезпечення психологічного супроводу процесу професіоналізації майбутніх медичних працівників з урахуванням потреби актуалізації їхніх особистісних ресурсів адаптації.

Технологія супроводу повинна ґрунтуватися на тих теоретичних узагальненнях, які слугують основною для визначення змісту психологічної підтримки майбутніх медичних працівників під час їх адаптації до професійної діяльності. Цей аспект детально представлено в першому розділі роботи. Крім того, зміст психологічного супроводу зумовлено результатами емпіричного дослідження, які засвідчили важливість урахування в роботі зі студентами медичного коледжу типів особистісних ресурсів адаптації (продуктивного, помірно-продуктивного та непродуктивного), рівня їх адаптованості. Отже,

урахування окреслених теоретичних висновків та емпірично підтверджених результатів дає підстави визначити мету психологічного супроводу.

На наш погляд, *мета* супроводу розвитку особистісних ресурсів адаптації повинна містити декілька цільових настанов, які б охоплювали описані нами особистісні ресурси адаптації. По-перше, слід прагнути досягти високої адаптивності та гармонійного профілю саморегуляції з розвиненими механізмами планування, моделювання, програмування, оцінки результатів та гнучкості як регуляторної властивості особистості. По-друге, варто прагнути сформувати мотивацію на досягнення успіху в професійній сфері, гармонізованої зі спрямованістю на збалансованість самореалізації. По-третє, забезпечити становлення гуманістичного компонента загальної емоційної спрямованості, що містить потребу в сприянні та допомозі іншим, у дружньому спілкуванні, високу емоційну привабливість професійної діяльності.

Реалізація цільових настанов може здійснюватися виконанням низки *завдань*:

- формування в студентів системи уявлень щодо психологічного та соціального змісту професійної діяльності;
- моделювання ситуацій, у яких можлива актуалізація особистісних ресурсів адаптації під час оволодіння професійною діяльністю;
- усвідомлення й оцінка індивідуальних особливостей особистості, що сприяють або перешкоджають формуванню адекватної професійної Я-концепції;
- формування в студентів умінь і навичок, необхідних для планування і успішної реалізації професійної діяльності з урахуванням їх особистісних особливостей.

Складання психологічної програми супроводу, передбачає враховувати два основних моменти: умови і особливості професійної діяльності як об'єктивну реальність та індивідуальні особливості особистості студентів, що перебувають у процесі розвитку. Найпродуктивнішим для дослідження проблеми розвитку особистісних ресурсів адаптації суб'єкта до професійного середовища загалом та

професійної діяльності зокрема є інтегративний підхід. Тому за основу побудови психологічних технологій актуальними постають підходи, які поєднують прийоми різних напрямків психологічних практик з урахуванням провідної концепції особистості та її розвитку стосовно конкретного середовища.

Ядром психологічного супроводу є не тільки загальні знання про особистість студента, який перебуває в ситуації професійного становлення, але й усвідомлення конкретних особливостей, проблемних питань, що пов'язані з його професійним зростанням. У зв'язку з цим супровід повинен бути побудований так, щоби допомогти організувати середовище, яке сприятиме актуалізації ресурсів професійного саморозвитку.

*Об'єктами* супроводу у нашому випадку є студент на етапі первинної професіоналізації та процес адаптації його до професійного середовища.

Основними *напрямами* психологічного супроводу визначено:

1. Моніторинг особистісно-професійного розвитку майбутніх медичних працівників.
2. Психологічна просвіта студентів щодо особливостей їх особистісно-професійного розвитку і використання особистісних ресурсів в адаптації до професійної діяльності.
3. Психологічна профілактика труднощів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності з урахуванням типу їх особистісних ресурсів.
4. Корекція та розвиток особистісних ресурсів адаптації до професійної діяльності в майбутніх медичних працівників.

Розглянемо можливості реалізації психологічного супроводу активізації особистісних ресурсів адаптації студентів медичних коледжів до професійної діяльності та його основні результати (табл. 3.15). З огляду на визначені об'єкти та напрями, найоптимальнішими формами психологічного супроводу ми вважаємо: психологічну діагностику, психологічну просвіту та психологічний тренінг. При цьому визначені форми роботи можуть як поєднуватися, так і використовуватися окремо.

Таблиця 3.15

**Зміст психологічного супроводу активізації особистісних ресурсів  
адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності**

| №  | Зміст роботи                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Результат                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | <p>Моніторинг особистісно-професійного розвитку майбутніх медичних працівників:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Вивчення запитів студентів, педагогів, спостереження психолога.</li> <li>• Поглиблена психодіагностика та виявлення типу особистісних ресурсів адаптації студентів до професійної діяльності.</li> <li>• Складання індивідуального профілю студентів з урахуванням мотиваційно-ціннісного, регуляторного та емотивного ресурсів адаптації до професійної діяльності</li> </ul>                                                                                                                                                                           | <p>Виявлення проблем особистісного і професійного розвитку майбутніх медичних працівників.</p> <p>Визначення підстав для поглибленої діагностики.</p> <p>Визначення сформованого типу особистісних ресурсів адаптації та напрямів корекційної роботи</p>                                                                                                                                                                          |
| 2  | <p>Психологічний супровід активізації особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Психологічна просвіта студентів щодо особливостей їх особистісно-професійного розвитку і використання особистісних ресурсів в адаптації до професійної діяльності.</li> <li>➤ • спецкурс «Особистісні ресурси адаптації до професійної діяльності»;</li> <li>➤ • тренінг особистісно-професійного зростання та адаптації до майбутньої професійної діяльності;</li> <li>➤ консультування педагогів з питань актуалізації особистісних ресурсів адаптації до професійної діяльності студентів;</li> </ul> | <p>Створення атмосфери довіри і зняття захисних реакцій, які блокують сприйняття інформації про успішну адаптацію до професійної діяльності.</p> <p>Озброєння студентів і педагогів інформацією про чинники, механізми та ресурси успішної адаптації до професійної діяльності.</p> <p>Розвиток та формування навичок самоконтролю, саморегуляції, відповідальної поведінки, комунікації, позитивного образу «Я-професіонал».</p> |

## продовження таблиці 3.15

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>➤ психолого-педагогічний консиліум: «Особистісно-професійний розвиток студентів»; «Особистісні ресурси адаптації студентів до професійної діяльності».</p> <p>• Психологічна профілактика труднощів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності з урахуванням типу їх особистісних ресурсів:</p> <p>➤ моніторинг особистісно-професійного розвитку студентів з акцентом на визначенні типових труднощів;</p> <p>➤ індивідуальне і групове консультування студентів з питань адаптації до професійної діяльності, професіоналізації Я-концепції, соціалізації у професійному середовищі тощо;</p> <p>➤ «круглі столи» за участю представників медичних служб;</p> <p>➤ участь у проведенні тематичних тижнів «Я і професія».</p> <p>• Корекція та розвиток особистісних ресурсів адаптації до професійної діяльності в майбутніх медичних працівників:</p> <p>➤ • тренінг особистісно-професійного зростання;</p> <p>➤ • тренінг активізації особистісних ресурсів адаптації до професійної діяльності;</p> <p>➤ розвиток саморегуляції;</p> <p>➤ тренінг емоційності;</p> <p>➤ програма корекції мотиваційно-ціннісного, регулятивного та емотивного ресурсів адаптації до професійної діяльності студентів;</p> <p>коучинг та самокоучинг.</p> | <p>Обговорення індивідуальних програм психологічної корекції студентів з різними типами особистісних ресурсів адаптації до професійної діяльності.</p> <p>Допомога в активізації особистісних ресурсів адаптації до професійної діяльності.</p> <p>Допомога студентам у вирішенні проблем професійного становлення.</p> <p>Орієнтація на самопізнання та набуття позитивного досвіду на етапі первинної професіоналізації.</p> <p>Допомога в досягненні конкретних життєвих і професійних цілей.</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Наприклад, психологічна просвіта реалізується як спецкурс та є елементом тренінгових занять (активного навчання, метою якого є передача знань та розвиток умінь). Елементи діагностики стають предметом окремого напрямку роботи, або компонентом організованого спецкурсу, де самопізнання працюватиме на саморозуміння та виникнення потреби в ефективному саморозвиткові в межах обраної сфери професійної діяльності.

Розглянемо особливості організації *спецкурсу* «Особистісні ресурси адаптації до професійної діяльності». Він має містити теми, що розкривають роль професійної діяльності в житті людини, ознайомлюють зі структурою особистості майбутнього фахівця, висвітлюють особливості формування образу «Я-професіонал» та фактори, які визначають розвиток професійної Я-концепції, окреслюють етапи і критерії професійного розвитку особистості, пояснюють сутність адаптації та зміст особистісних ресурсів, що забезпечують її реалізацію.

Зміст спецкурсу можна умовно поділити на три логічних блоки. *Перший блок – теоретичний.* У ньому передбачено розглянути наукові підходи до розуміння особистості, її розвитку, формування Я-концепції особистості. Слід уточнити розуміння особистості в сфері психології професійної діяльності, пояснити поняття «особистість спеціаліста», «модель фахівця», «професіограма». Певне місце повинно бути відведене вивченню проблеми професійного становлення, його етапів, критеріїв і показників, співвідношення процесів соціалізації і професіоналізації. Особливу увагу слід звернути на питання, що стосуються розгляду структурних компонентів конкретної професійної діяльності та виявлення факторів, які зумовлюють розвиток професійної Я-концепції, задоволеність професійною діяльністю.

Для успішного оволодіння матеріалом необхідно також висвітлити основні теорії адаптації особистості, способи оптимізації процесу адаптації, місце особистісних ресурсів у структурі адаптаційного процесу. Варто ознайомити студентів з основними протипоказами щодо медичної професії, які обмежують особистісне і професійне становлення. Вивчення впливу адаптації на професійне становлення особистості повинно становити один з найважливіших розділів

спецкурсу і стати основним питанням, крізь призму якого здійснюється вивчення усіх інших тем.

Цей блок забезпечує реалізацію двох напрямків психологічного супроводу – психологічної просвіти і психопрофілактики.

*Другим* логічним блоком курсу є *діагностичний*. Успішність реалізації цілей, пов'язаних з формуванням професійної Я-концепції, залежить від міри актуалізації у свідомості студентів різноманітних компонентів професійної діяльності. У змістовному плані цей блок є спеціально організованим процесом самопізнання, що спрямований на виявлення та усвідомлення ними окремих сторін своєї особистості, своїх характеристик і особливостей у межах професійної діяльності, на поглиблення і уточнення особливостей професійної Я-концепції, а також образу «Я-професіонал».

Діагностичний блок відповідає напрямку моніторингу особистісно-професійного становлення майбутнього професіонала з урахуванням потреб спостереження за змінами в особистісній сфері студентів та їх впливом на професійне зростання.

*Третій* блок елективного курсу *інструментальний*. Він повинен містити різноманітні вправи (техніки), спрямовані на формування у студентів системи навичок та умінь, уявлень про психологічний зміст професійної діяльності та адаптивні можливості особистості, на усвідомлення особистісних ресурсів, що сприяють або перешкоджають формуванню професійної Я-концепції під час адаптації до нової системи взаємин, обов'язків, діяльності загалом.

Цей блок відповідає реалізації напряму корекції та розвитку особистісних ресурсів адаптації до професійної діяльності у майбутніх медичних працівників. Засвоєння необхідних умінь і навичок відбувається в груповій роботі на заняттях і не передбачає опори на тип особистісних ресурсів адаптації, притаманний студентам. У зв'язку із цим особливого значення набуває використання тренінгу, у межах якого передбачено роботу з конкретними проблемами особистісно-професійного розвитку.

Програма *тренінгу*, метою якого повинно стати підвищення ефективності особистісних ресурсів адаптації студентів до професійного середовища, повинна базуватися на науково-методологічних принципах гуманістичної психології: цілісності (інтегральної єдності усіх компонентів особистості) і безперервності існування особистості, яка розвивається і яка наділена власними іманентними механізмами активності і саморегуляції. А основні положення – відображати орієнтацію на гуманістичні цінності і норми поведінки, як-от: людина відповідальна за свої думки і почуття; людина прагне до реалізації закладених у ній можливостей і здібностей; людина прагне до здатності розвивати близькі особисті стосунки тощо.

Тренінг складається з базових програм на основі розробленої нами моделі особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності:

- розвиток мотиваційно-ціннісного ресурсу адаптації;
- розвиток регуляторного ресурсу адаптації;
- розвиток емотивного ресурсу адаптації.

Початковим завданням у програмі розвитку мотиваційно-ціннісного ресурсу адаптації є одержання знань та умінь використовувати мотивацію, мотивування та ціннісно-сміслові утворення при розв'язанні професійних завдань, а також для підвищення результативності професійної діяльності. Крім того, саме під час роботи з мотивами та цінностями студенти починають глибше розуміти, що саме є мотивувальною умовою їхньої активності та які цінності визначають зміст діяльності медичного працівника. Розвиток мотиваційно-ціннісного ресурсу допомагає особистості набути впевненості, визначити ті спонукання, які приводять до досягнення успіху.

Розвиток цього ресурсу адаптації ґрунтується на: а) діагностиці основних мотивів і домінантних цінностей та їх зіставленні з ціннісно-мотиваційним портретом «ідеального» медичного працівника; б) розширенні репертуару мотивів, які спонукають до професійного зростання, та цінностей, які визначають успішну самореалізацію в професії; в) розвиткові прагнення досягнути успіху.

Основною метою програми розвитку регуляторного ресурсу адаптації є засвоєння способів саморегуляції, використання адаптивних копінг-стратегій у поведінці, формування довільного контролю та самоконтролю. Розвиток регуляторного ресурсу впливає на уміння поводитися адекватно в ситуації невизначеності, бути впевненим, виявляти відповідальність, долати труднощі під час адаптації до професійної діяльності.

До ключових завдань розвитку емотивного ресурсу адаптації належать: збереження і зміцнення психічного здоров'я, профілактика стресових ситуацій, емоційного вигорання, формування емоційної стійкості і мотивації до особистісно-професійного розвитку. Цей етап орієнтований на розвиток емоційного інтелекту студентів, тобто озброєння їх знаннями про вплив емоцій на психічну активність людини, розвиток уміння розпізнавати емоції свої та довкілля, формування навичок поведінки в емоційно напружених ситуаціях.

Запропонований нами тренінг є розвивальним, адже орієнтований на актуалізацію особистісних ресурсів, важливих у контексті адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності (близький за технологією до тренінгів особистісного зростання). Його основна спрямованість – набуття особистістю нового знання про себе, інших, розширення простору усвідомлення реальності. Йдеться про взаємодію інтра- та інтерпсихічних рівнів організації людини, що достатньо інформативно розкриває зв'язок внутрішньо зумовлених процесів та ефективності діяльності.

Програма тренінгу сприяє розвитку тих особистісних ресурсів, які забезпечують адаптаційні здатності майбутніх медичних працівників пристосовуватися до умов професійної діяльності, а також розв'язання професійних завдань.

Серед форм роботи – міні-лекції; експрес-діагностика; дискусії; кейс-методи; групові та індивідуальні техніки; ділові ігри; психогімнастика.

Результатом тренінгової роботи з актуалізації особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності є, насамперед, уміння виявляти у власному досвіді мотиваційні, регуляційні та

емотивні ресурси реалізації професійних функцій, ознайомлення та відпрацювання способів використання отриманих знань у професійній діяльності, формування позитивного образу «Я-професіонал», здатності до професійної самопрезентації.

*Корекційну програму* запропоновано для студентів з непродуктивним типом особистісних ресурсів адаптації до професійної діяльності. Їхній психологічний портрет засвідчує потребу цілеспрямованого впливу на особистісні характеристики, які сукупно сприяють підвищенню психічної напруженості, неможливості протидіяти труднощам адаптації.

Основою вибору моделі програми є її типовий характер, тобто орієнтація на осіб з конкретними проблемами при одночасному врахуванні їхніх індивідуально-психологічних особливостей. Типова модель корекції для цієї групи студентів містить інформацію про психокорекційний вплив з використанням різних методів: ігротерапії, психотренувального коригування, навчання нових способів мислення, дій, поведінки, системи домашніх завдань, спрямованих на перенос одержаних умінь у професійне середовище тощо.

Отже, труднощі реалізації особистісних ресурсів адаптації до професійної діяльності в майбутніх медичних працівників спонукали нас до розробки програми психологічного супроводу, основна мета якої пов'язана зі створенням сприятливих умов для актуалізації потенційних можливостей студентів у професійному зростанні. Зміст програми супроводу передбачає комплексне використання методів психологічної підтримки, допомоги, сприяння та корекції, результатом яких стане самодостатня особистість, здатна до адекватного самовираження у професійній діяльності.

### **Висновки до розділу 3**

1. Представлено результати дослідження мотиваційно-ціннісного, регуляторного та емотивного особистісних ресурсів адаптації які властиві майбутнім медичним працівникам на етапі професійного навчання та професійної адаптації (3–4 курси навчання).

2. Констатовано, що мотиваційно-ціннісний ресурс орієнтований на посилення особистісної значущості традицій, цілей, цінностей професійної групи, а також стосунків у ній. На етапі первинної професіоналізації домінує мотив оволодіння професією та включення у професійну діяльність. За результатами кореляційного аналізу констатовано взаємозв'язок мотиваційних тенденцій, які відображають готовність до виконання професійних функцій, з рівнями адаптованості до професійної діяльності. Водночас певний рівень (високий, середній, низький) адаптованості до професійної діяльності залежить від емоційного комфорту, детермінованого усвідомленістю різних аспектів їхньої діяльності.

Показано, що орієнтація особистості на різноспрямовані цінності сприяє успішній адаптації у професійному середовищі. Проте в системі ціннісних орієнтацій помічено неузгодженість двох рівнів – уявлення і поведінки. Найбільш значущою і конфліктогенною зоною в адаптованих та неадаптованих майбутніх медичних працівників є сфера міжособистісних стосунків (друзі, любов, сім'я). Але внутрішній конфлікт створює не сама собою розбіжність показників значущості та доступності цінності, а ставлення суб'єкта до цієї неузгодженості, характер осмислення цього процесу з позиції більш широкого життєвого контексту.

