МІНІСТЕРСТВО ФІНАНСІВ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ПОДАТКОВИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Центр післядипломної освіти та заочного (дистанційного) навчання
Кафедра психології, педагогіки та соціології

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА (ДИПЛОМНА) РОБОТА
на тему: « Особливості комунікативних здібностей у співробітників медичних установ»

Здобувача вищої освіти
другого(магістерського) рівня
ПСМз-21-1 групи,
спеціальності 053 «Психологія»
ОПП «Психологія. Психологія
бізнесу» _____ **Н.А. Черних**
підпис здобувача вищої освіти

Науковий керівник _____ **О.Г. Льовкіна**
підпис наукового керівника д. філософ.н., професор

Гарант освітньо-
професійної програми _____ **Л.В. Романюк**
підпис керівника ОПП д. психол.н., професор

Допущено до захисту за рішенням кафедри
психології, педагогіки та соціології
протокол від «8» листопада 2022 р. № 5

Завідувач кафедри _____ **І.О. Пєтухова**, кандидат
підпис педагогічних наук,
доцент

Ірпінь - 2023

Реєстрація № 12 10.02.2023 Деєнко О.А.
(дата) (підпис відповідальної особи)

Результати перевірки до захисту 08.11.2022
(до захисту, на доопрацювання)(дата) (підпис)

Результат захисту 85 14.02.2023
(оцінка) (дата) (підпис)

Голова комісії: (підпис) Т.А. Ткачук
(ініціали, ПІБ)

Члени комісії: (підпис) Л.В. Романюк
(ініціали, ПІБ)

(підпис) І.О. Пєтухова
(ініціали, ПІБ)

(підпис) М.Ю. Заушнікова
(ініціали, ПІБ)

МІНІСТЕРСТВО ФІНАНСІВ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ПОДАТКОВИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Центр післядипломної освіти та заочного (дистанційного) навчання
Кафедра психології, педагогіки та соціології
Спеціальність 053 «Психологія»
Освітньо-професійна програма «Психологія. Психологія бізнесу»

Затверджую:
Завідувач кафедри психології,
педагогіки та соціології
_____ І.О. Пєтухова

Завдання на кваліфікаційну роботу

здобувача вищої освіти

Черних Наталії Андріївни
(прізвище, ім'я, по батькові)

Тема кваліфікаційної роботи: **Особливості комунікативних здібностей у співробітників медичних установ**
Затверджена наказом ректора від 30. 11. 2021 № 1656
Термін подачі закінченої роботи: 10.02.2023
Цільова установка: дослідити особливості комунікативних здібностей та рівня адаптації у співробітників медичних установ; підібрати та узагальнити психологічний діагностичний інструментарій для дослідження комунікативних здібностей та рівня адаптації співробітників медичних установ; емпірично дослідити особливості комунікативних здібностей та рівня адаптації; виявити закономірності впливу рівня комунікативних здібностей на ефективність та швидкість адаптаційних процесів співробітників медичних установ.

Мета роботи: теоретично та емпірично дослідити роль комунікативних здібностей та означити й емпірично дослідити адаптаційні механізми особистості у представників медичної професії
Об'єкт дослідження: комунікативні здібності
Предмет дослідження: комунікативні здібності медиків
База дослідження виступає: Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги
1. Результати психодіагностики співробітників київської міської лікарні швидкої медичної допомоги.
2. Перелік графічного матеріалу 6 таблиць

3. Календарний план виконання роботи

№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	
		За планом	Фактично
1	2	3	4
1.	Вибір теми, вивчення літературних джерел та складання плану роботи	21.02.2022	21.02.2022
2.	Підготовка першого розділу роботи та подання її керівнику	10.03.2022	10.03.2022
3.	Підготовка другого розділу роботи та подання її керівнику	13.05.2022	13.05.2022
4.	Підготовка третього розділу роботи та подання її керівнику	30.08.2022	30.08.2022
5.	Доопрацювання роботи з урахуванням зауважень керівника	26.09.2022	26.09.2022
6.	Отримання відгуку керівника роботи	10.10.2022	10.10.2022
7.	Публікація тез у збірнику наукових матеріалів	30.10.2022	30.10.2022
8.	Попередній захист роботи	13.12.2022	13.12.2022
9.	Отримання відгуку з підприємства (зовнішньої рецензії)	20.12.2022	20.12.2022
10.	Допуск роботи зав. кафедри до захисту	08.11.022	08.11.2022
11.	Захист роботи	14.02.2023	14.02.2023