Загалом у системі ціннісних настанов спостережено загальновікові закономірності становлення життєвих цінностей і смислів. Професійно орієнтовані цінності займають середню позицію в ціннісно-смысловій структурі особистості майбутніх медичних працівників, а тому суттєво не впливають на процес їхньої адаптації.

3. Виявлено взаємозв'язок між здатністю до саморегуляції та адаптованістю особистості до певного середовища, зокрема й професійного. Провідну роль у цьому процесі відіграють такі регуляторні ланки, як «моделювання» та «гнучкість», які у респондентів з високим рівнем адаптованості значущо корелюють зі шкалою «адаптованість». У респондентів з низьким рівнем адаптованості більш розвинені ланки «планування» і «оцінювання результатів».

Водночас для їхньої системи саморегуляції характерні відносна гармонійність та середня вираженість показників загального рівня саморегуляції з тенденцією до низького. Це пов'язано з двома факторами: по-перше, з онтогенетичними особливостями формування системи саморегуляції особистості; по-друге, з особливостями самого процесу професійного становлення. Варто відзначити, що на відміну від етапу професійної реалізації, де суб'єкт знаходиться «в професії», етап професійного навчання відображає процес становлення майбутнього професіонала.

Дослідження копінг-стратегій як регуляторного потенціалу особистісного адаптаційного ресурсу засвідчив їх розмежування за двома критеріями: адаптивний та неадаптивний копінг. У майбутніх медичних працівників з різними рівнями адаптації цю особливість відображено в результатах факторного аналізу. Так, у респондентів із середнім рівнем адаптованості такі фактори, як «позитивний конструктивізм» та «раціональна імпульсивність», дають можливість конструктивно вирішувати проблеми, іноді з проявом емоцій або сублімуванням без шкоди для інших. Майбутні медичні працівники з високими показниками адаптованості використовують різноманітний спектр копінг-стратегій для успішної адаптації. Їхня адаптаційна поведінкова стратегія відзначається соціальною зваженістю та уникненням конфронтаційних дій за рахунок надмірного самоконтролю та планування вирішення проблеми. У респондентів з низьким рівнем адаптації ідентифіковані фактори свідчать про залучення значних внутрішніх особистісних ресурсів, що забезпечують процес адаптації до того середовища, у якому вони перебувають.

Проведений психологічний аналіз застосування копінг-стратегій майбутніми медичними працівниками з різним рівнями адаптованості дає підстави констатувати, що прояв конструктивної активності є умовою успішної адаптації. Ступінь конструктивності, стратегії і моделі поведінки можуть сприяти або перешкоджати успішності подолання особистісного дискомфорту (можливо, й стресів), а також впливати на збереження здоров'я суб'єкта.

Вивчення орієнтованості майбутніх медичних працівників на стан (ОС–суб’єкти) або на дію (ОД–суб’єкти) на етапі контролю за дією, пов’язаного з прийняттям рішення, контролю за дією, пов’язаного з реалізацією, та контролю за дією, пов’язаного з орієнтацією на невдачу, уможливило змогу з’ясувати «енергізацію» власної поведінки під час виконання регуляторних дій в адаптаційному процесі. З’ясовано, що незначне домінування орієнтації на стан (ОС–суб’єкти) на етапі прийняття рішення вказує на переважання в них такого типу вольової регуляції, як «самоконтроль», із супровідним прагненням підвищити рівень власної суб’єктної активності, унаслідок чого помітна досить висока емоційна напруженість, порівняно з операційною. Тому в деяких ситуаціях їм важко вдається тримати під контролем увесь процес прийняття рішення та реалізацію наміру.

4. Емотивний особистісний ресурс адаптації представлений емоційним інтелектом особистості як сукупністю когнітивних здібностей до ідентифікації, розуміння та управління емоціями. Результати факторного аналізу засвідчили неоднорідність внутрішньої структури емоційності досліджуваних нами майбутніх медичних працівників з різними рівнями адаптованості. Якщо респонденти з високим показником рівня адаптованості досягають емоційного комфорту завдяки емоційній компетентності, прагнучи оволодіти емоціями, і їх адаптація проходить без особливих зусиль, то майбутні медики з низьким показником адаптованості прагнуть його досягти довільним управлінням емоційним станом. Почуття емпатії, що супроводжує цей процес, емоційно та енергетично виснажує їх. Респонденти із середнім рівнем адаптивності прагнуть за рахунок соціальної компетентності, урівноваженої поведінки та розуміння інших забезпечити собі комфортне перебування в професійному середовищі. Прояв відкритої, прямої агресії студентами є доволі прийнятною стратегією взаємодії і суттєво не впливає на адаптованість, тоді як ворожість, яка є внутрішньою настановою особистості і часто не виявляється зовні, призводить до зниження емоційного комфорту і порушення адаптації.

5. Узагальнення результатів емпіричного дослідження особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників дозволило виокремити три основні типи поєднання особистісних ресурсів та рівнів адаптації майбутніх медичних працівників, а звідси і типи особистісних ресурсів адаптації – продуктивний, помірно-продуктивний та непродуктивний. Кожен з них наділений відповідними характеристиками, що змістовно відрізняються один від одного.

6. Відзначено роль «ресурсності» під час адаптації до професійної діяльності. Зазначено, що, відображаючи спрямованість суб'єкта, «ресурсність» вказує водночас на можливість ефективного розвитку адаптивності чи корекції її труднощів.

Виокремлено закономірності адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності. Визначено шляхи підвищення рівня адаптованості через організацію психологічного супроводу актуалізації особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності.

*Основний зміст розділу відображений у таких публікаціях автора:*

1. Галян А. І. Копінг-стратегії як чинник адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності / А. І. Галян // Науковий вісник Миколаївського національного університету імені О.В. Сухомлинського. Психологічні науки : [зб. наук. праць / за ред. Н.О. Євдокимової]. – №1 (16), травень 2016. – Миколаїв : МНУ імені В. О. Сухомлинського, 2016. – С. 22–27.
2. Галян А. І. Взаємозв'язок ціннісно-сміслової сфери та узалежненої поведінки особистості / А. І. Галян // Проблеми гуманітарних наук : [зб. наук. праць Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка. Серія «Психологія» / ред. кол. Надія Скотна (головний редактор), Ігор Галян (редактор розділу) та ін.]. – Дрогобич : Видавничий відділ ДДПУ імені Івана Франка, 2015. – Випуск тридцять п'ятий. – С. 214–226.

3. Галян А. І. Особистісні ресурси як чинник подолання напружених ситуацій у медичних працівників / А. І. Галян // Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology. – III (35), Issue 71. – Budapest, 2015 – С. 78–81.
4. Галян А. І. Підходи до актуалізації особистісних ресурсів студентів в освітньому середовищі / А. І. Галян / Інноваційний розвиток вищої освіти : глобальний та національний виміри змін : [матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції (6–7 квітня 2016 року, м. Суми)]. – Т. 1. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. – С. 5–7.
5. Галян А. І. Умови актуалізації особистісного ресурсу / А. І. Галян / Особистість у соціальному, віковому та клінічному вимірі сучасного життя : [матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (7 квітня 2016, м. Луцьк)]. – Луцьк : Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2016. – С. 114–123.

## ВИСНОВКИ

Узагальнюючи результати проведеного дослідження, що, відповідно до поставлених завдань, полягає в обґрунтуванні особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності, доходимо таких основних **висновків**:

1. На основі теоретико-методологічного аналізу проблеми встановлено, що різноманітні теоретичні підходи до проблеми адаптації спричинені специфікою завдань проведених досліджень. Відмінності в положеннях, які пояснюють адаптаційні процеси, залежать від їх мети, змісту, методів і результатів, а також урахування розбіжностей опису характеристик двох взаємопов'язаних систем: індивіда і середовища. Поруч із зовнішнім чинникам, що задають умови адаптації і контролюють цей процес, важлива роль відводиться особистісним аспектам, індивідуально-типологічним особливостям, які визначають рівень ефективності й темпи перебігу адаптаційного процесу. Ключовими критеріями проходження такої адаптації є поява стану адаптованості до майбутнього професійного середовища та сформованість адаптивності як особистісної якості.

Засадничою методологічною позицією дослідження є суб'єктно-діяльнісно-системний підхід, що відображає процес активного пристосування до специфіки майбутньої професійної діяльності. Феноменологічний аналіз адаптації спричинив потребу її вивчення з позиції детермінації особистісними ресурсами, мобілізація яких забезпечує виконання програми і стратегій поведінки суб'єкта. Запроваджено поняття *особистісні ресурси адаптації*, що розглядаються як індивідуально-психологічні властивості особистості майбутніх медичних працівників, які утворені внаслідок взаємодії мотиваційно-ціннісного, регуляторного та емотивного ресурсів, що без надмірних енергетичних затрат сприяють їхній успішній адаптації до професійної діяльності.

2. На основі урахування положення про професійно-психологічну адаптованість особистості й особистісну ресурсність суб'єкта виокремлено низку ресурсів (соціально-психологічні, особистісні та фахово-компетентнісні),

що сукупно формують адаптаційний потенціал особистості. Пріоритетними з них визнано особистісні ресурси адаптації, серед яких: мотиваційно-ціннісний, регуляторний та емотивний. Їх змістовий та процесний аналіз представлений у моделі функціонування особистісних ресурсів адаптації до професійної діяльності майбутніх медичних працівників. Розроблена модель стала основою для виокремлення змісту, характеру та послідовності реалізації емпірико-діагностичного етапу дослідження.

За результатами вивчення адаптивності із застосуванням кластерного аналізу виокремлено високий, середній та низький рівні адаптованості майбутніх медичних працівників до професійної діяльності на початковому етапі їх професіоналізації.

3. Простежено, що високий рівень розвитку психологічних характеристик мотиваційно-ціннісного, регуляторного та емотивного особистісних ресурсів детермінує високу ймовірність успішності адаптації. Констатовано, що успішній адаптації до соціального середовища загалом та професійного зокрема сприяє різноспрямована, внутрішньо несуперечлива система цінностей. Визначальним мотивом на етапі первинної професіоналізації є мотив оволодіння професією і включення до професійної діяльності.

Адаптованість майбутніх медичних працівників до професійної діяльності залежить від їх здатності до саморегуляції. У респондентів з високим рівнем адаптованості краще розвинені такі регуляторні ланки, як «моделювання» та «гнучкість», а з низьким – «планування» й «оцінювання результатів». Низька гармонійність регуляційних ознак пов'язана з онтогенетичними особливостями формування системи саморегуляції особистості майбутніх медичних працівників та з особливостями самого процесу професійного становлення (на відміну від етапу професійної реалізації, де суб'єкт знаходиться «в професії», етап професійного навчання відображає процес *становлення* майбутнього професіонала).

Проведений психологічний аналіз застосування копінг-стратегій майбутніми медичними працівниками з різним рівнями адаптованості дає

підстави констатувати, що прояв конструктивної активності є умовою успішної адаптації. Респонденти з високими показниками адаптованості задля успішної адаптації використовують адаптивні копінг-стратегії, а з низьким – енергозатратні. Незначне домінування орієнтації на стан (ОС–диспозиція) на етапі прийняття рішення вказує на переважання у майбутніх медичних працівників з різними рівнями адаптованості такого типу вольової регуляції, як «самоконтроль», що доводить прагнення підвищити рівень власної суб'єктної активності. Однак цей процес супроводжується досить високою емоційною напруженістю.

Результати факторного аналізу засвідчили неоднорідність внутрішньої структури емотивного ресурсу досліджуваних нами майбутніх медичних працівників з різними рівнями адаптованості. Респонденти з високим показником рівня адаптованості без особливих зусиль досягають емоційного комфорту завдяки емоційній компетентності, а з низьким – завдяки довільному управлінню емоційним станом. Прояв відкритої, прямої агресії студентами є доволі прийнятною стратегією взаємодії і суттєво не впливає на адаптованість, тоді як ворожість, яка є внутрішньою настановою особистості і часто не виявляється зовні, призводить до зниження емоційного комфорту і порушення адаптації.

4. Запропоновано три основні типи поєднання особистісних ресурсів та рівнів адаптації майбутніх медичних працівників, а звідси і типи особистісних ресурсів адаптації – *продуктивний, помірно-продуктивний та непродуктивний*. Зазначено, що продуктивний тип особистісних ресурсів адаптації забезпечує високу, емоційно комфортну адаптацію, помірно-продуктивний не спричиняє розвитку стану емоційного вигорання та сприяє ситуативній професійній адаптації, а непродуктивний – спричиняє підвищення психічної напруженості, уникання проблем, не протидіє розвитку симптоматики емоційного вигорання.

Виокремлено *особливості*, які визначають адаптованість майбутніх фахівців на початковому етапі їх професійного становлення. Їхній зміст розкривається через положення про те, що: а) адаптація здійснюється внаслідок: пристосування до наявних обставин «вростанням» в середовище і самозміною; перетворення середовища; самоусунення або відходу із середовища; б) адаптація

пов'язана із залученням особистісних ресурсів; в) мотиваційно-ціннісний, регуляторний та емотивний особистісні ресурси змістово наповнюють таку особистісну властивість, як адаптивність; г) внутрішня структура адаптивності майбутніх медичних працівників з різними проявами рівня адаптації залежить від емоційного комфорту, детермінованого усвідомленістю різних аспектів їхньої майбутньої діяльності.

Визначено закономірності функціонування особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності. Зазначається, що конструктивність процесу адаптації залежить від змісту, типу та особливостей прояву особистісних ресурсів. Обґрунтовано можливість активізації особистісних ресурсів адаптації засобами психологічного супроводу цього процесу.

Проведене дослідження не вичерпує усіх аспектів окресленої проблеми. Перспективним напрямом дослідження особистісних ресурсів адаптації на початковому етапі професіоналізації вважаємо ґрунтовне її дослідження відповідно до фахової спеціалізації, гендерних і статевих чинників. Доречними тут будуть розробки і впровадження різноманітних формувальних технологій, що сприятимуть підвищенню рівня адаптованості та розвитку адаптивності як особистісної властивості.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова Г. С. Практическая психология / Г. С. Абрамова. – Москва : Академия, 1997. – 368 с.
2. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни / К. А. Абульханова-Славская. – Москва : Мысль, 1991. – 299 с.
3. Аббясов И. Х. Основы сестринского дела : учебник / И. Х. Аббясов [и др.]. – Москва : Академия, 2007. – 336 с.
4. Адаптация личности в современном мире : межвузовский сборник научных трудов. – Саратов : Наука, 2011. – Вып. 3. – 110 с.
5. Адлер А. Понять природу человека / А. Адлер ; [пер. Е. А. Цыпин ; ред. М. В. Козин]. – Санкт-Петербург : Акад. проект, 2000. – 256 с.
6. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии / А. Адлер. – Москва : Прогресс, 1995. – 296 с.
7. Акименко А. К. Взаимосвязь представлений о лжи и стратегий поведения в системе социально-психологической адаптации личности : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / Акименко А. К. ; Саратов. гос. ун-т. – Саратов, 2008. – 217 с.
8. Акименко А. К. Понятие об адаптации, ее критериях и механизмах адаптационного процесса / А. К. Акименко // Адаптация личности в современном мире : межвузовский сборник научных трудов. – Саратов : Наука, 2011. – Вып. 3. – С. 5–18.
9. Акопов Г. В. Роль информационной сферы в ментальной дифференциации молодежи / Г. В. Акопов // Социальные процессы и молодёжь : взгляд в будущее : материалы VI Международной научно-практической конференции. – Самара : СФ МГПУ, 2004. – С. 13–16.
10. Акопов Г. В. Социальная психология образования : монография / Г. В. Акопов. – Москва : МПСИ, 2000. – 296 с.
11. Александрова Л. А. Личностные ресурсы и индивидуальные стратегии адаптации студентов к условиям повышенной опасности природных бедствий

и катастроф / Л. А. Александрова // 2-я Всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии : материалы сообщений ; [под ред. Д. А. Леонтьева]. – Москва : Смысл, 2004. – С. 201–204.

12. Александрова Л. А. Психологические ресурсы адаптации личности к условиям повышенного риска природных катастроф : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Александрова Л. А. ; МГУ им. М. В. Ломоносова. – Москва, 2004. – 24 с.

13. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства : руководство для врачей / Ю. А. Александровский. – Москва : Зевс ; Ростов-на-Дону : Феникс, 1997. – 576 с.

14. Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю. А. Александровский. – Москва : Наука, 1976. – 272 с.

15. Алексеева Т. В. Психологічні фактори та прояви процесу адаптації студентів до навчання у вищому навчальному закладі : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Алексеева Т. В. ; Київ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка. – Київ, 2004. – 20 с.

16. Алехин А. Н. Адаптация как концепт в медико-психологическом исследовании / А. Н. Алехин // Юбилейный сборник научных трудов (к 10-летию кафедры клинической психологии РГПУ имени А. И. Герцена). – Санкт-Петербург : Стратегия будущего, 2010. – С. 27–32.

17. Алфимова М. В. Психогенетика агрессивности / М. В. Алфимова, В. И. Трубников // Вопр. психологии. – 2000. – № 6. – С. 112–123.

18. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания / Б. Г. Ананьев. – Ленинград : ЛГУ, 1968. – 339 с.

19. Ананьев Б. Г. Некоторые проблемы психологии взрослых / Б. Г. Ананьев. – Москва : Знание, 1973. – 32 с.

20. Ананьев Б. Г. Психологическая структура человека как субъекта / Б. Г. Ананьев // Человек и общество / [под ред. Б. Г. Ананьева]. – Ленинград : ЛГУ, 1967. – Вып 2. – С. 235–249.

21. Андреева Г. М. Социальная психология / Г. М. Андреева. – Москва : Аспект Пресс, 1996. – 376 с.
22. Анохин П. К. Избранные труды / П. К. Анохин ; сост. В. А. Макаров. – Москва : Медицина, 1998. – 400 с.
23. Аристова Т. А. Сравнительное исследование биологических и психологических компонентов психической адаптации больных неврозами и неврозоподобной шизофренией : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Аристова Т. А. ; Санкт-Петербург. науч.-исследоват. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева. – Санкт-Петербург, 1999. – 196 с.
24. Артемьева Е. Ю. Основы психологии субъективной семантики / Е. Ю. Артемьева ; [под ред. И. Б. Ханиной]. – Москва : Смысл, 1999. – 349 с.
25. Асмолов А. Г. Психология личности : культурно-историческое понимание развития человека / А. Г. Асмолов. – [3-е изд., испр. и доп.]. – Москва : Смысл ; Академия, 2007. – 528 с.
26. Асмолов А. Г. Психология личности : принципы общепсихологического анализа / А. Г. Асмолов. – Москва : Смысл, 2001. – 416 с.
27. Балл Г. А. Понятие адаптации и его значение для психологии личности / Г. А. Балл // Вопр. психологии. – 1989. – № 1. – С. 92–101.
28. Барабанщиков В. А. Принцип системности в современной психологии : основания, проблемы, тенденции развития // Идея системности в современной психологии / [под ред. В. А. Барабанщикова]. – Москва : ИП РАН, 2005. – С. 9–47.
29. Безносиков В. Н. Динамика первичной производственной адаптации молодых рабочих на промышленном предприятии : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / Безносиков В. Н. ; АН СССР, Ин-т психологии. – Москва, 1986. – 189 с.
30. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Ленинград : Наука, 1988. – 270 с.
31. Березин Ф. Б. Психофизиологические, психологические и социальные предпосылки адаптации человека в условиях Севера и критерии оценки /

Ф. Б. Березин // Адаптация человека в различных климатогеографических и производственных условиях. – Новосибирск : Наука, 1981. – Т. 2. – С. 30–31.

32. Берталанфи Л. фон. История и статус общей теории систем / Л. фон Берталанфи // Системные исследования : ежегодник. – Москва : Наука, 1973. – С. 20–37.

33. Блажене И. М. Взаимосвязь психического и соматического состояний у студентов в процессе учебной деятельности : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Блажене И. М. ; ЛГУ им. А. А. Жданова. – Ленинград, 1986. – 15 с.

34. Богомолов А. М. Динамика психологических механизмов адаптации детей-сирот / А. М. Богомолов, А. Г. Портнова // Ежегодник Российского психологического общества : материалы 3-го Всероссийского съезда психологов, 25–28 июня 2003 г. : [в 8 т.]. – Санкт-Петербург : СПбГУ, 2003. – Т. 1. – С. 513–516.

35. Богомолов А. М. Личностный адаптационный потенциал в контексте системного анализа / А. М. Богомолов // Психологическая наука и образование. – 2008. – № 1. – С. 67–73.

36. Бодров В. А. Проблема преодоления стресса. Ч. 1. «Copping stress» и теоретические подходы к его изучению / В. А. Бодров // Психол. журн. – 2006. – Т. 27, № 1. – С. 122–133.

37. Бодров В. А. Проблема преодоления стресса. Ч. 2. Процессы и ресурсы преодоления стресса / В. А. Бодров // Психол. журн. – 2006. – Т. 27, № 2. – С. 113–123.

38. Бодров В. А. Психологические механизмы адаптации человека / В. А. Бодров // Психология адаптации и социальная среда: современные подходы, проблемы, и перспективы / [отв. ред.: Л. Г. Дикая, А. Л. Журавлев]. – Москва : ИП РАН, 2007. – С. 42–51.

39. Бодров В. А. Психологический стресс : развитие учения и современное состояние проблемы / В. А. Бодров. – Москва : ИП РАН, 1995. – 128 с.

40. Боришевський М. Й. Особистість у вимірах самосвідомості : монографія / М. Й. Боришевський. – Київ : Еллада, 2012. – 608 с.

41. Бочарова Е. Е. Стратегии копинг-поведения и субъективное благополучие личности / Е. Е. Бочарова // Адаптация личности в современном мире : межвузовский сборник научных трудов. – Саратов : Наука, 2008. – Вып. 1. – С. 22–29.
42. Будякина М. П. Некоторые аспекты социально-психологической адаптации новичков на предприятиях / М. П. Будякина, А. А. Русалинова // Социальная психология и социальное планирование / под ред. Е. С. Кузьмина, А. А. Бодалева. – Ленинград : ЛГУ, 1973. – С. 92–118.
43. Вальдман А. В. Экспериментальная нейрофизиология эмоций / А. В. Вальдман. – Ленинград : Наука, 1972. – 272 с.
44. Вассерман Л. И. О системном подходе в оценке психической адаптации / Л. И. Вассерман, М. А. Беребин, Н. И. Косенков // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1994. – № 3. – С. 16–25.
45. Васильев И. А. Контроль за действием как составляющая личностного потенциала / И. А. Васильев, О. В. Митина, С. А. Шапкин // Личностный потенциал: структура и диагностика / [под ред. Д. А. Леонтьева]. – Москва : Смысл, 2011. – С. 330–360.
46. Веккер Л. М. Психика и реальность. Единая теория психических процессов / Л. М. Веккер. – Москва : Смысл ; Per Se, 2000. – 688 с.
47. Вірна Ж. П. Мотиваційно-сміслова регуляція у професіоналізації психолога : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.01 / Вірна Ж. П. ; Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – Київ, 2004. – 36 с.
48. Вірна Ж. П. Основи професійної орієнтації : навч. посіб. / Ж. П. Вірна. – Луцьк : РВВ «Вежа» Волин. держ. ун-ту ім. Л. Українки, 2003. – 154 с.
49. Вірна Ж. П. Професійна психологія: методологія, методи та практика : зб. наук. пр. / Ж. П. Вірна [та ін.] ; Волин. нац. ун-т ім. Л. Українки. – Луцьк : РВВ «Вежа» Волин. держ. ун-ту ім. Л. Українки, 2008. – 139 с.
50. Вірна Ж. П. Сучасні напрями психологізації професійної підготовки фахівців : монографія ; [в 4 т.] / Ж. П. Вірна [та ін.]. – Запоріжжя, 2013. – Т. 3. – 287 с.

51. Вітенко І. С. Психологічна адаптація сімейного лікаря до професійної діяльності : [монографія] / І. С. Вітенко. – Вінниця : Нова кн., 2013. – 132 с.
52. Власова О. І. Психологія соціальних здібностей : структура, динаміка, чинники розвитку : монографія / О. І. Власова. – Київ : Вид-во Київ. ун-ту, 2005. – 308 с.
53. Власова О. Г. Психический ресурс человека как субъекта труда : системный подход / О. Г. Власова // Вестник СевКавГТУ. Серия : Гуманитарные науки. – 2005. – № 2 (14). – С. 89–98.
54. Водопьянова Н. Е. Психическое «выгорание» и качество жизни / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова // Психологические проблемы самореализации личности / [под ред. Л. А. Коростылевой]. – Санкт-Петербург : СПбГУ, 2002. – Вып. 6. – С. 140–154.
55. Водопьянова Н. Опросник потерь и приобретений персональных ресурсов / Н. Водопьянова, М. Штейн // Психодиагностика стресса : [стресс-менеджмент] / [ред. : Н. Е. Водопьянова]. – Санкт-Петербург : Питер, 2009. – С. 304–309.
56. Ворожбит С. А. Почуття довіри як чинник соціально-психологічної адаптації студентів : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / Ворожбит С. А. ; Ін-т психології ім. Г.С. Костюка. – Київ, 2011. – 21 с.
57. Выготский Л. С. Мышление и речь / Л. С. Выготский. – [изд. 5-е, испр.]. – Москва : Лабиринт, 1999. – 352 с.
58. Выготский Л. С. Собрание сочинений. [в 6 т.] Т. 1. Вопросы теории и истории психологии / Л.С. Выготский ; под ред. А. Р. Лурия, М. Г. Ярошевского. – Москва : Педагогика, 1982. – 488 с.
59. Галажинский Э. В. Самореализация личности как предмет психологического познания / Э. В. Галажинский // Ежегодник российского психологического общества «Психология и ее приложения». – Москва, 2002. – Т. 9, Вып. 2. – С. 225–226.
60. Галус О. М. Сутність процесу адаптації особистості за умов навчання у ВНЗ [Електронний ресурс] / О. М. Галус // Педагогічний дискурс. – 2010. – №7.

– Режим доступу : [http://www.nbuv.gov.ua/old\\_jrn/soc\\_gum/peddysk/2010\\_7/halus.pdf](http://www.nbuv.gov.ua/old_jrn/soc_gum/peddysk/2010_7/halus.pdf) (дата звернення : 26.10.16). – Назва з екрана.

61. Галян А. І. Особистісні ресурси як чинник подолання напружених ситуацій у медичних працівників / А. І. Галян // *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. – 2015. – III (35), Issue 71. – С. 78–81.

62. Галян А. І. Психологічний ресурс особистості як чинник подолання стресу (огляд досліджень з проблеми) / А. І. Галян // *Проблеми гуманітарних наук. Серія «Психологія»* : зб. наук. пр. Дрогоб. держ. пед. ун-ту ім. І. Франка / редкол.: Н. Скотна (гол. ред.) [та ін.]. – Дрогобич, 2015. – Вип. 35. – С. 214–226.

63. Галян А. І. Умови актуалізації особистісного ресурсу / А. І. Галян // *Особистість у соціальному, віковому та клінічному вимірі сучасного життя* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (7 квіт. 2016 р., Луцьк). – Луцьк, 2016. – С. 114–123.

64. Галян А. І. Методичні аспекти вивчення особистісного адаптаційного ресурсу у процесі підготовки майбутніх медичних працівників до професійної діяльності / А. І. Галян // *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – Київ, 2016. – Т. 9 : Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія, вип. 9. – С. 124–132.

65. Галян І. М. Структура та детермінанти життєвої задоволеності майбутніх педагогів / І. М. Галян // *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені О. В. Сухомлинського. Психологічні науки* : зб. наук. пр. / за ред. Н. О. Євдокимової. – Миколаїв, 2016. – № 1 (16). – С. 27–33.

66. Ганжа С. Ю. Социально-психологическая адаптированность и ее относительность / С. Ю. Ганжа // *Ежегодник Российского психологического общества* : [в 8 т.] : материалы 3-го Всероссийского съезда психологов, 25–28 июня 2003 г. – Санкт-Петербург : СПбГУ, 2003. – Т. 2. – С. 292–295.

67. Георгиева И. А. Социально-психологические факторы адаптации личности в коллективе : автореф. дис. ...канд. психол. наук : 19.00.05 / Георгиева И. А. – Ленинград, 1985. – 22 с.

68. Гефеле О. Ф. Социальная адаптация личности в ситуациях не определенности / О. Ф. Гефеле // Ежегодник Российского психологического общества : [в 8 т.] : материалы 3-го Всероссийского съезда психологов, 25–28 июня 2003 г. – Санкт-Петербург : СПбГУ, 2003. – Т. 2. – С. 319–321.
69. Гоулман Д. Эмоциональный интеллект / Д. Гоулман. – Москва : АСТ, 2009. – 335 с.
70. Гринців М. В. Особливості саморегуляції як чинник їхнього професійного становлення: автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Гринців М. В. ; Київ. ун-т ім. Б. Грінченка. – Київ, 2016. – 21 с.
71. Гриценко В. В. Социально-психологическая адаптация переселенцев в России / В. В. Гриценко. – Москва : ИП РАН, 2002. – 252 с.
72. Гуляс І. А. Психологія перфекціонізму : [навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл.] / І. А. Гуляс. – Чернівці : Прут, 2010. – 272 с.
73. Демченко В. А. Самосвідомість як фактор психологічної адаптації першокурсників до навчальної діяльності: автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Демченко В. А. ; Харк. нац. ун-т ім. В. Н. Каразіна. – Харків, 2006. – 19 с.
74. Деркач А. А. Психолого-акмеологическое консультирование управленческих кадров / А. А. Деркач, Г. И. Марасанов. – Москва : Изд-во Рос. акад. гос. службы, 1996. – 128 с.
75. Диагностика состояния агрессии (опросник А. Баса–А. Дарки) // Диагностика эмоционально-нравственного развития / [ред. и сост. И. Б. Дерманова]. – Санкт-Петербург : Речь, 2002. – С. 80–84.
76. Дикая Л. Г. Психическая саморегуляция функционального состояния человека (системно-деятельностный подход) / Л. Г. Дикая. – Москва : ИП РАН, 2003. – 318 с.
77. Дикая Л. Г. Отношение человека к неблагоприятным событиям и факторы его формирования / Л. Г. Дикая, А. В. Махнач // Психол. журн. – 1996. – Т. 17, № 3. – С. 137–146.
78. Дикая Л. Г. Адаптация : методологические проблемы и основные направления исследований / Л. Г. Дикая // Психология адаптации и социальная

среда : современные подходы, проблемы, перспективы / [ отв. ред. : Л. Г. Дикая, А. Л. Журавлев]. – Москва : ИП РАН, 2007. – С. 17–42.

79. Дмитриева М. А. Психологические факторы профессиональной адаптации / М. А. Дмитриева // Психологическое обеспечение профессиональной деятельности / [под ред. Г. С. Никифорова]. – Санкт-Петербург : СПбГУ, 1991. – С. 43–60.

80. Добряк С. Ю. Динамика психологической адаптации курсантов на первом и втором году обучения в военном вузе : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Добряк С. Ю. ; Санкт-Петербург. гос. ун-т. – Санкт-Петербург, 2004. – 202 с.

81. Дружилов С. А. Индивидуальный ресурс человека как основа становления профессионализма : монография / С. А. Дружилов. – Воронеж : Научная книга, 2010. – 260 с.

82. Дуб В. Г. Психологічні особливості становлення ціннісно-смислової сфери майбутніх педагогів у процесі підготовки до професійної діяльності : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Дуб В. Г. ; Київ. ун-т ім. Б. Грінченка. – Київ, 2015. – 21 с.

83. Дубровин Д. Н. Психологическая адаптация как фактор личностного самоопределения : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Дубровин Д. Н. ; Моск. пед. ун-т. – Москва, 2005. – 20 с.

84. Еникеев М. И. Общая, социальная и юридическая психология : краткий энциклопедический словарь / М. И. Еникеев, О. Л. Кочетков. – Москва : Юридическая литература, 1997. – 448 с.

85. Жмыриков А. Н. Диагностика социально-психологической адаптированности личности в новых условиях деятельности и общения : дис. ...канд. психол. наук : 19.00.05 / Жмыриков А. Н. ; Ленингр. гос. ун-т им. А. А. Жданова. – Москва, 1989. – 192 с.

86. Завалишина Д. Н. Субъектно-динамические аспекты профессиональной деятельности (психология субъекта) / Д. Н. Завалишина // Психол. журн. – 2003. –Т. 24, № 6. – С. 5–15.

87. Завьялова Е. К. Психологические механизмы социальной адаптации человека / Е. К. Завьялова // Вестн. Балт. пед. академии. – Санкт-Петербург, 2001. – Вып. 40. – С. 55–60.
88. Залевский Г. В. Личность и фиксированные формы поведения / Г. В. Залевский. – [3-е изд.]. – Санкт-Петербург : Питер, 2007. – 688 с.
89. Зотова О. И. Некоторые аспекты социально-психологической адаптации личности / О. И. Зотова, И. К. Кряжева // Психологические механизмы регуляции социального поведения / [ред.: М. И. Бобнева, Е. В. Шорохова]. – Москва : Наука, 1979. – С. 219–232.
90. Изард К. Э. Психология эмоций / К. Э. Изард. – Санкт-Петербург : Питер, 2000. – 464 с.
91. Ильин Е. П. Психология помощи. Альтруизм, эгоизм, эмпатия / Е. П. Ильин. – Санкт-Петербург : Питер, 2013. – 304 с.
92. Казначеев В. П. Современные аспекты адаптации / В. П. Казначеев. – Новосибирск : Наука, 1980. – 192 с.
93. Калашникова С. А. Личностные ресурсы как интегральная характеристика личности / С. А. Калашникова // Молодой ученый. – 2011. – Т. 2, № 8. – С. 84–87.
94. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология / Б. Д. Карвасарский. – Ленинград : Медицина, 1982. – 272 с.
95. Карпенко Є. В. Самоактуалізація і адаптація: від конфронтації до кооперації : монографія / Є. В. Карпенко. – Івано-Франківськ : Нова Зоря, 2013. – 271 с.
96. Карпова Н. Л. Мотивационная включенность в деятельность : структура, механизмы, условия формирования : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.01 / Карпова Н. Л. ; Психол. ин-т РАО. – Москва, 1998. – 46 с.
97. Келли Д. Теория личности (теория личных конструктов) / Д. Келли. – Санкт-Петербург : Речь, 2000. – 249 с.
98. Киркеволд М. Сестринское дело. Анализ и оценка теорий / М. Киркеволд ; [пер. с норвеж. Э. Панкратовой]. – Москва : ПЕРСЭ, 2000. – 135 с.

99. Климчук В. О. Математичні методи у психології / В. О. Климчук. – Київ : Освіта України, 2009. – 288 с.
100. Ключко В. Е. Самореализация личности : системный взгляд : монография / В. Е. Ключко, Э. В. Галажинский. – Томск : Изд-во ТГУ, 2000. – 163 с.
101. Кміть І. В. Хроноструктурна компетентність як умова професійної адаптованості медичних сестер : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Кміть І. В. ; Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки. – Луцьк, 2013. – 200 с.
102. Кожевникова Е. Ю. Личностные ресурсы преодоления ситуации социально-экономической депривации : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Кожевникова Е. Ю. ; Кубанс. гос. ун-т. – Краснодар, 2006. – 23 с.
103. Кокс Т. Стресс / Т. Кокс ; [пер. с англ. Л. А. Милутиной ; под ред. Г. И. Косицкого]. – Москва : Медицина, 1981. – 216 с.
104. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини : психофізіологічний аспект забезпечення діяльності : монографія / О. М. Кокун. – Київ : Міленіум, 2004. – 265 с.
105. Кононова М. М. До проблеми пізнання психологічних захистів у контексті психодинамічної теорії / М. М. Кононова // Психологія і особистість. – 2015. – № 1 (7). – С. 109–119.
106. Конопкин О. А. Стилевые особенности саморегуляции деятельности / О. А. Конопкин, В. И. Моросанова // Вопр. психологии. – 1989. – № 5. – С. 18–28.
107. Корнеева Л. Н. Самооценка как механизм саморегуляции профессиональной деятельности / Л. Н. Корнеева // Вестник ЛГУ. Серия 6. – 1989. – Вып. 4 (№ 27). – С. 91–96.
108. Кошечева Н. А. Психологические характеристики медицинских сестер в условиях профессионального стресса : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.03 / Кошечева Н. А. ; Санкт-Петербург. гос. мед. акад. им. И. И. Мечникова. – Санкт-Петербург, 2005. – 242 с.
109. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості : монографія / В. М. Крайнюк. – Київ : Ніка-Центр, 2007. – 432 с.