4. Дата видачі завдання «05» січня 2022

5. Керівник кваліфікаційної роботи _____ О.Г. Льовкіна

6. Керівник освітньо-професійної програми _____ Л.В. Романюк

7. Завдання до виконання отримав здобувач вищої освіти _____ Н.А. Черних

АНОТАЦІЯ

Особливості комунікативних здібностей у співробітників медичних установ

Кваліфікаційну роботу викладено на 88 сторінках. Робота містить 3 розділи, 6 таблиці, 5 додатки та список використаних джерел із 53 найменування.

Мета роботи теоретично та емпірично дослідити роль комунікативних здібностей та означити й емпірично дослідити адаптаційні механізми особистості у представників медичної професії

Предметом дослідження є комунікативні здібності. **Об'єктом дослідження є** комунікативні здібності медиків. **Базою дослідження** виступає Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги.

У **першому** розділі висвітлюється питання теоретичних методологічних аспектів формування комунікативних здібностей, наводиться наукове значення, а також розглядається методологічне забезпечення вдосконалення даної теми. У **другому** розділі висвітлюється поняття адаптаційних механізмів особистості в трудовому колективі.

У **третьому** розділі проводиться емпіричне дослідження взаємозалежності адаптаційних механізмів від рівня розвитку комунікативних здібностей.

Одержані результати можуть бути використані у професійній діяльності практичного, клінічного психолога при професійному супроводі клієнта в період адаптації.

Ключові слова: комунікативні здібності; етичні аспекти комунікації; представники медичної професії; адаптаційний механізм; емоційний інтелект; професійне вигорання.

Рік виконання кваліфікаційної роботи: 2023

Рік виконання роботи 2023

ANNOTATION

Peculiarities of communication skills of employees of medical institutions

The qualification work is laid out on 88 pages. The work contains 3 chapters, 6 tables, 5 appendices and a list of used sources with 53 names.

The purpose of the study is to theoretically and empirically investigate the role of communication skills and to define and empirically explore the role of communication skills in representatives of the medical profession. **The subject of the study is** communication skills. **The object of the study is** the communication skills of doctors.

The Kyiv City Clinical Hospital of Emergency Medical Care is the **basis of the study**.

In the **first** chapter, the issue of theoretical methodological aspects of the formation of communication skills is highlighted, the scientific significance is given, and the methodological support for the improvement of this topic is also considered.

The **second** chapter highlights the concept of adaptation mechanisms of the individual in the work team.

In the **third** chapter, an empirical study of the interdependence of adaptation mechanisms with the level of development of communication skills is carried out.

The obtained results can be used in the professional activity of a practical, clinical psychologist during the professional support of the client during the adaptation period.

Keywords: communication skills; ethical aspects of communication; representatives of the medical profession; adaptation mechanism; emotional intelligence; professional burnout.

Year of qualification work: 2023

Year of thesis defence: 2023

ЗМІСТ

Вступ……7

Розділ І Структура, функції комунікативних здібностей і їх значення для комунікативної діяльності особистості ……..……10

1.1. Проблема визначення поняття «комунікативні здібності» в психологічній літературі……10

1.2. Комунікативні здібності особистості в професійній діяльності медично робітника……..…….....14

1.3. Вплив емоційного інтелекту на розвиток міжособистісних стосунків в професійній діяльності……..22

Висновок до І розділу……..….28

Розділ ІІ Стрес, особливості адаптаційних механізмів особистості……...29

2.1. Професійний стрес в медичних професій……29

2.2. Адаптованість в трудовій діяльності медичного робітника……...34

2.3. Професійні деформації в лікарській діяльності та вплив на комунікативні здібності ……41

Висновки до ІІ розділу ……54

Розділ ІІІ Емпіричне дослідження комунікативних здібностей медичних працевників……..……..55

3.1. Аналіз психодіагностичного інструментарію для визначення комунікативни здібностей медиків……..……55

3.2. Інтерпретація та аналіз дослідження комунікативних здібностей та адаптаційних механізмів медиків……...….63