110. Кряжева И. К. Социально-психологические факторы адаптированности личности : автореф. дис. .... канд. психол. наук : 19.00.05 / Кряжева И. К. – Москва, 1980. – 24 с.
111. Кузнецова О. В. Индивидуально-типологические различия в адаптированности личности / О. В. Кузнецова // Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology. – 2013. – Vol. 5. – С. 174–178.
112. Кузнецова Л. Э. Влияние системы отношений личности на адаптационный потенциал сотрудников милиции, переживших экстремальные ситуации : дис. ...канд. психол. наук : 19.00.01 / Кузнецова Л. Э. ; Кубан. гос. ун-т. – Краснодар, 2011. – 222 с.
113. Куликов Л. В. Психология настроения / Л. В. Куликов. – Санкт-Петербург : СПбГУ, 1997. – 226 с.
114. Лактіонов О.М. Структурно-динамічна організація індивідуального досвіду : автореф. дис... канд. психол. наук : 19.00.01 / Лактіонов О. М. ; Київ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка. – Харків, 2000. – 38 с.
115. Лазарус Р. Индивидуальная чувствительность и устойчивость к психологическому стрессу / Р. Лазарус // Психологические факторы на работе и охрана здоровья / под ред. Р. Кадимо [и др.]. – Москва : Женева, 1989. – С. 121–126.
116. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования / Р. Лазарус // Эмоциональный стресс / [под ред. Л. Леви]. – Москва : Медицина, 1970. – С. 178–209.
117. Лазько А. М. Конструктивний перфекціонізм як чинник професійно-психологічної адаптованості майбутнього медичного працівника : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Лазько А. М. ; Східноєвр. нац. ун-т ім. Лесі Українки. – Луцьк, 2016. – 21 с.
118. Ларионова С. А. Концептуальная модель социально-психологической адаптации личности / С. А. Ларионова // Ежегодник Российского психологического общества : [в 8 т.]. : материалы 3-го Всероссийского съезда психологов, 25–28 июня 2003 г. – Санкт-Петербург : СПбГУ, 2003. – Т. 5. – С. 39–42.
119. Левин К. Теория поля в социальных науках : монография / К. Левин ; [пер. с англ. Е. Сурпина]. – Санкт-Петербург : Речь, 2000. – 368 с.

120. Леонова А. Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса: от диагностики к профилактике и коррекции / А. Б. Леонова // Психол. журн. – 2004. – Т. 25, № 2. – С. 75–85.
121. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев ; [ред. Д. А. Леонтьев]. – Москва : Смысл ; Академия, 2004. – 346 с.
122. Леонтьев А. Н. Потребности, мотивы, эмоции / А. Н. Леонтьев. – Москва : МГУ, 1971. – 40 с.
123. Леонтьев Д. А. Психология смысла : природа, строение и динамика смысловой реальности : монография / Д. А. Леонтьев. – [2-е изд., испр.]. – Москва : Смысл, 2003. – 487 с.
124. Леонтьев Д. А. Личностная автономия как составляющая жизненного потенциала / Д. А. Леонтьев, О. Е. Дергачева // Личностный потенциал: структура и диагностика / [под ред. Д. А. Леонтьева]. – Москва : Смысл, 2011. – С. 210–241.
125. Лисицын Ю. П. Детерминационная теория медицины. Доктрина адаптивного реагирования / Ю. П. Лисицын, В. П. Петленко. – Санкт-Петербург : Гиппократ, 1992. – 416 с.
126. Личностный потенциал : структура и диагностика / [под ред. Д. А. Леонтьева]. – Москва : Смысл, 2011. – 680 с.
127. Ложкин Г. В. Профессиональная переориентация как фактор активности личности в процессе ее саморегуляции / Г. В. Ложкин, О. М. Сергеев // Психологія суб'єктної активності особистості : матеріали міжнар. наук. конф. «Підростаюча особистість як суб'єкт психічної активності, саморозвитку і творчості», 12–14 жовт. 1992 р., м. Київ. – Київ, 1993. – С. 160–161.
128. Ломов Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Б. Ф. Ломов. – Москва : Наука, 1984. – 444 с.
129. Луньов В. Є. Психологія когнітивного становлення професіонала (на прикладі фахівців системи «людина-людина») : монографія / В. Є. Луньов. – Київ : Інтерсервіс, 2016. – 250 с.
130. Луньов В. Є. Технологічний підхід до розвитку ресурсності особистості майбутнього медичного працівника [Електронний ресурс] // Fundamental and

applied researches in practice of leading scientific schools – Режим доступу: <https://fdotadotr.wordpress.com/about/> (дата звернення: 26.10.16). – Назва з екрана. – Матеріали Круглого столу «Наукова спадщина І. О. Синиці в контексті сучасної педагогічної психології» з нагоди 70-ї річниці від заснування Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України.

131. Луньов В. Є. Зв'язок показників складових завчасної стійкості та усвідомлення життєвих перспектив курсантів на навчально-академічному етапі професіоналізації / В. Є. Луньов, Ю. В. Норчук // *International Journal of Education & Development*. – 2016. – № 1. – С. 131–142.

132. Луньов В. Є. Аналіз міжгалузевих психологічних досліджень копінг-поведінки: невротичний, граничний, психотичний виміри [Електронний ресурс] / В. Є. Луньов, Є. А. Югов // *Фундаментальные и прикладные исследования в практиках ведущих научных школ*. – 2014. – № 6. – С. 152–162. – Режим доступу : <http://fund-issled-intern.esrae.ru/pdf /2014/6/90.pdf> (дата звернення: 26.10.16). – Назва з екрана.

133. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии / А. Р. Лурия. – Москва : Академия, 2002. – 362 с.

134. Майленова Ф. Г. Человек как автор проекта своего «Я» : возможности и опасности модификации природы человека / Ф. Г. Майленова // *Философские проблемы биологии и медицины*. – Москва : Принтберри, 2007. – Вып. 1 : В поисках новой парадигмы биомедицины. – С. 74–78.

135. Майленова Ф. Г. Психологическая помощь в осуществлении свободы выбора : субъективные трудности ситуации морального выбора / Ф. Г. Майленова // 6-я Ежегод. науч.-практ. конф. «Философские проблемы биологии и медицины: свобода и ответственность» (Москва, 24–25 окт. 2012 г.). – Москва : МГМСУ, 2012. – С. 40–44.

136. Маклаков А. Г. Личностный адаптивный потенциал его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях / А. Г. Маклаков // *Психол. журн*. – 2001. – Т. 22, № 1. – С. 16–24.

137. Маклаков А. Г. Основы психологического обеспечения профессионального здоровья военнослужащих : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.03 / Маклаков А. Г. ; ЛГУ. – Ленинград, 1996. – 50 с.
138. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості : монографія / С. Д. Максименко. – Київ : КММ, 2006. – 255 с.
139. Максименко С. Д. Генетическая психология (методологическая рефлексия проблем развития в психологии) / С. Д. Максименко. – Москва : Рефл-бук ; Киев : Ваклер, 2000. – 320с.
140. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика : справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – Москва : Эксмо, 2005. – 992 с.
141. Манойлова М. А. Развитие эмоционального интеллекта будущих педагогов : монография / М. А. Манойлова. – Псков : ПГПИ, 2004. – 60 с.
142. Марищук В. Л. Психологические основы формирования профессионально значимых качеств : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.03 / Марищук В. Л. ; ЛГУ. – Ленинград, 1982. – 351 с.
143. Маслоу А. Психология бытия : перевод с английского / А. Маслоу. – Москва : Рефл-бук ; Киев : Ваклер, 1997. – 304 с.
144. Медведев В. И. Адаптация человека / В. И. Медведев ; Ин-т мозга человека РАН. – Санкт-Петербург : Изд-во РАН, 2003. – 584 с.
145. Медведев В. И. Экологическое сознание / В. И. Медведев, А. А. Алдашева. – [изд. 2-е, доп.]. – Млсква : Логос, 2001. – 384 с.
146. Мельникова Н. Н. Стратегии поведения в процессе социально-психологической адаптации : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / Мельникова Н. Н. ; Санкт-Петербург. гос. ун-т. – Санкт-Петербург, 1999. – 194 с.
147. Мерлин В. С. Очерк интегрального исследования индивидуальности / В. С. Мерлин. – Москва : Педагогика, 1986. – 253 с.
148. Методика диагностики стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге // Практическая психодиагностика. Методики и тесты / [ред.-сост. Д. Я. Райгородский]. – Самара : Издательский Дом «БАХРАХ», 1998. – С. 149–153.

149. Методика оценки социально-профессиональной компетентности [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http://fullref.ru/job\\_cb87e12c51d029a85613a5cbf1d5de1a.html](http://fullref.ru/job_cb87e12c51d029a85613a5cbf1d5de1a.html) (дата обращения: 26.10.16). – Название с экрана.
150. Милерян Е. А. Эмоционально-волевые компоненты надежности оператора / Е. А. Милерян // Очерки психологии труда оператора / [под. ред. Е.А. Милеряна]. – Москва : Наука, 1974. – С. 48–61.
151. Митина Л. М. Психология труда и профессионального развития учителя / Л. М. Митина. – Москва : Академия, 2004. – 320 с.
152. Михайленко Е. В. Личностные ресурсы как фактор адаптации-реадаптации моряков рыбопромыслового флота к измененным условиям жизнедеятельности : автореф. дис. ...канд. психол. наук : 19.00.03 / Михайленко Е. В. ; Камчат. гос. ун-т им. В. Беринга. – Хабаровск, 2007. – 22 с.
153. Моросанова В.И. Индивидуальный стиль саморегуляции : феномен, структура и функции в произвольной активности человека / В. И. Моросанова. – Москва : Наука, 2001. – 192 с.
154. Моросанова В. И. Развитие теории осознанной саморегуляции : дифференциальный подход / В. И. Моросанова // Вопр. психологии. – 2011. – № 3. – С. 132–144.
155. Муздыбаев К. Дилеммы распределения ресурсов / Куанышбек Муздыбаев // Вест. СПбГУ. Серия 6. – 1992. – Вып. 1. – С. 62–69.
156. Муздыбаев К. Психология ответственности / Куанышбек Муздыбаев. – Москва : Либроком, 2010. – 248 с.
157. Муздыбаев К. Стратегия совладания с жизненными трудностями / Куанышбек Муздыбаев // Журн. социологии и соц. антропологии. – 1998. – Т. 1, № 2. – С. 100–111.
158. Налчаджян А. А. Психологическая адаптация : механизмы и стратегии / А. А. Налчаджян. – [2-е изд.]. – Москва : Эксмо, 2010. – 368 с.
159. Налчаджян А. А. Социально-психическая адаптация личности (формы, механизмы и стратегии) / А. А. Налчаджян / [отв. ред. Э. А. Александрян] ; АН АрмССР, Ин-т философии и права. – Ереван : Изд-во АН АрмССР, 1988. – 263 с.

160. Нартова-Бочавер С. К. «Coping Behavior» в системе понятий психологии личности / С. К. Нартова-Бочавер // Психол. журн. – 1997. – Т. 18, № 5. – С. 20–29.
161. Наследов А. Д. SPSS 19. Профессиональный статистический анализ данных / А. Д. Наследов. – Санкт-Петербург : Питер, 2011. – 400 с.
162. Нгуен М. А. Развитие эмоционального интеллекта / М. А. Нгуен // Ребенок в детском саду. – 2007. – № 5. – С. 80–87.
163. Некрасова Н. А. Формирование адаптационного потенциала молодежи в процессе модернизации российского социума [Электронный ресурс] / Н. А. Некрасова // Молодёжь и наука : сборник материалов 6-й Всероссийской научно-технической конференции студентов, аспирантов и молодых учёных. – Красноярск : Сиб. федер. ун-т, 2011. – Режим доступа : <http://conf.sfu-kras.ru/sites/mn2010/section7.html> (дата обращения: 27.10.16). – Название с экрана.
164. Нестеренко Н. А. Влияние статусной структуры взаимодействия индивида и общности на формирование субъектности личности старшеклассников в условиях вариативного образования : автореф. дис. ... канд. психол. наук ; 19.00.05 / Нестеренко Н. А. ; Курс. гос. пед. ун-т. – Курск, 2000 – 15 с.
165. Николаев Е.Л. Адаптация и адаптационный потенциал личности : соотношение современных исследовательских подходов / Е. Л. Николаев, Е. Ю. Лазарева // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. – 2013. – № 9. – С. 18–32.
166. Ничкало Н. Г. Адаптація професійна / Н. Г. Ничкало // Енциклопедія сучасної України. – Київ : Держ. голов. підприємство респ. ВО, 2001. – Т. 1. – С. 179–180.
167. Овчинникова Г. Г. Социально-психологическая адаптация как фактор становления Я-концепции подростков : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / Овчинникова Г. Г. ; Рос. акад. гос. службы. – Москва, 1997. – 176 с.
168. Опросник «Контроль за действием» [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://psylab.info> (дата обращения: 27.10.16). – Название с экрана.
169. Ораховский В. И. Формирование психологической готовности молодежи к медицинскому труду / В. И. Ораховский, И. С. Витенко, Т. П. Кондратенко. – Киев : Вища шк., 1989. – 88 с.

170. Охременко О. Р. Психологічні закономірності адаптації особистості до особливих умов діяльності : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.09 / Охременко О. Р. ; Нац. акад. оборони України. – Київ, 2005. – 40 с.
171. Павлюк Т. М. Емпатійні чинники професійної адаптації медичних сестер : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Павлюк Т. М. ; Прикарпат. нац. ун-т ім. В. Стефаника. – Івано-Франківськ, 2007. – 22 с.
172. Первин Л. Психология личности: теория и исследования / Л. Первин, О. Джон / [под ред. Д. А. Постелова ; пер. с англ. М. С. Жамкочьян]. – Москва : Российская ассоциация искусственного интеллекта, 1997. – 607 с.
173. Петровская Л. А. теоретические и методические проблемы социально-психологического тренинга / Л. А. Петровская. – Москва : Изд-во МГУ, 1982. – 168 с.
174. Петровский В. А. Психология неадаптивной личности / В. А. Петровский. – Москва : ТОО «Горбунок», 1992. – 224 с.
175. Пиаже Ж. Избранные психологические труды : [перевод с французского] / Ж. Пиаже. – Москва : Просвещение, 1969. – 659 с.
176. Пиаже Ж. Психология интеллекта / Ж. Пиаже. – Санкт-Петербург : Питер, 2003. – 192 с.
177. Платонов К. К. Структура и развитие личности: психология личности / К. К. Платонов, А. Д. Глоточкин. – Москва : Наука, 1986. – 256 с.
178. Поваренков Ю. П. Психология становления профессионала : [учебное пособие] / Ю. П. Поваренков. – Ярославль : Изд-во ЯГПУ, 2000. – 118 с.
179. Попова Р. Э. Педагогические условия становления профессиональной стрессоустойчивости будущего специалиста по адаптивной физической культуре : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Попова Р.Э. ; Чит. гос. ун-т. – Чита, 2009. – 21 с.
180. Посохова С. Т. Психология адаптирующейся личности / С. Т. Посохова. – Санкт-Петербург : Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2001. – 240 с.
181. Постылякова Ю. В. Индивидуальные различия в ресурсах совладания со стрессом / Ю. В. Постылякова // Проблемы системогенеза учебной и

профессиональной деятельности. – Ярославль : Изд-во «Аверс Пресс», 2003. – С. 275–277.

182. Посыпанов О. Г. Методика измерения социальной адаптивности личности / О. Г. Посыпанов // Современная психология : Состояние и перспективы исследований : материалы юбилейной научной конференции ИП РАН, 28–29 января 2002 г. – Москва : ИП РАН, 2002. – Ч. 2 : Общая и социальная психология, психология личности и психофизиология, экономическая, организационная и политическая психология. – С. 93–112.

183. Практикум по дифференциальной психодиагностике профессиональной пригодности : [учебное пособие / под общ. ред. В. А. Бодрова]. – Москва : ПЕРСЭ, 2003. – 769 с.

184. Практическая психология в тестах, или как научиться понимать себя и других / [сост.: Р. Римская, С. Римский]. – Москва : АСТ, 2005 – 394 с.

185. Прохоров А. О. Смысловая регуляция психических состояний / А. О. Прохоров. – Москва : ИП РАН, 2009. – 352 с.

186. Прохоров А. О. Психические состояния и их проявления в учебном процессе / А. О. Прохоров. – Казань : Изд-во Казан. ун-та, 1991. – 166 с.

187. Пряжников Н. Активизирующая профориентационная методика [Электронный ресурс] / Н. Пряжников. – Режим доступа : <http://vsetesti.ru/277/> (дата обращения: 27.10.16). – Название с экрана.

188. Психология адаптации и социальная среда : современные подходы, проблемы, перспективы / [отв. ред. : Л. Г. Дикая, А. Л. Журавлев]. – Москва : ИП РАН, 2007. – 624 с .

189. Психологическая устойчивость в чрезвычайных ситуациях / ред. : Т. В. Рогачева, И. В. Клочков. – Екатеринбург : УрФУ, 2010. – 360 с.

190. Пушкарев Ю. И. Личность как субъект адаптации и субъект интерпретации : системно-герменевтический подход к изучению личности : монография / Ю. И. Пушкарев. – Белгород : ИД «Белгород», 2012. – 209 с.

191. Реан А. А. К проблеме социальной адаптации личности / А. А. Реан // Вестник СПбГУ. Серия 6. – 1995. – Вып. 3, № 20. – С. 74–79.

192. Реан А. А. Психология адаптации личности : Анализ. Теория. Практика / А. А. Реан, А. Р. Кудашев, А. А. Баранов. – Санкт-Петербург : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008. – 479 с.
193. Ревасевич І. С. Психологічні концепції адаптації особистості у системному теоретичному обґрунтуванні / І. С. Ревасевич // Психологія і сусп.-во. – 2001. – № 4. – С. 16–40.
194. Резнікова О. А. Адаптованість особистості в контексті різних методологічних підходів до проблеми адаптації / О. А. Резнікова // Психологічні перспективи. – 2011. – Вип. 17. – С. 220–231
195. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций : [перевод с польского]. / Я. Рейковский. – Москва : Прогресс, 1979. – 392 с.
196. Рогачева Т. В. Психологическая устойчивость в чрезвычайных ситуациях / Т. В. Рогачева, И. В. Ключков. – Екатеринбург : УрФУ, 2010. – 360 с.
197. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / К. Роджерс ; [пер. с англ., общ. ред. Е. И. Исениной]. – Москва : Прогресс, Универс, 1994. – 480 с.
198. Роджерс К. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы / К. Роджерс. – Москва : ЭКСМО-Пресс, 1999. – 348 с.
199. Розум С.И. Психология социализации и социальной адаптации человека / С. И. Розум. – Санкт-Петербург : Речь, 2006. – 366 с.
200. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології / В. І. Розов. – Київ : Кондор, 2005. – 278 с.
201. Роменець В. А. Жизнь и смерть в научном и религиозном истолковании / В. А. Роменець. – Киев : Здоровья, 1989. – 191 с.
202. Ротенберг В. С. Поисковая активность и адаптация / В. С. Ротенберг, В. В. Аршавский. – Москва : Издательские решения, 2015. – 274 с.
203. Роттердамский Э. Философские произведения / [отв. ред. и авт. вступ. ст. Ю. М. Каган] ; АН СССР, Ин-т философии ; Э. Роттердамский. – Москва : Наука, 1986. – 703 с.

204. Рыбина О. В. Психологические характеристики врачей в состоянии профессионального стресса : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Рыбина О. В. ; Санкт-Петербург. мед. акад. последиплом. образования. – СПб., 2005. – 22 с.

205. Санникова О. П. Адаптивность личности : монография / О. П. Санникова, О. В. Кузнецова. – Одесса : Изд. Н. П. Черкасов, 2009. – 258 с.

206. Свенцицкий А. Л. Мотивация трудовой деятельности личности / А. Л. Свенцицкий, В. А. Богданов // Промышленная социальная психология [под ред. Е. С. Кузьмина, А. Л. Свенцицкого]. – Ленинград : ЛГУ, 1982. – С. 78–95.

207. Селин В. Ю. Соотношение операциональных и личностных показателей, значущих для эффективности трудовой деятельности в условиях Крайнего Севера : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.03 / Селин В. Ю. – Москва, 1990. – 15 с.

208. Слюсаревський М. М. «Ми» і «Я» в сучасному світі : вибр. тв. / М. М. Слюсаревський ; АПН України, Ін-т соц. та політ. психології. – Київ : Міленіум, 2009. – 340 с.

209. Симонов П. В. Сознание и сопереживание / П. В. Симонов // Психология сознания / [сост. и общ. ред. Л. В. Куликова]. – Санкт-Петербург : Питер, 2001. – С. 162–169.

210. Сирота Н. А. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский // Обзорение психиатрии и мед. психологии. – 1994. – № 1. – С. 63–74.

211. Словарь психолога-практика / сост. С. Ю. Головин. – [2-е изд., перераб. и доп.]. – Минск : Харвест, 2003. – 976 с.

212. Смирнов С. Д. Психология образа : проблема активности психического отражения / С. Д. Смирнов. – Москва : Изд-во МГУ, 1985. – 232 с.

213. Соловьева С. Л. Ресурсы личности [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2010. – № 2. – Режим доступа : [http://www.medpsy.ru/mprij/archiv\\_global/2010\\_2\\_3/nomer/nomer02.php](http://www.medpsy.ru/mprij/archiv_global/2010_2_3/nomer/nomer02.php) (дата обращения : 27.10.16). – Название с экрана.

214. Солодухова О. Г. Становлення особистості вчителя у процесі професійної адаптації : монографія / О. Г. Солодухова. – Донецьк : Лебідь, 1996. – 176 с.
215. Сороко С. И. Индивидуальные стратегии адаптации человека в экстремальных условиях / С. И. Сороко // Физиология человека. – 2012. – Т. 38, № 6. – С. 78–86.
216. Стебакова Д. А. Личностные особенности студентов медучилища с разными типами самоактуализации : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Стебакова Д. А. ; Моск. гос. обл. ун-т. – Москва, 2010. – 27 с.
217. Супрун Л. М. Психологічний аналіз готовності майбутніх медсестер до професійної діяльності : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Супрун Л. М. ; Ін-т психології АПН України. – Київ, 1994. – 17 с.
218. Суханов А. А. Анализ понимания адаптации человека в очесственных психологических исследованиях / А. А. Суханов // Гуманитарный вектор. Педагогика и психология. – 2011. – № 2. – С. 201–204.
219. Сухарев А. В. Психологический этнофункциональный подход к психической адаптации человека : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.01 / Сухарев А. В. ; Психол. ин-т РАО. – Москва, 1998. – 352 с.
220. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – Санкт-Петербург : Питер, 2001. – 272 с.
221. Татенко В. А. Психология в субъектном измерении : монография / В. А. Татенко. – Киев : Просвіта, 1996. – 404 с.
222. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. – Ленинград : Медицина, 1984. – 191 с.
223. Терентьев И. А. Личностные особенности проявления эмпатии в деятельности врача курортного лечебного учреждения : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Терентьев И. А. ; Гос. науч.-образоват. центр РАО. – Сочи, 2007. – 23 с.
224. Тест самооценки стрессоустойчивости С. Коухена и Г. Виллиансона [Электронный ресурс] // Психологический центр «Гелиос» : сайт. – Режим

доступа : [http://rasstanovki-rostov.ru/?page\\_id=2469](http://rasstanovki-rostov.ru/?page_id=2469) (дата обращения: 27.10.16). – Название с экрана.

225. Титаренко Т. М. Испытание кризисом : одиссея преодоления / Т. М. Титаренко. – [изд. 2-е, испр.]. – Москва : Когито-Центр, 2010. – 303 с.

226. Толстых Ю. И. Современные подходы к категории «адаптационный потенциал» / Ю. И. Толстых // Известия ТулГУ. Гуманитарные науки. – 2011. – № 1. – С. 493–496.

227. Ушаков Б. И. Адаптационный потенциал человека / Б. И. Ушаков // Вестн. Рос. акад. мед. наук. – 2004. – № 3. – С. 8–13.

228. Фанталова Е. Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта / Е. Б. Фанталова. – Самара : БАХРАХ-М, 2001. – 128 с.

229. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – Москва : Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. – 490 с.

230. Філоненко М. М. Психологічні особливості процесу і структури учіння студентів-медиків / М. М. Філоненко // Психологія і особистість. – 2015. – № 1 (7). – С. 186–198.

231. Философские проблемы теории адаптации / [под ред. Г. И. Царегородцева]. – Москва : Мысль, 1975. – 277 с.

232. Фоменко Г. Ю. Личность как субъект бытия в экстремальных условиях : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.01 / Фоменко Г. Ю. ; Кубан. гос. ун-т. – Краснодар, 2006. – 448 с.

233. Франкл В. Человек в поисках смысла : [перевод с английского] / В. Франкл. – Москва : Прогресс, 1990. – 372 с.

234. Фрейд З. Введение в психоанализ : лекции / З. Фрейд. – Москва : Наука, 1989. – 456 с.

235. Фурман А. В. Психодіагностика особистісної адаптованості вчителів та учнів / А. В. Фурман. – Тернопіль : Екон. думка, 2000. – 197 с.

236. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди. – Будапешт : Изд-во Акад. наук Венгрии, 1988. – 338 с.

237. Хартманн Х. Эго-психология и проблемы адаптации личности / Х. Хартманн ; [пер. с англ. В. Старовойтовой]. – Москва : Канон+РООИ «Реабилитация», 2015. – 160 с.
238. Хейли Д. Необычная психотерапия. [В 2 кн.]. Кн. 1 / Д. Хейли. – Санкт-Петербург : Белый кролик, 1995. – 384 с.
239. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность / Хайнц Хекхаузен. – [2-е изд.]. – Санкт-Петербург : Питер ; Москва : Смысл, 2003. – 860 с.
240. Холл К. Теории личности / К. Холл, Г. Линдсей. – Москва : ЭКСМО – ПРЕСС, 1999. – 592 с.
241. Хорни К. Новые пути в психоанализе / Карен Хорни. – Москва : Академ. проект, 2009. – 240 с.
242. Хьелл Л. Теории личности : Основные положения, исследования и применения / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – Санкт-Петербург : Питер-Пресс, 1997. – 608 с.
243. Черникова О. А. Исследование эмоциональной устойчивости как важнейшего показателя психологической подготовленности спортсмена к соревнованиям / О. А. Черникова // Психологические вопросы спортивной тренировки / редкол.: П. А. Рудик [и др.]. – Москва : Физкультура и спорт, 1967. – С. 3–13.
244. Шамяионов Р. М. Психология субъективного благополучия личности / Р. М. Шамяионов. – Саратов : Изд-во Саратов. ун-та, 2004. – 180 с.
245. Шатило В. Й. Наукові дослідження в медсестринстві як інструмент удосконалення національної системи охорони здоров'я / В. Й. Шатило // Магістр медсестринства. – 2009. – № 1 (2). – С. 5–10.
246. Шегедин М. Б. Медико-соціальні основи реформування медсестринських кадрових ресурсів системи охорони здоров'я : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03 / Шегедин М. Б. ; Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця. – Київ, 2001. – 36 с.
247. Шибутани Т. Социальная психология / Т. Шибутани ; [пер. с англ. В. Б. Ольшанского]. – Ростов-на-Дону : Феникс, 1998. – 544 с.

248. Шиянов Е. Н. Взаимосвязь онтологического и феноменологического подходов в теоретико-педагогическом исследовании / Е. Н. Шиянов, С. В. Бобрышов // Педагогика. – 2006. – № 6. – С. 10–19.

249. Шкуратова И. П. Личностные ресурсы как фактор совладания с кризисными ситуациями / И. П. Шкуратова, Е. А. Анненкова // Психология кризиса и кризисных состояний : междисциплинарный ежегодник. – 2007. – Вып. 4. – С. 17–33.

250. Шнейдер Л. Б. Профессиональная идентичность : теория, эксперимент, тренинг / Л. Б. Шнейдер. – Москва : МПСИ ; Воронеж : МОДЭК, 2004. – 600 с.

251. Шпак Л. Л. Социокультурная адаптация : сущность, направление, механизмы реализации : дис. ... д-ра социол. наук / Шпак Л. Л. ; КГУ культуры и искусств. – Кемерово, 1992. – 398 с.

252. Штепа О. С. Психологічні ресурси як унікальні якості майбутніх психологів / О. С. Штепа // Гуманітарний вісник : [зб. наук. пр.]. – Київ, 2012. – Вип. 27, т. 5 : Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору. – С. 536–542. – Дод. 1.

253. Штепа О. С. Особливості зв'язку психологічної та персональної ресурсності особистості / О. С. Штепа // Проблеми сучасної психології. – 2013. – Вип. 21. – С. 782–791.

254. Щедровицкий Г. П. Проблемы логики научного исследования и анализ структуры науки: из архива Г.П. Щедровицкого. Т. 7 / Г. П. Щедровицкий. – Москва : Путь, 2004. – 400 с.

255. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции / Ю. В. Щербатых. – Санкт-Петербург : Питер, 2007. – 256 с.

256. Эммонс Р. Психология высших устремлений. Мотивация и духовность личности / Р. Эммонс. – Москва : Смысл, 2004. – 416 с.

257. Эриксон Э. Детство и общество : [перевод с английского] / Э. Эриксон. – Санкт-Петербург : ИТД «Летний сад», 2000. – 416 с.

258. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон ; [общ. ред. и предисл. А. В. Толстых]. – Москва : Прогресс, 1996. – 344 с.

259. Юнг К.-Г. Проблемы души нашего времени : [перевод с английского] / К.-Г. Юнг. – Санкт-Петербург : Питер, 2002. – 352 с.
260. Ясько Б. А. Динамика мотивационно-потребностной сферы развивающейся личности врача / Б. А. Ясько // Психологическая наука и образование. – 2003. – № 2. – С. 13–17.
261. Ясько Б. А. Психология личности и труда врача : курс лекций / Б. А. Ясько. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2005. – 304 с.
262. Ясько Б. А. Экспертный анализ профессионально-важных качеств врача / Б. А. Ясько // Психол. журн. – 2004. – Т. 25, № 3. – С. 71–81.
263. Яценко Т. С. Активное социально-психологическое обучение: теория, процесс, практика : учебное пособие для студентов, слушателей и преподавателей по специальности «Психология» / Т. С. Яценко, Я. М. Кмит, Б. Н. Алексеенко ; Нац. акад. погранич. войск Украины им. Б. Хмельницкого. – Хмельницкий ; Москва : Изд-во СИП РИА, 2002. – 792 с.
264. Яценко Т. Глибинна психокорекція та упередження психічного вигорання. Ч. 2 : посібник / Т. Яценко, Б. Іваненко, І. Євтушенко. – Київ : Главник, 2008. – 192 с.
265. Яценко Т. С. Концептуальні засади і методика глибинної психокорекції. Підготовка психолога-практика : навч. посіб. / Т. С. Яценко, Б. Б. Іваненко, С. М. Аврамченко. – Київ : Вища шк., 2008. – 342 с.
266. Яценко Т. С. Методологія професійної підготовки практичного психолога / Т. С. Яценко, О. В. Глузман, О. М. Усатенко. – Ялта : Республік. вищ. навч. заклад «КГУ», 2014. – 148 с.
267. Яценко Т. С. Основи глибинної психокорекції: феноменологія, теорія і практика : навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. / Т. С. Яценко. – Київ : Вища шк., 2006. – 382 с.
268. Antonovsky A. The Sense of Coherence as a Determinant of Health / A. Antonovsky // Behavioral Health : a Handbook of Health Enhancement and Decease Prevention [ed. by J. D. Matarazzo & N. Miller]. – New York, 1984. – P. 194–202.
269. Bandura A. Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavior change / A. Bandura // Psychological Review. – 1977. – Vol. 84. – P. 191–215.

270. Barefoot J. C. Hostility in Asymptomatic Men with Angiographically Confirmed Coronary Artery Disease / J. C. Barefoot, J. C. Patterson, T. L. Haney, T. G. Cayton, J. R. Hickman & R. B. Williams // American Journal of Cardiology. – 1994. – Vol. 74. – P. 439–442.
271. Bonnano G. A. Clarifying and extending the construct of adult resilience / G. A. Bonnano // American Psychologist. – 2005. – Vol. 60, No 3. – P. 265–267.
272. Carver C. S. Assessing coping strategies : a theoretically based approach / C. S. Carver, M. F. Scheier & J. K. Weintraub // Journal of Personality and Social Psychology. – 1989. – Vol. 56. – P. 267–283.
273. Carver C. S. Optimism / C. S. Carver & M. F. Scheier // Handbook of Positive Psychology [ed. by C. R. Snyder & S. J. Lopez]. – Oxford : Oxford University Press, 2002. – P. 221–244.
274. Goleman D. Emotional intelligence / D. Goleman. – New York : Bantam Books, 1995. – 352 p.
275. Hartmann H. Ego Psychology and the Problem of Adaptation / H. Hartmann. – New York : International Universities Press, 1958. – 121 p.
276. Hobfoll S. Conservation of resources : a new attempt at conceptualizing stress / S. Hobfoll // American Psychologist. – 1989. – Vol. 44, No 3. – P. 513–524.
277. Hobfoll S. Conservation of resources theory: its implication for stress, health, and resilience / S. Hobfoll // The Oxford handbook of stress, health, and coping ; S. Folkman [ed.]. – New York, 2011. – P. 127–147.
278. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events : Application of the schema construct / R. Janoff-Bulman // Social Cognition. – 1989. – No 7. – P. 113–136.
279. Johnson-Laird P. The language of emotions : an analysis of a semantic field / P. N. Johnson-Laird & Keith Oatley // Cognition and Emotion. – 1989. – No 6. – P. 201–223.
280. Kuhl J. A theory of action and state orientation / J. Kuhl ; Volition and personality: Action vs state orientation / J. Kuhl & J. Beckmann [eds.]. – Seattle : Hogrefe & Huber, 1994. – P. 9–46.

281. Lazarus R. S. Stress, appraisal and coping / R. S. Lazarus & S. Folkman. – New York : Springer Publishing Company, 1984. – 456 p.
282. Luthans F. Psychological capital development: toward a micro-intervention / F. Luthans, J. B. Avey, B. J. Avolio, S. M. Norman & G. M. Combs // Journal of Organizational Behavior. – 2006. – Vol. 27. – P. 387–393
283. Maddi S. The Story of Hardiness : 20 Years of Theorizing, Research and Practice / S. Maddi // Consulting Psychology Journal. – 2001. – Vol. 54. – P. 173–185.
284. Mayer J. D. The Intelligence of emotional intelligence / J. D. Mayer & P. Salovey // Intelligence. – 1993. – Vol. 17, No 4. – P. 433–442.
285. McLain D. L. The MSTAT-I : A new measure of an individual's tolerance for ambiguity / D. L. McLain // Educational and Psychological Measurement. – 1993. – Vol. 53. – P 183–189
286. Oatley K. Towards a cognitive theory of emotions / K. Oatley, P. N. Johnson-Laird // Cognition and Emotion. – Hal., 1987. – P. 29–50.
287. Pearlin L. I. The Structure of Coping / L. I. Pearlin & C. Schooler // Journal of Health and Social Behavior. – 1978. – Vol. 19. – P. 2–21.
288. Phillips L. Human adaptation and its failures / L. Phillips. – New York [usw.] : Academic Press, 1968. – 271 s.
289. Rotter J. B. Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement / J. B. Rotter // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1975. – Vol. 43. – P. 56–67.
290. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms / M. Rutter // American Journal of Orthopsychiatry. – 1987. – Vol. 57, No 3. – P. 316–331.
291. Ryan R. M. On energy, personality and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being / R. M. Ryan & C. M. Frederick // Journal of Personality. – 1997. – Vol. 65, No 3. – P. 529–565.
292. Saarni C. The development of emotional competence / C. Saarni. – New York : Guilford Press, 1999. – 381 p.
293. Schachter S. Cognitive, social, and psychological determinants of emotional state / S. Schachter & Jerome E. Singer // Psychological Review. – 1962. – Vol. 69 (5). – P. 379–399.