Висновки до ІІІ розділу…….…...75

Висновки ……...……..…..…77

Список використаної літератури ……....80

Додатки…….……83

ВСТУП

Важливою складовою комунікативних здібностей виступає спілкування. Яке неможливо переоцінити в сучасному світі. Воно виконує провідну роль в створені соціальної сфери суспільства. Міжособистісна комунікація є не лише умовою соціального буття людини, але і найважливішою складовою професійної діяльності фахівця. У цих умовах кваліфікованість і успішність виконання професійних завдань залежить від якості взаємодії з людьми в конкретних професійних ситуаціях. Високий рівень розвитку комунікативних здібностей в нових умовах існування суспільства стають невід'ємною складовою професійної компетентності. Розширюються вимоги до навичок комунікації і інформованості, які передбачають розвиток здібностей до ситуативної адаптивності, вміння швидко і адекватно орієнтуватися у багато чисельних і різноманітних комунікативних ситуаціях, а також готовність сприймати нову інформацію в навколишньому середовищі.

Актуальним постає питання, яке значення має розвиток саме комунікативних здібностей для працівника медичної сфери. Успішність роботи лікаря чи медсестри залежить не тільки від професійної компетентності а також від виявлення комунікативних здібностей при безпосередньому спілкуванні з пацієнтом, адже від вмінь правильно організувати лікувальний поцес залежить здоров'я та життя людини. Уміння створювати і підтримувати стосунки, вирішувати організаторські питаня, коректно задавати питання, говорити коментарі та ствердження. Все це має своє відображення у досягненні комунікативних цілей, ефективності виконуваної діяльності. Таким чином, в більшій мірі від того як ми вдало використовуємо своє вміння спілкуватися і взаємодіяти з людьми залежить успішність нашого як особистісного, так і професійного розвитку. Саме тому обрана проблематика дослідження є досить актуальною на даний момент.

Мета дослідження: теоретично та емпірично дослідити роль комунікативних здібностей та означити й емпірично дослідити адаптаційні механізми особистості у представників медичної професії

Об'єкт дослідження: комунікативні здібності

Предмет дослідження: Комунікативні здібності медиків

База дослідження: Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги;

Гіпотеза: Якщо у медиків високо розвинені комунікативні здібності, то у них буде високий рівень професійної адаптації.

Поставлені завдання: 1) здійснити теоретичний аналіз науково-психологічної літератури щодо ролі комунікативних здібностей у професійній діяльності медичних працівників 2) розкрити поняття комунікативних здібностей та проаналізувати їх значення для професійної діяльності працівників сфери; 3) підібрати психодіагностичний інструментарій щодо виявлення ролі комунікативних здібностей в професійній діяльності медичного працівника; 4) провести емпіричне дослідження щодо виявлення ролі комунікативних здібностей їх вплив на професійну адаптацією у працівників медичної сфери та встановити подальші перспективи дослідження.

Теоретико-методологічні основу роботи склали: роботи присвяченні вивчення комунікативних здібностей Т.П.Абакирова, Г.С.Васильев, Н.Віник, Ю.Н.Емельянова, Л.Е.Орбан-Лемблик, Ю.В.Якимчук, Роботи присвячені механізму адаптації Милославова І.А., Гаджикурбанов Д.М. Г. Айзенк, Т. Антонова, А. Налчаджян, А. Петровський, Ж. Піаже, К. Роджерс.

Для розв'язання поставлених завдань був використаний комплекс адекватних об'єкту і предмету дослідження методів

а) теоретичні – аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, систематизація теоретичних та експериментальних даних із проблеми формування комунікативних здібностей у співробітників медичних установ

б) емпіричні – спостереження, індивідуальні бесіди, анкетування, психодіагностичне тестування. На різних етапах дослідження був

використаний комплекс психодіагностичних методик: опитувальник «Комунікативних умінь» (Л. Міхельсона); методика діагностики соціально психологічної адаптації (К. Роджерса і Р. Даймонда); багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (А. Наклашова і С. Чернятина); тест оцінки комунікативних і організаторських здібностей (В. Синявського і В. Федоришина); методика діагностики комунікативної толерантності (В.Бойко)

в) статистичні методи обробки експериментальних даних – розрахунки мір варіативності результатів із наступною якісною інтерпретацією і змістовим узагальненням. Статистична обробка даних та графічна презентація результатів здійснювалися на базі пакету статистичних програм SPSSv.17.0 for Windows.