294. Schroder K. E. E. Self-regulation competence in coping with chronic disease / K. E. E. Schroder. – Berlin : Waxman, 1997. – 280 p.
295. Seligman M. E. P. Learned optimism / M. E. P. Seligman. – New York : Pocket books, 1998. – 336 p.
296. Snyder C. R. Hope and health / C. R. Snyder, L. M. Irving & J. R. Anderson // Handbook of social and clinical psychology [ed. by C. R. Snyder]. – Oxford : Oxford University Press, 1991. – P. 295–305.
297. Shaffer L. F. The Psychology of Adjustment / L. F. Saffer & E. J. Shoben. – Boston : Houghton Mifflin, 1956.
298. Weber H. Belastungsverarbeitung / H. Weber // Z. für Klinische Psychologie. – 1992. – Vol. 21, No. 1. – S.17–27.
299. Wethington E. Situations and processes of coping / E. Wethington & R. S. Kessler // The social context of coping / In J. Eckenrode [ed.]. – New York , 1991. – P. 13–29.

## Додаток А

Таблиця А.1

Повна пояснена дисперсія показників за методикою К. Роджерса та Р. Даймонд «Опитувальник соціально-психологічної адаптації»

| Компонента | Початкові власні значення |                |                | Суми квадратів навантажень<br>вилучень (витягів) |                |                | Суми квадратів навантажень<br>обертання |                |                |
|------------|---------------------------|----------------|----------------|--------------------------------------------------|----------------|----------------|-----------------------------------------|----------------|----------------|
|            | Всього                    | %<br>Дисперсії | Кумулятивний % | Всього                                           | %<br>Дисперсії | Кумулятивний % | Всього                                  | %<br>Дисперсії | Кумулятивний % |
| 1          | 3,395                     | 48,494         | 48,494         | 3,395                                            | 48,494         | 48,494         | 2,286                                   | 32,652         | 32,652         |
| 2          | 1,135                     | 16,217         | 64,711         | 1,135                                            | 16,217         | 64,711         | 2,244                                   | 32,059         | 64,711         |
| 3          | ,967                      | 13,813         | 78,523         |                                                  |                |                |                                         |                |                |
| 4          | ,586                      | 8,368          | 86,892         |                                                  |                |                |                                         |                |                |
| 5          | ,436                      | 6,232          | 93,123         |                                                  |                |                |                                         |                |                |
| 6          | ,260                      | 3,719          | 96,842         |                                                  |                |                |                                         |                |                |
| 7          | ,221                      | 3,158          | 100,000        |                                                  |                |                |                                         |                |                |

Прим.: Метод виділення: Аналіз головних компонент.

Таблиця А.2

Матриця повернутих компонент факторного аналізу значень у респондентів з високим рівнем адаптованості

|                   | Компонента                  |                   |             |
|-------------------|-----------------------------|-------------------|-------------|
|                   | Емоційне<br>самозадоволення | Квазіадаптивність | Домінування |
| Адаптація         | 0,274                       | 0,807             | -0,308      |
| Самоприйняття     | 0,817                       | 0,241             | 0,021       |
| Прийняття інших   | 0,480                       | 0,117             | -0,844      |
| Емоційний комфорт | 0,910                       | -0,044            | -0,046      |
| Інтернальність    | 0,191                       | 0,882             | 0,335       |
| Домінування       | 0,414                       | 0,319             | 0,805       |
| Ескапізм          | -0,505                      | 0,729             | 0,202       |

Таблиця А.3

Матриця повернутих компонент факторного аналізу значень у респондентів з середнім рівнем адаптованості

|                   | Компонента         |                     |                     |
|-------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
|                   | <i>Впевненість</i> | <i>Конформність</i> | <i>Самоконтроль</i> |
| Адаптація         | -0,037             | 0,896               | 0,079               |
| Самоприйняття     | 0,787              | 0,131               | -0,088              |
| Прийняття інших   | 0,370              | 0,572               | 0,044               |
| Емоційний комфорт | 0,530              | 0,431               | 0,616               |
| Інтернальність    | -0,104             | -0,023              | 0,915               |
| Домінування       | 0,837              | -0,105              | 0,126               |
| Ескапізм          | 0,410              | -0,668              | 0,523               |

Таблиця А.4

Матриця повернутих компонент факторного аналізу значень у респондентів з низьким рівнем адаптованості

|                   | Компонента                      |                                     |                  |
|-------------------|---------------------------------|-------------------------------------|------------------|
|                   | <i>Емоційний<br/>конформізм</i> | <i>Імперативна<br/>адаптивність</i> | <i>Уникнення</i> |
| Адаптація         | 0,132                           | 0,862                               | 0,050            |
| Самоприйняття     | 0,884                           | 0,354                               | 0,091            |
| Прийняття інших   | 0,949                           | 0,065                               | -0,007           |
| Емоційний комфорт | 0,872                           | 0,168                               | -0,322           |
| Інтернальність    | 0,443                           | 0,573                               | -0,513           |
| Домінування       | 0,147                           | 0,763                               | -0,136           |
| Ескапізм          | -0,017                          | -0,038                              | 0,964            |

## Додаток Б

Матриця повернутих компонент показників копінг-стратегій у майбутніх  
медичних працівників

| З високим рівнем адаптації    |                              |                               |                |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------|
|                               | Компонента                   |                               |                |
|                               | Соціальна<br>зваженість      | Уникнення                     |                |
| Пошук соціальної підтримки    | <b>0,958</b>                 | 0,005                         |                |
| Позитивна переоцінка          | <b>0,879</b>                 | 0,325                         |                |
| Прийняття відповідальності    | <b>0,869</b>                 | 0,318                         |                |
| Дистанціювання                | <b>0,808</b>                 | 0,213                         |                |
| Уникнення                     | 0,331                        | <b>0,843</b>                  |                |
| Конфронтація                  | 0,267                        | <b>0,778</b>                  |                |
| Планування вирішення проблеми | 0,049                        | <b>0,741</b>                  |                |
| Самоконтроль                  | 0,132                        | <b>0,708</b>                  |                |
| З середнім рівнем адаптації   |                              |                               |                |
|                               | Компонента                   |                               |                |
|                               | Позитивний<br>конструктивізм | Рациональна<br>імпульсивність |                |
| Позитивна переоцінка          | <b>0,914</b>                 | 0,154                         |                |
| Планування вирішення проблеми | <b>0,840</b>                 | 0,076                         |                |
| Пошук соціальної підтримки    | <b>0,815</b>                 | 0,251                         |                |
| Самоконтроль                  | 0,739                        | 0,174                         |                |
| Уникнення                     | 0,676                        | 0,315                         |                |
| Прийняття відповідальності    | 0,572                        | 0,433                         |                |
| Конфронтація                  | 0,030                        | <b>0,912</b>                  |                |
| Дистанціювання                | 0,493                        | <b>0,730</b>                  |                |
| З низьким рівнем адаптації    |                              |                               |                |
|                               | Компонента                   |                               |                |
|                               | Самоконтроль                 | Уникнення                     | Дистанціювання |
| Самоконтроль                  | <b>0,879</b>                 | -0,209                        | 0,054          |
| Планування вирішення проблеми | <b>0,802</b>                 | 0,255                         | 0,171          |
| Позитивна переоцінка          | 0,720                        | 0,489                         | 0,193          |
| Соціальна підтримка           | 0,619                        | 0,400                         | -0,208         |
| Уникнення                     | 0,198                        | <b>0,754</b>                  | -0,226         |
| Прийняття відповідальності    | 0,043                        | <b>0,738</b>                  | 0,162          |
| Дистанціювання                | -0,010                       | -0,200                        | <b>0,891</b>   |
| Конфронтація                  | 0,244                        | 0,421                         | <b>0,669</b>   |

## Додаток В

Таблиця В.1

Результати факторного аналізу показників емоційного інтелекту та рівня адаптованості майбутніх медичних працівників

| З високим рівнем адаптації      |                          |                                  |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------------------|
|                                 | Компонента               |                                  |
|                                 | Емоційна компетентність  | Спонтанна адаптивність           |
| Емоційна освіченість            | <b>0,962</b>             | 0,211                            |
| Інтегральний показник           | <b>0,904</b>             | -0,154                           |
| Керування емоціями              | <b>0,848</b>             | -0,223                           |
| Емпатія                         | 0,651                    | 0,000                            |
| Самомотивація                   | 0,035                    | <b>-0,981</b>                    |
| Адаптація                       | 0,062                    | <b>0,915</b>                     |
| Розпізнавання емоцій            | -0,522                   | <b>0,587</b>                     |
| З середнім рівнем адаптованості |                          |                                  |
|                                 | Компонента               |                                  |
|                                 | Соціальна компетентність | Адаптивно-емоційна саморегуляція |
| Інтегральний показник           | <b>0,967</b>             | 0,252                            |
| Емпатія                         | <b>0,876</b>             | -0,122                           |
| Самомотивація                   | <b>0,845</b>             | 0,169                            |
| Емоційна освіченість            | 0,748                    | -0,095                           |
| Розпізнавання емоцій            | 0,742                    | 0,210                            |
| Адаптація                       | -0,152                   | <b>0,881</b>                     |
| Керування емоціями              | 0,333                    | <b>0,758</b>                     |
| З низьким рівнем адаптованості  |                          |                                  |
|                                 | Компонента               |                                  |
|                                 | Емпатія                  | Керована адаптація               |
| Емпатія                         | <b>0,928</b>             | 0,009                            |
| Розпізнавання емоцій            | <b>0,847</b>             | 0,237                            |
| Інтегральний показник           | <b>0,722</b>             | 0,669                            |
| Емоційний інтелект              | 0,490                    | 0,240                            |
| Керування емоціями              | 0,048                    | <b>0,845</b>                     |
| Адаптація                       | 0,180                    | <b>0,764</b>                     |
| Самомотивація                   | 0,393                    | <b>0,755</b>                     |

## Додаток Г

### Методика діагностики стресостійкості

**Інструкція:** Прочитайте уважно твердження та оцініть рівень їх важливості для Вас. Відповідь оцініть так: **1** бал – *рідко*; **2** бали – *іноді*; **3** бали – *часто* та запишіть у бланку відповідей.

| Твердження                                                   | Бал |
|--------------------------------------------------------------|-----|
| Мені здається, що в групі мене недооцінюють                  |     |
| Я прагну працювати незважаючи на стан здоров'я               |     |
| Я вболіваю за якість своєї роботи                            |     |
| Я буваю агресивним                                           |     |
| Я не терплю критики в свою адресу                            |     |
| Я буваю роздратованим                                        |     |
| Я прагну бути лідером там, де це можливо                     |     |
| Мене вважають людиною наполегливою і напористою              |     |
| Мене непокоїть безсоння                                      |     |
| Своїм ворогам я можу дати відсіч                             |     |
| Я емоційно і боляче переживаю неприємності                   |     |
| Мені бракує часу на відпочинок                               |     |
| У мене виникають конфліктні ситуації                         |     |
| У мене недостатньо влади, щоб реалізувати себе               |     |
| Мені бракує часу на улюблену справу                          |     |
| Я все роблю швидко                                           |     |
| Я відчуваю страх                                             |     |
| Я дію неподумавши і потім переживаю за свої справи та вчинки |     |

## Додаток Д

## Опитувальник «Втрати і придбання персональних ресурсів»

(Н. Водопьянова, М. Штейн)

| I. Оцінка втрат                                                                                                                                                  | II. Оцінка надбань                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Будь ласка, оцініть ступінь вираженості ваших відчуттів (переживань) стосовно <b>втрат</b> за останній рік (два), які представлені у перерахованих нижче пунктах | Будь ласка, оцініть ступінь вираженості ваших відчуттів (переживань) стосовно <b>надбань</b> за останній рік (два), які представлені у перерахованих нижче пунктах |

**За останні півтора року (рік) я: втратила(в) / набула(в):**

1. Відчуття, що я успішний (а).
2. Можливість нормально виспатися (або відпочивати).
3. Можливість одягатися відповідно до мого соціального статусу (одягатися).
4. Відчуття, що я потрібен(а) іншим людям.
5. Стабільність у сім'ї.
6. Почуття гордості за себе (свої успіхи і досягнення).
7. Впевненість, що я досягаю своїх цілей.
8. Хороші стосунки з близькими родичами (батьками, дружиною, чоловіком).
9. Важливі побутові предмети.
10. Впевненість у тому, що моє майбутнє залежить від мене.
11. Власне здоров'я.
12. Житлові умови, необхідні для гідного життя в сучасних соціальних умовах.
13. Почуття оптимізму.
14. Можливість здорового і повноцінного харчування.
15. Відчуття стабільності своєї роботи.
16. Впевненість, що я контролюю події мого життя.
17. Визнання моїх досягнень з боку важливих для мене людей.
18. Мої заощадження, вклади.
19. Мотивацію (бажання) щось робити.
20. Підтримку від колег.

21. Стабільний дохід, достатній для гідного життя.
22. Відчуття незалежності.
23. Дружбу (друзів).
24. Знання того, чого я хочу в житті (сенсу життя).
25. Відчуття, що моє життя має сенс.
26. Позитивну думку про себе.
27. Людей, на яких я міг би опертися.
28. Можливість за необхідності отримувати медичну допомогу .
29. Можливості для освіти і самоосвіти (у тому числі і матеріальні).
30. Належність до організацій, у яких є люди з подібними інтересами (церква, клуби, спортивні організації тощо).

## Додаток Е

### Методика на визначення соціально-професійної компетентності

**Інструкція.** Нижче подано судження з різних аспектів вашої майбутньої професійної діяльності. Прочитавши кожне висловлювання, виберіть один із запропонованих варіантів: «так» або «ні».

#### Блок 1. Престиж моєї професії

1. Мою професію досить високо цінують у нашому суспільстві.
2. Далеко не кожна людина може добре опанувати цією професією.
3. Сьогодні досить важко знайти кваліфікованих фахівців нашої справи.
4. З подальшим науково-технічним прогресом значущість моєї професії зменшуватиметься.
5. Сучасні молоді люди проявляють до нашої професії досить високий інтерес.
6. Заробітна плата фахівців нашої професії, зазвичай, нижча за середні показники заробітної плати по країні
7. Трапляється, що я раджу іншим спробувати освоїти нашу професію (піти вчитися за цією спеціальністю).
8. Мені подобається розповідати малознайомим людям про свою професію.

#### Блок 2. Професійні перспективи

9. Припускаю, що в перспективі моя сьогоднішня робота стане і більш складною і більш цікавою
10. У найближчому майбутньому в нашій справі ніякого прогресу спостерігатися не буде.
11. Думаю, що мої найвищі досягнення, пов'язані з оволодінням професією, уже в минулому.
12. У майбутньому планую досягти кар'єрного росту.
13. Особисто я не дуже побоююся втратити роботу.

14. Професійні вимоги до фахівців нашого профілю в майбутньому, серйозно зростуть.

15. Припускаю, що доходи фахівців нашої професії в перспективі залишаться на сьогоднішньому рівні (або навіть знизяться).

16. При бажанні (чи за необхідності) я зміг би організувати власну справу

### **Блок 3. Професійна самооцінка**

17. Уважаю, що у своїй професії я досяг досить високої кваліфікації.

18. Думаю, що деякі мої особисті якості, особливості характеру заважають мені досягти більшого у своїй професії.

19. Мені бракує деяких теоретичних знань, щоб досягти справжньої професійної майстерності в нашій справі.

20. Я ефективно співпрацюю з колегами, товаришами по роботі, що допомагає мені успішно справлятися з професійними завданнями.

21. У мене ще немає достатнього практичного досвіду щоб, уважати себе майстром своєї справи.

22. Більшість моїх колег, товаришів по роботі можуть багато у мене запозичити в професійному плані.

23. Думаю, що до моєї думки прислухаються в обговоренні на роботі професійних питань.

24. За сприятливих об'єктивних умов я зміг би стати великим (відомим) фахівцем у своїй галузі.

### **Блок 4. Професійна самоосвіта**

25. Я прагну постійно самовдосконалюватись.

26. Регулярно читаю спеціальні журнали, видання.

27. Для отримання професійної інформації використовую інтернет

28. Для свого подальшого професійного зростання необхідності в додатковій освіті не відчуваю

29. Планую закінчити спеціальні курси підвищення кваліфікації

30. Маю намір оволодіти ще однією спеціальністю

31. Якщо виникне об'єктивна необхідність, зможу перекваліфікуватися, оволодіти зовсім іншою професією

32. Уважаю, що сучасна людина повинна вчитися упродовж усього життя

**Ключ:**

По 1 балу нараховуються за відповіді:

«так» на такі питання: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 16, 17, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32;

«ні» на питання: 4, 10, 11, 13, 15, 18, 19, 21, 28.

Далі підраховується сума набраних балів в кожному елементі питальника.

*Аналіз результату:*

У кожному з елементів від 1 до 8 балів відображено міру осмислення себе як представника певної соціально-професійної групи. Чим вищий бал, тим вища самооцінка особистості, усвідомлення професійних перспектив, прагнення до самоосвіти. Ця структура опитувальника дозволяє оцінити в умовних балах кожен елемент соціально-професійної компетентності.

## Додаток Ж

### Анкета: «Мотиваційно-ціннісний портрет майбутнього медичного працівника»

(Авторська анкета)

#### Блок 1

##### ***1. Чим приваблює Вас обрана професія?***

- 1) можливістю надавати необхідну допомогу людям;
- 2) подобається робота з людьми;
- 3) престижна робота;
- 4) можливістю легко влаштується на роботу;
- 5) можливістю розвинути свої здібності;
- 6) можливістю забезпечити собі матеріальний добробут;
- 7) медичними знаннями повинна володіти кожна людина;
- 8) можливість досягти кар'єрного успіху в системі охорони здоров'я.

##### ***2. Чи знали ви щось про медичної професії до вступу в коледж?***

- 1) так, навчався у профільних класах;
- 2) так, маю стаж роботи у ЛПЗ;
- 3) так, маю деякі уявлення про професії;
- 4) ні, до вступу в коледж нічого не знав про професії.

##### ***3. Що було вирішальним при прийнятті Вами рішення стати професійним медиком?***

- 1) захоплення хімією і біологією;
- 2) сімейна традиція;
- 3) бажання батьків;
- 4) учитися краще, ніж працювати;
- 5) поради медичних працівників;
- 6) власне бажання стати медиком-професіоналом;
- 7) обставини склалися так, що іншого вибору не було;

- 8) зацікавлення медичними проблемами;
- 9) близькість навчального закладу до дому;
- 10) неможливість вступу до вищого навчального закладу.

***4. Якщо б знову Ви стали вибирати собі професію, то повторили б свій вибір?***

- 1) ні; 2) так; 3) ні, вибрав би інший навчальний заклад.

## **Блок 2**

***1. Що Ви плануєте робити після закінчення коледжу?***

- 1) працювати за фахом;
- 2) продовжити навчання в медичному вищому навчальному закладі;
- 3) продовжувати навчання у вищому навчальному закладі за іншою професією;
- 4) не збираєтеся працювати за фахом.

***2. Ким би Ви хотіли бачити себе через десять років?***

- 1) людиною, що має гарне місце роботи;
- 2) фахівцем високої кваліфікації;
- 3) поважною людиною;
- 4) людиною, що живе в достатку;
- 5) хорошим сім'янином;
- 6) відомим політичним діячем;
- 7) людиною, що живе в іншій країні.

## **Блок 3**

***1. Навчаючись у коледжі, Ви прагнете:***

- 1) стати висококваліфікованим фахівцем;
- 2) отримати диплом;
- 3) успішно продовжити навчання на наступних курсах;
- 4) успішно навчатися, скласти іспити на «добре» і «відмінно»;
- 5) постійно отримувати стипендію;
- 6) отримувати глибокі і міцні знання;
- 7) досягти поваги викладачів;

- 8) домогтися похвали батьків;
- 9) уникнути осуду і покарання за погане навчання;
- 10) не відставати від однокурсників;

**2. Ваше ставлення до навчання в коледжі:**

- 1) навчаюся з інтересом; 2) навчаюся з примусу; 4) навчаюся без старання;
- 5) байдужий до навчання.

**3. Посталі труднощі Ви пояснюєте:**

- 1) недостатньою власною підготовкою з предметів та невмінням її організувати;
- 2) небажанням вчитися; власними лінощами;
- 3) пропусками занять;
- 4) нерозумінням предметів, передбачених навчальною програмою;
- 5) розчаруванням в обраній професії.

**4. Ви вчитеся:**

- 1) на «відмінно»; 2) на «добре» і «відмінно»; 3) в основному на «трійки».

**5. Визначіть Ваше емоційне самопочуття на заняттях:**

- 1) інтерес; 2) радість; 3) впевненість у собі; 4) нудьга; 5) сумніви; 6) страх невдачі;
- 7) не впевненість у собі; 8) незадоволеність собою; 9) байдужість.

**6. Чи достатньо Ваших теоретичних знань для виконання практичних навичок?**

- 1) знань достатньо, 2) відчуваю брак знань; 3) не володію необхідними теоретичними знаннями.

**7. Яких знань Вам бракує для того, щоб стати конкурентоспроможним фахівцем?**

- 1) знань за фахом; 2) знань світового досвіду з обраної професії;
- 3) психологічних знань; 4) правових знань у медицині;

**8. У взаєминах між студентами та викладачами в коледжі помітні:**

- 1) розуміння і взаємна повага; 2) доброзичливість; 3) байдужість;
- 4) конфліктність; 5) нерозуміння.

**9. Окресліть свої життєві цінності:**

- 1) здоров'я, відпочинок;

- 2) духовність, моральність;
- 3) матеріальний достаток; забезпеченість житлом;
- 4) сім'я, виховання дітей;
- 5) робота, кар'єра;
- 6) освіта, професійне самовдосконалення, пізнання себе;;
- 7) любов, секс;
- 8) дружба, спілкування з близькими людьми;

***10. Навчання в коледжі для Вас:***

- 1) не викликає труднощів;
- 2) є важким.

## Додаток 3

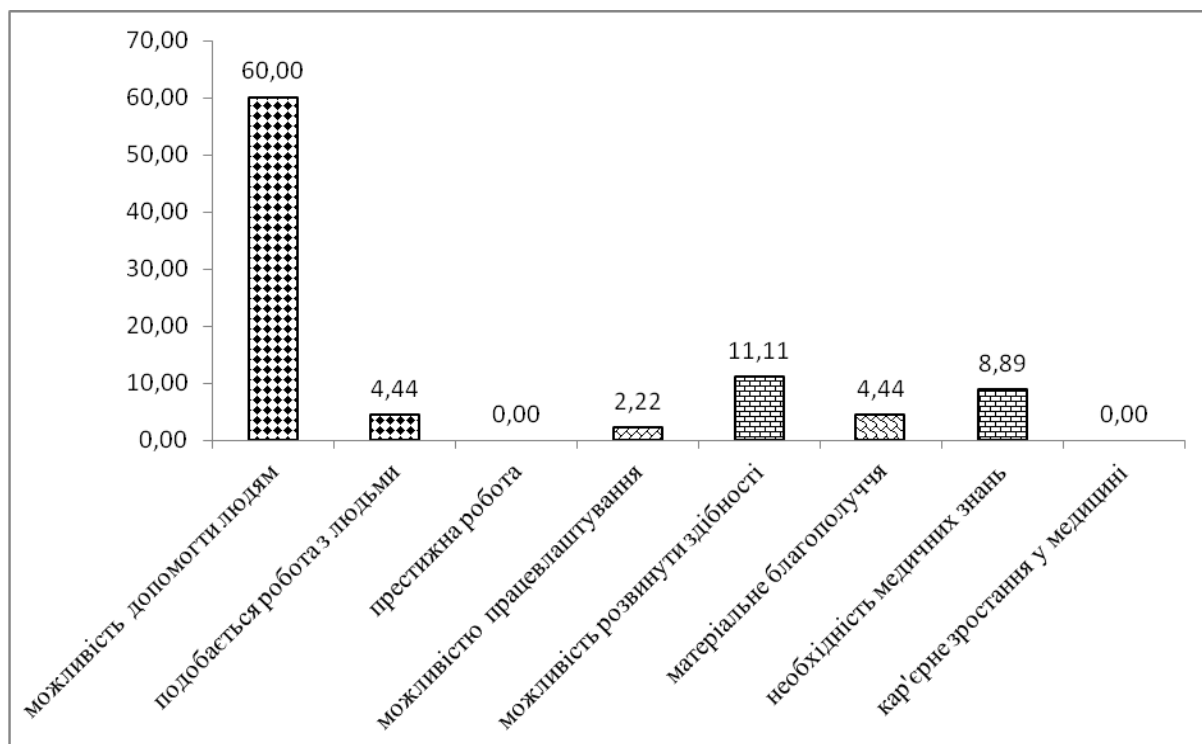


Рис.3.1. Показники співвідношення привабливості професії у майбутніх медичних працівників за першою ранговою позицією

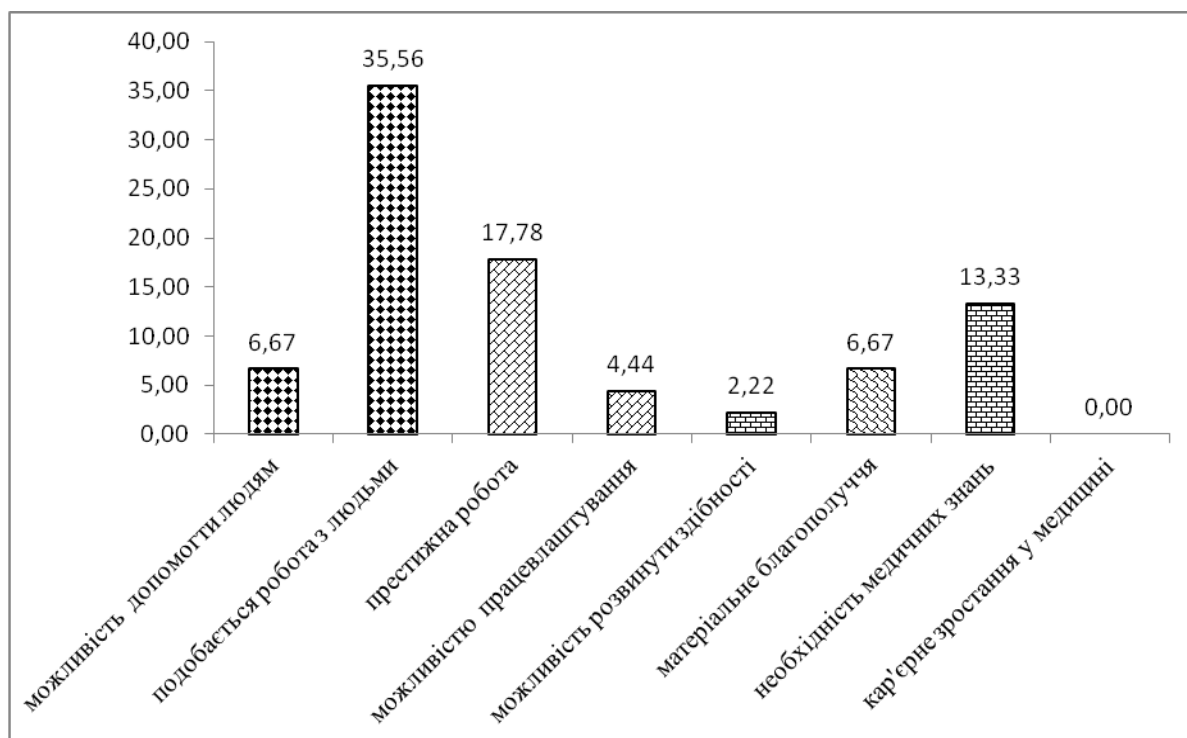
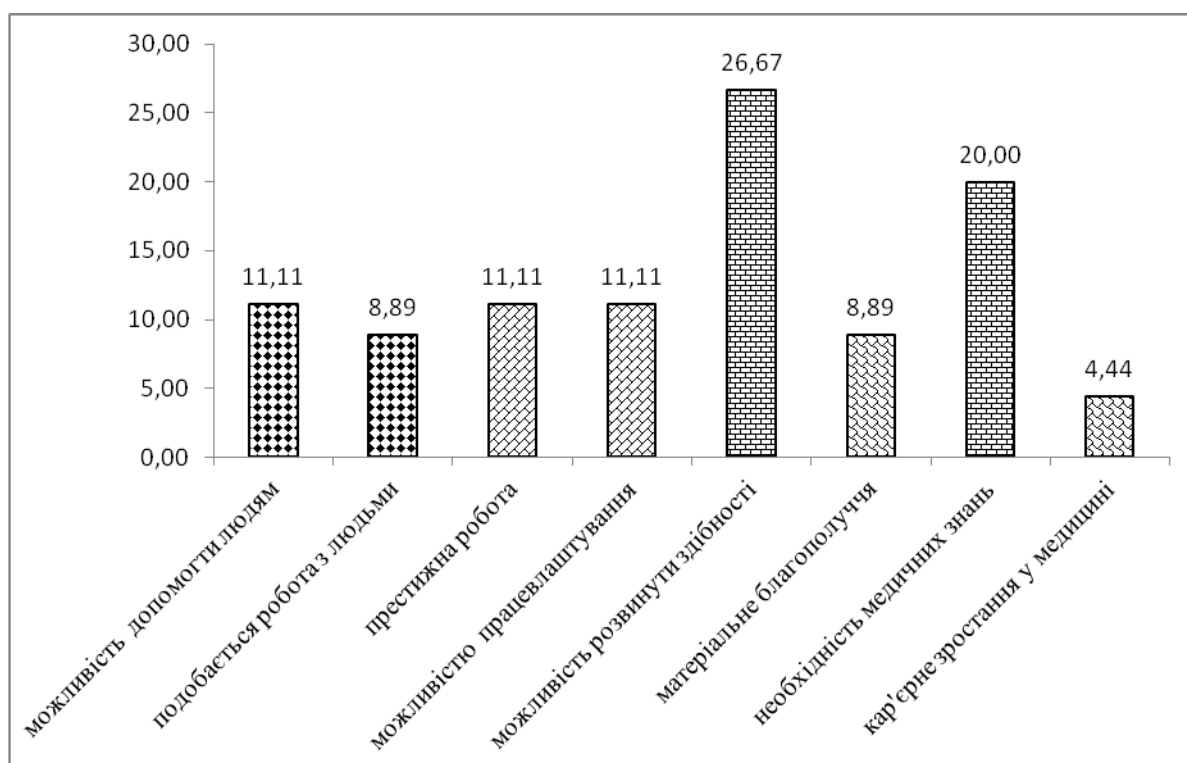


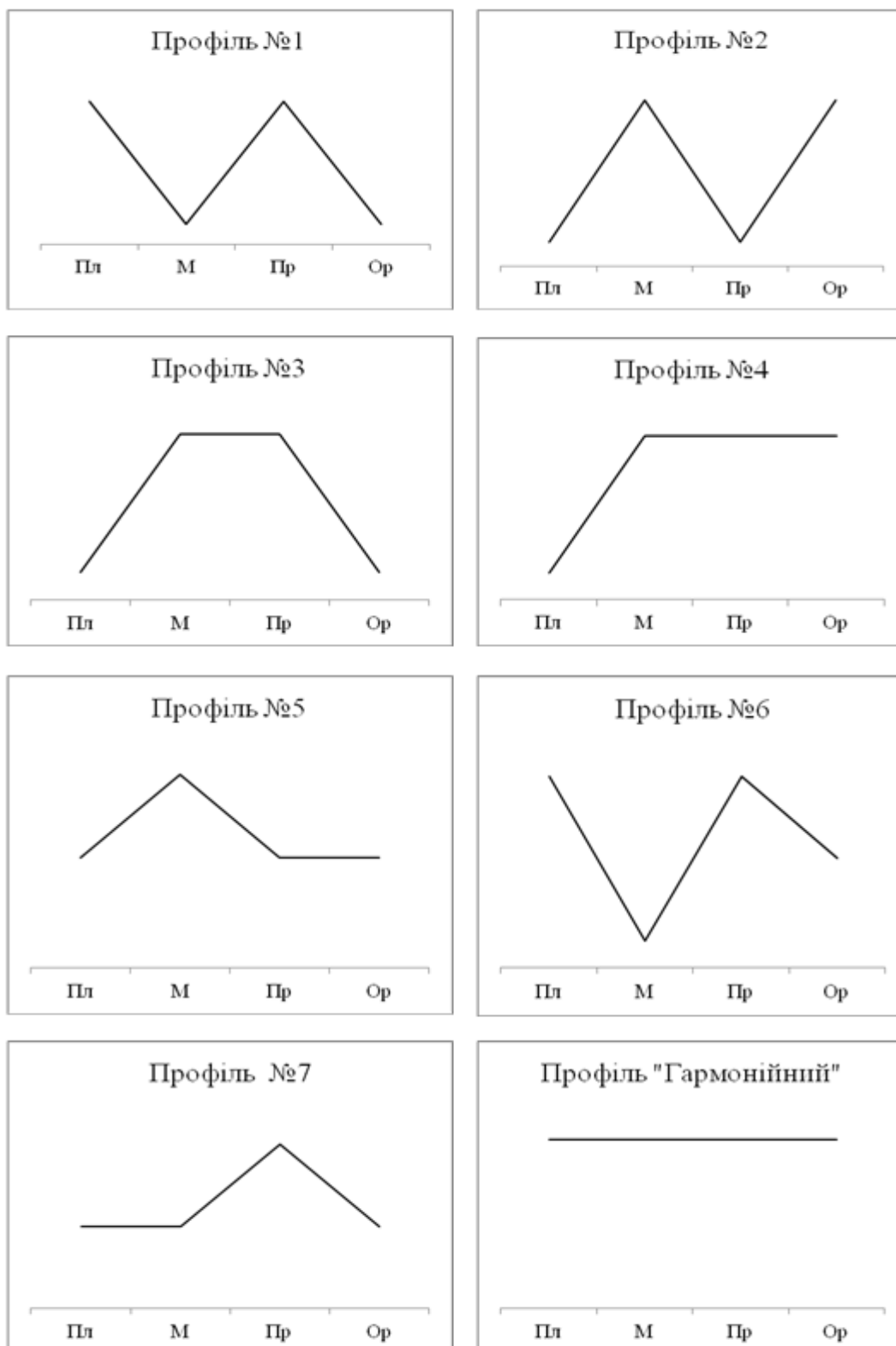
Рис.3.2. Показники співвідношення привабливості професії медичного працівника за другою ранговою позицією



*Рис.3.3.* Показники співвідношення мотивів вибору професії майбутнього медичного працівника за третьою ранговою позицією

## Додаток И

Регуляторні профілі особистості (за В. Моросановою)