Практична значущість дослідження полягає у тому, що злійснене дослідження довело гіпотезу, що розвинені комунікативні здібності впливають на якість адаптації співробітників медичних установ у колективі.

Експериментальна база дослідження. Дослідження здійснювалося у Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги.

Апробація результатів роботи. Результати дослідження були відображенні у збірнику матеріалів VII Міжнародної науково-практичної конференції. Актуальні проблеми психологічної та соціальної адаптації в умовах кризового суспільства. науково практичної конференції (21 квітня 2022 року). Ірпінь: Державний податковий університет, 2022. С. 442-445.

Структура і обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (53 найменувань, з них 1 – іноземними мовами) та 5 додатків. Основний зміст роботи викладений на 83 сторінках. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи 88 сторінки.

Розділ І Структура, функції комунікативних здібностей і їх значення для комунікативної діяльності особистості

І.І Проблема визначення поняття «комунікативні здібності» в психологічній літературі

У різноманітних теоретичних працях соціальної психології та психології особистості вивчаються питання, що стосуються проблеми комунікативних здібностей, де комунікація розглядається як міжособистісна взаємодія. В процесі міжособистісної взаємодії успішність реалізації комунікативної діяльності залежить від комунікативних здібностей суб'єкта.

У їх структуру включені: комунікативні знання та вміння, комунікативна компетентність, комунікабельність в галузі міжособистісних інформаційних взаємодій. Зміст поняття «комунікативні здібності» невід'ємно пов'язаний з такими факторами як розуміння сутності спілкування та його значення в житті і процесі розвитку людини. Воно потребує розкриття категорії здібностей в рамках психологічної науки.

Спілкування — це складний і багатогранний процес, який полягає у встановленні та розвитку контактів між людьми. Він може виступати в один і той же час і як процес взаємодії індивідів, і як процес передавання та обміну інформації, і як процес ставлення і взаємовпливу людей один до одного, і як процес співпереживання і взаємного розуміння індивідів [13, с. 18].

Проблема комунікативних здібностей досліджувалася з багатьох сторін різними вітчизняними і іноземними науковцями. Це є нагальною потребою, оскільки виявлення закономірностей і механізмів формування у людей психічних властивостей допоможе їм досягати кращих результатів в діяльності. Відповідно до індивідуально-психологічної теорії здібностей Б.М.Теплова, здібності – це «окремі психічні властивості, які є умовами успішного виконання якої-небудь однієї або кількох діяльностей» [48].

Здібності, які проявляються у людини у вигляді простих і більш складних властивостей особистості, є запорукою успішної реалізації в діяльності, в якій і формуються [3].

Поряд з організаторськими, конструктивними і гностичними здібностями дослідники, що займалися питанням педагогічної здібності в їх структурі, виділили також комунікативні [22]. У педагогіці під терміном

«комунікативні здібності» розуміють здатність встановлювати правильні взаємовідносини з дітьми, вміння їх перебудовувати залежно від варіативності комунікативної ситуації, навичку легкого вступання в контакт з іншими людьми і подальшому підтримування з ними сприятливих стосунків [47].

Більшість дослідників, які вивчали комунікативні здібності в медичній галузі, трактують комунікативну компетентність лікаря як таку, що заснована на комунікативних здібностях, вміннях і знаннях, які в сукупності формують інтелектуально й мотиваційно обумовлену соціально-професійну характеристику, завдяки якій лікар здатен самостійно й відповідально реалізувати ефективні й адекватні комунікативні дії в конкретних ситуаціях міжособистісної взаємодії [3].

Комунікативні здібності – це загальна здатність, що грунтується на різноманітних підструктурах особистості і виявляється в навичках суб'єкта спілкування вступати в соціальні контакти, регулювати в повторюваних ситуаціях взаємодії, а також досягати в міжособистісних відносинах поставлених комунікативних цілей.

Виходячи з даного визначення, можна виділити три рівня комунікативних здібностей. До першого рівня відносять навички, до другого – уміння, до третього – загальну спрямованість поведінки і стиль спілкування [18].

Такої ж позиції дотримується і Р.С. Нємов, який визначає комунікативні здібності як індивідуально-психологічні особливості особистості, які проявляються в спілкуванні, а також як вміння і навички спілкування з людьми, від яких залежить його успішність [32].