## Додаток К

**Активізуюча профорієнтаційна анкета (М. Пряжников)**

Вам пропонується перелік різних трудових дій. Оцініть, чи змогли б ви на даному етапі свого розвитку успішно виконати кожну з цих дій. Для цього використовуйте шкалу від 0 до 10 балів. Якщо та чи інша дія видається Вам важкою, то навпроти неї поставте невисокий бал. Якщо легко – високий бал. Зверніть увагу на те, що тут йдеться не про Ваші бажання, а лише про можливості та здатність виконувати дію.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Дії                                                                                              | Вага | Самооцінка:<br>від 0 до 10 | Добуток    | Норма            | -1.. 0.. +1                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------|------------|------------------|-------------------------------------------------|
| 1.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Обробляти що-небудь вручну або за допомогою простих пристосувань.                                | 1    |                            |            | Д. 6–9<br>Х. 5–9 |                                                 |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Швидко реагувати на мінливу ситуацію, вміти перемикаєти увагу.                                   | 2    |                            |            | Д. 5–8<br>Х. 2–6 |                                                 |
| 3.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Бути послужливим, вміти подобатися і догоджати пацієнтам.                                        | 1    |                            |            | Д. 6–9<br>Х. 4–7 |                                                 |
| 4.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Уміти самостійно приймати важливі рішення і відповідати за них                                   | 1    |                            |            | Д. 3–6<br>Х. 3–7 |                                                 |
| 5.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Перевіряти, контролювати, оцінювати що-небудь і кого-небудь, ставити діагноз.                    | 2    |                            |            | Д. 4–8<br>Х. 3–6 |                                                 |
| 6.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Виконувати «брудну» роботу, яка може супроводжуватися неприємним запахом, пилом, сирістю, шумом. | 1    |                            |            | Д. 1–6<br>Х. 1–5 |                                                 |
| 7.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Переносити тривалі фізичні навантаження. Терпіти глузування, грубість                            | 1    |                            |            | Д. 2–5<br>Х. 2–6 |                                                 |
| 8.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Часто працювати вечорами і без вихідних.                                                         | 1    |                            |            | Д. 2–5<br>Х. 3–7 |                                                 |
| <b>Показник ймовірної готовності до дії (%)</b> . Якщо загальний показник готовності до професії нижчий за 60-70%, то є підстави для сумніву, щодо в готовності до цієї професії.                                                                                                                                                          |                                                                                                  |      |                            | $\Sigma =$ |                  |                                                 |
| <b>Показник відповідності нормі</b> (підрховується алгебраїчна сума набраних балів).<br>Якщо отриманий результат потрапляє у діапазон норми (–1, 0 +1) (включно), то, найімовірніше, загальна самооцінка респондента адекватна («нормальна»); якщо результат вищий за норму – самооцінка дещо завищена, а якщо нижчий за норму – занижена. |                                                                                                  |      |                            |            |                  | $\Sigma =$<br><br><b>Норма:</b><br>від –5 до +6 |

## Додаток Л

### Визначення ціннісних уподобань на основі узагальнених життєвих позицій

(авторська методика)

1. Якщо людина заздрить іншим, то це спонукає її до розвитку.
2. Люди повинні бути доброзичливими не лише з близькими людьми.
3. Заздрість, на мою думку, нормальне явище.
4. Люди не повинні засуджувати інших за неправильні вчинки, недоліки (не судити інших).
5. Вбивство може бути виправдане.
6. Люди повинні прощати ворогів та образи.
7. Кожна людина повинна відповідати за скоєні вчинки, особливо негативні.
8. Не завжди потрібно агресивно діяти стосовно людей, які скривдили інших.
9. За образу людина повинна відповідати.
10. Людям варто пробачати їхні помилки.
11. Слід завжди вимагати повернення боргу.
12. Подання милостині лише збільшує кількість жебраків.
13. Я вважаю, що можна привласнювати кимось загублену річ.
14. Людина повинна давати гроші у борг, якщо її хтось просить.
15. У багатьох випадках обман допустимий.
16. Розмір допомоги повинен бути більшим за той, який просить людина.
17. Якщо людина комусь допомогла, то про це повинні знати всі.
18. Поважати потрібно усіх, навіть слабких і безпомічних.
19. Не слід приховувати зробленого комусь добра.
20. Людина завжди повинна відстоювати правду.
21. Потрібно завжди піклуватися про майбутнє самому, а не сподіватися на когось.
22. Відстоювання правди лише погіршує суперечливу ситуацію.
23. Людині слід змиритися з долею, адже все наперед визначено.
24. Слід завжди дослухатися до думки батьків.
25. Слід боротися з долею і ніколи не миритися.

- 26. Дія всупереч волі батьків свідчить про «погане» виховання.
- 27. Варто не звертати увагу на вчинене зло, щоб не провокувати більш агресивні дії.
- 28. Турбота про матеріальний добробут – не головне в житті.
- 29. Варто діяти жорстко стосовно людей, якщо вони цього заслуговують.
- 30. У житті повинні домінувати духовні, а не матеріальні цінності.

**Кластер А** – непарні твердження; **кластер Б** – парні твердження.



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
УКРАЇНИ

ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ  
"БОРИСЛАВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ КОЛЕДЖ"



9

82300. м. Борислав, вул. Шкільна, 37  
Тел.: 4-20-17, 5-01-13; факс: (248) 5-01-13; 4-20-17

№ 279 від 07.08.2016

р/б 35412001006044, 35423001002833  
в УДК м. Борислава, ЗКПО 01989094,  
МФО 825014

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження на тему:  
«Особистісні ресурси адаптації майбутніх медичних працівників до професійної  
діяльності», підготовленого Галян Андрієм Ігоровичем на здобуття  
наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.01 –  
загальна психологія, історія психології

Галян Андрій Ігорович упродовж 2014-2016 рр. на базі Вищого навчального комунального закладу Львівської обласної ради «Бориславський медичний коледж» проводив наукове дослідження за темою: «Особистісні ресурси адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності». Теоретичні положення наукового дослідження неодноразово обговорювалися на методичних семінарах і тематичних засіданнях круглих столів ВНКЗ ЛОР «Бориславський медичний коледж», у яких брали участь директор, заступник директора з навчальної та виховної роботи, викладачі.

Встановлені у процесі дослідження факти і сформульовані на їх основі висновки використовуються у практиці фахової підготовки майбутніх медичних працівників до професійної діяльності. Запропоновані автором особливості прояву особистісних ресурсів адаптації, їх типологія дали йому можливість вивести декілька ключових закономірностей, спираючись на які можна забезпечити успішний супровід підготовки майбутніх медичних працівників до професійної діяльності. У цьому контексті А.І. Галян пропонує враховувати два основних моменти: умови і особливості освітнього процесу як об'єктивну реальність та індивідуальні особливості особистості студентів, що перебувають у процесі розвитку. Вважаємо цілком доречним акцентування дослідником уваги на тому, що в період соціально-психологічної адаптації, освітній процес повинен бути побудований так, щоб активізувати особистісні адаптаційні ресурси студента, які надалі дадуть йому змогу сформувати адекватну професійну Я-концепцію як ядро професійної самосвідомості.

Отримані дослідником результати доповнили зміст таких дисциплін як «Основи загальної та медичної психології», «Основи психології та міжособового спілкування», що вивчаються в рамках підготовки майбутніх фельдшерів та медичних сестер.

Директор ВНКЗ ЛОР  
«Бориславський медичний коледж»

О.Я. Хемич

ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ

«МЕДИЧНЕ УЧИЛИЩЕ «МЕДИК»

ДРОГОБИЦЬКА ФІЛІЯ

82100, м. Дрогобич, вул. Сагайдачного, 100 тел/факс (03244) 2-16-26

ЄДРПОУ – 25562584

р/р 26000300484274 АКІБ «ОЩАДБАНК», МФО 325796

№ 38 від 08.09.2016 р.**ДОВІДКА**

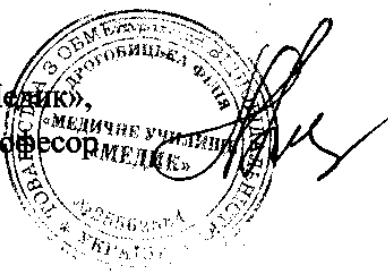
про впровадження у навчальний процес Дрогобицької філії  
ТзОВ «Медичне училище «Медик» результатів наукового дослідження  
Галяна Андрія Ігоровича тему: «Особистісні ресурси адаптації майбутніх  
медичних працівників до професійної діяльності», що проводилося на  
здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю  
19.00.01 – загальна психологія, історія психології

Ознайомлення з результатами дисертаційної роботи Галяна Андрія Ігоровича на тему «Особистісні ресурси адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності» дозволяє дійти висновку, що вони містять низку теоретичних і практичних положень, які є вельми корисними при підготовці майбутніх медичних працівників. Зокрема привертають увагу питання адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності, що, як засвідчує практика, інколи проходить доволі складно. Тому знання особистісних ресурсів, що сприяють цьому процесу, дозволить організувати їх цілеспрямований їх розвиток.

Зроблені працівниками Дрогобицької філії ТзОВ «Медичне училище «Медик» висновки щодо результатів науково дослідження А.І. Галяна були представлені на засіданні професійно орієнтованих циклових комісій, однією із головних функцій яких є покращення якості підготовки студентів через підвищення професійно-педагогічної компетентності викладачів та покращення навчально-методичного забезпечення дисциплін. Цьому, на нашу думку, сприятимуть отримані Андрієм Ігоровичем результати дослідження.

Запропонована методика емпіричного дослідження особистісних ресурсів адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності використовується психологами для вивчення адаптованості студентів до майбутньої професійної діяльності. А виокремленні автором напрямки організації психологічного супроводу сприятимуть розробленню розвивально-корекційних заходів, спрямованих на підвищення їх адаптивної здатності.

Директор Дрогобицької філії  
ТзОВ «Медичне училище «Медик»,  
доктор педагогічних наук, професор



М.І. Лук'янченко



**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

вул. 40 років Жовтня, 27, м. Херсон, 73003. Тел.: +38(0552) 32-67-05, 32-67-31; факс: 49-21-14; e-mail: office@ksu.kz.ua; http://www.ksu.edu.ua  
МФО 820172 код за ЄДРПОУ 02125609 р/р 3522 7222 000120; 3521 2022 000120 банк Держказначейська служба України, м. Київ

05.09. 2016 р. № 01-28/1634  
На № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ 2016 р.

**ДОВІДКА**

про впровадження результатів дисертаційного дослідження Галяна Андрія Ігоровича «Особистісні ресурси адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності» за спеціальністю 19.00.01 – загальна психологія, історія психології

У період з жовтня 2015 до квітня 2016 рр. у роботі зі студентами факультету психології, історії і соціології, напряму підготовки «Психологія» Херсонського державного університету впроваджувалися результати наукового дослідження Галяна Андрія Ігоровича на тему: «Особистісні ресурси адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності». Зокрема, автором було презентовано теоретичну модель адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності, яка може бути базовою для розроблення подібних моделей для інших спеціальностей. Особливий інтерес викликало виокремлення потенціалів особистісного ресурсу адаптації, а саме: мотиваційно-ціннісного, регуляторного та емотивного. Запропоновані А.І.Галянцем шляхи розвитку адаптаційної здатності були включені у структуру соціально-психологічного тренінгу з адаптації майбутніх фахівців до умов професійної діяльності, що проводиться викладачами кафедри загальної та соціальної психології. Ключові положення дисертаційної роботи відображені у змісті навчальної програми із «Загальної психології», а саме, у таких темах як «Мотиваційна сфера особистості», «Активність та діяльність особистості», «Емоційно-вольова сфера особистості». У соціальній психології наукові напрацювання А.І.Галяна відображені у темах, що стосуються «Психології спілкування» та характеризують «Динамічні процеси у малих групах».

Результати наукового дослідження Галяна А.І. на тему «Особливості саморегуляції майбутніх психологів як чинник їхнього професійного становлення», обговорено й затверджено на засіданні кафедри загальної та соціальної психології Херсонського державного університету (протокол від «5» вересня 2016 року №2).

Проректор з наукової роботи



С. А. Омельчук



УКРАЇНА  
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

вул. Жуковського, 66, м. Запоріжжя, МСП-41, 69600, Україна  
тел.: (061) 764-45-46, факс: (061) 228-75-08, e-mail: [zv@znu.edu.ua](mailto:zv@znu.edu.ua), Код ЄДРПОУ 02125243

22.09.2016 № 01-15/238  
на № \_\_\_\_\_

ДОВІДКА

про впровадження результатів дослідження Галяна Андрія Ігоровича «Особистісні ресурси адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності»  
із спеціальності 19.00.01 – загальна психологія, історія психології

Досліджуючи особистісні ресурси адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності, Галян Андрій Ігорович впроваджував отримані результати у навчальний процес кафедри практичної психології Запорізького національного університету. Проведене дослідження відзначається новизною результатів та оригінальністю виконання. Слід відзначити логічність та чітку структурованість організації та проведення дослідження. Зокрема, на основі теоретико-методологічного аналізу літератури була побудована концептуальна модель адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності, де ключова роль відводиться адаптаційним ресурсам (соціально-психологічному, особистісному та фахово-компетентнісному). Проте, виходячи із мети та завдань дослідження, основний акцент робиться на особистісному, у якому функціонально виокремленні мотиваційно-ціннісний, регуляторний і емотивний потенціали.

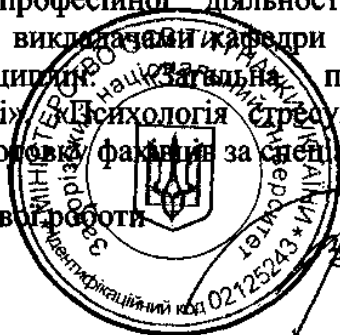
Неабиякий інтерес викликала запропонована дослідником типологія особистісних ресурсів адаптації особистості, основу якої складають особистісні утворення, що входять до мотиваційно-ціннісного, регуляторного та емотивного потенціалів особистісного адаптаційного ресурсу. Доцільність такого поєднання підтверджує статистично значущий кореляційний зв'язок між рівнями адаптації (високий, середній, низький) та показниками адаптаційних потенціалів. Саме це дало підстави автору вважати останні ресурсами, що забезпечують/не забезпечують адаптацію особистості до різноманітних середовищ.

Доречними виявилися рекомендації щодо психологічного супроводу процесу «набуття» особистісної ресурсності майбутніми фахівцями, а також прагнення до професійної самоосвіти, які, зрештою, повинні забезпечити якнайкращу їх адаптацію до майбутньої професійної діяльності. Усі вони тією чи іншою мірою використовуються викладачами кафедри практичної психології під час викладання навчальних дисциплін: «Загальна психологія», «Психологія особистості», «Психологія праці», «Психологія стресу», «Соціальна психологія» та інших, що забезпечують підготовку фахівців за спеціальністю «Психологія».

Проректор з наукової роботи

Г.М. Васильчук

Губа 62 71 61





МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОЄВРОПЕЙСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ

просп. Волі, 13, м. Луцьк, 43025, тел. (0332) 24-10-07, факс (0332) 72-01-23  
e-mail: post@eenu.edu.ua, web: http://www.eenu.edu.ua, код ЄДРПОУ 02125102

06.09.2016 № 03-29/02/2634 Г

на № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

У спеціалізовану вчену раду К 32.051.05

Г **Довідка**  
**про впровадження результатів дисертаційного дослідження «Особистісні ресурси адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності», підготовленого Галяном Андрієм Ігоровичем на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук зі спеціальності 19.00.01 – загальна психологія, історія психології**

Здобувач кафедри загальної та соціальної психології Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки, Галян Андрій Ігорович впроваджував результати власного дисертаційного дослідження у навчальний процес вишу за програмою підготовки фахівців у галузі психології.

Дисертаційна робота «Особистісні ресурси адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності» виконувалася у рамках наукової роботи кафедри загальної та соціальної психології «Методологія і практика дослідження особистості» та є складовою комплексної науково-дослідної теми «Психологія професіоналізму особистості: технології професійного самозбереження в практиці» (номер державної реєстрації 0113U002217), що координується Міністерством освіти і науки України.

Сформульовані теоретичні положення та отримані емпіричні результати стали основою для наукових досліджень студентів та аспірантів факультету психології Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Водночас вважаємо, що виокремленні автором особливості прояву особистісних ресурсів, які визначають сутність функціонування механізму адаптованості майбутніх фахівців на етапі їх навчально-професійного становлення, а також закономірності, спираючись на які можна забезпечити успішний супровід підготовки майбутніх працівників до професійної діяльності, є вагомим внеском у розширення методологічної бази загальної психології та психології праці.

**Перший проректор,  
проректор з адміністративних питань та розвитку**

Вик.:  
проф. Л.В. Заскіна  
(0332) 24-93-92



 **А.В. Дзьось**



**Міністерство охорони здоров'я України**  
**Управління охорони здоров'я Волинської облдержадміністрації**  
**Луцький базовий медичний коледж**

43016 м. Луцьк вул. Лесі Українки, 2, тел/факс (0332) 72-36-55 E-mail: lumeduch@lt.ukrtel.net

№01-07/256 від 22.09.2016 року

**ДОВІДКА**

про впровадження результатів дисертаційного дослідження Галяна Андрія Ігоровича на тему «Особистісні ресурси адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності», зі спеціальності 19.00.01 - загальна психологія, історія психології

Галян Андрій Ігорович впроваджував результати дисертаційного дослідження «Особистісні ресурси адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності» у навчально-виховний процес Луцького базового медичного коледжу. Беручи участь у роботі методичного об'єднання кураторів груп, дослідник представив теоретичну і експериментальну частини роботи, висвітлив зміст поняття «особистісний ресурс адаптації», розкрив його функціональні особливості у контексті навчально-професійної діяльності майбутніх медичних працівників.

Особливий інтерес викликала експериментальна частина роботи, в якій Андрій Ігорович представив концептуальні та методологічні засади дослідження й окреслив процедурно-методичну організацію емпіричного вивчення проблеми. Основні її положення застосовуються викладачами основ психології та міжособового спілкування, основ загальної та медичної психології, практичним психологом коледжу для вивчення адаптованості студентів-медиків до умов майбутньої професійної діяльності.

Дисертаційна робота Галяна Андрія Ігоровича «Особистісні ресурси адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності» є корисною у контексті підготовки майбутніх медичних працівників до професійної діяльності. А отримані емпіричні результати та зроблені на їх основі висновки використовуються викладачами коледжу при викладанні основ психології та міжособового спілкування, основ загальної та медичної психології, медсестринської етики та психології.

**Заступник директора**

**з гуманітарної освіти та виховання**



**А.М. Лазько**