Крім наведених вище, в літературі зустрічається визначення, яке передбачає володіння певними навичками людиною, що здійснює комунікацію, а саме: комунікативні здібності — це здатність володіти ініціативою в спілкуванні, виявляти активність, емоційно реагувати на стан партнерів спілкування, здатність сформувати і реалізувати власну індивідуальну програму спілкування [20].

У класичній психології комунікативні здібності визначають як здатність до утворення міжособистісних стосунків, які забезпечують успішну колективну діяльність та знаходження в ній свого міс [39].

Значна кількість робіт в даній галузі присвячена розгляду комунікативних здібностей в межах поняття комунікативної компетентності. В даному випадку термін «компетентність» є характеристикою поведінки, що являє собою форму активності особистості, яка домінує у індивіда, наявністю у неї сформованих навичок та вмінь, що дозволяють реалізувати певну діяльність, та ступінь її освоєння [9;45].

Здібності трактуються як можливості та спроможності індивіда, наявні або потенційні, які характеризуються швидкістю, якістю та рівнем сформованості відповідної компетентності. Відповідно до цього комунікативну компетентність можна інтерпретувати як здатність людини утворювати та підтримувати необхідні контакти з іншими людьми. До її складу входить певна сукупність знань та умінь, завдяки яким забезпечується ефективний перебіг комунікативного процесу.

Виходячи з цього, можна розглядати комунікативну компетентність як достатній ступінь оволодіння певними нормами спілкування та поведінки, що, в свою чергу, є результатом научіння, засвоєння соціально-психологічних еталонів, стандартів та стереотипів поведінки, оволодіння «технікою» спілкування. Таким чином, в рамках цього підходу ефективність взаємодії людей залежить від комунікативної компетентності, тобто вміння встановлювати і підтримувати необхідні контакти з людьми.

Концепція комунікативної компетентності включає в себе сукупність знань та вмінь, що забезпечують вдалий перебіг комунікативних процесів у людини у варіативності ситуацій спілкування. О.О. Бодальов виділяє поняття «комунікативне ядро особистості», від якого також залежить ефективність спілкування. Під даним концептом він розуміє все, що належить до особистості людини, включно з рисами характеру, емоційними особливостями, перцептивними здібностями, і якимось чином має вплив на його спілкування з людьми [26].

За К.К.Платоновим комунікативні здібності – це набір навичок, що забезпечують реалізацію продуктивної комунікативної діяльності особистості, передусім, ефективність її спілкування з іншими людьми, і психологічну сумісність у діяльності. Інші автори визначають комунікативні здібності як «індивідуально-психологічні і психофізіологічні особливості людей, що забезпечують успішну взаємодію партнерів і успішне розв'язання комунікативних задач» [24].

Деякі автори розглядають питання комунікативних здібностей і через призму його синонімічного поняття — «здатність до спілкування». Під здатністю до спілкування в психологічній літературі розуміють один з найбільш соціально обумовлених видів здібностей, який передбачає вміння формувати свою поведінку відповідно до соціальних норм, тобто вимогам, негласним правилам і очікуванням відповідної поведінки, що забезпечує людині прийняття і розуміння іншими [25].

У своїх роботах М.І. Лісіна зазначає, що здатність до спілкування залежить від таких факторів як особливості характеру і типологічні властивості особистості. Найважливішим з них є комунікативні здібності. Високий рівень розвитку комунікативних здібностей дозволяє вправно будувати міжособистісні стосунки з людьми, ефективно взаємодіяти з іншими у спільній діяльності [26].

Таким чином, в ході детального аналізу психологічної літератури, присвяченої проблематиці дослідження комунікативних здібностей, спостерігається відсутність чіткої термінологічної диференціації понять «комунікативні здібності», «здатність до спілкування» і «комунікативна здатність». Це викликає труднощі в однозначному трактуванні цього феномену. В данному дослідженні буде використано загальне визначення здібностей як психічних властивостей, які є запорукою успішного виконання будь-якої діяльності. Виходячи з цього під комунікативними здібностями буде матися на увазі загальна здатність особистості, що пов'язана з різноманітними її підструктурами, і виявляється в навичках суб'єкта спілкування встановлювати успішні комунікативні контакти з людьми,

підтримувати їх, а також ефективно взаємодіяти з іншими в спільній діяльності і досягати в міжособистісних стосунках поставлених комунікативних цілей.

1.2. Комунікативні здібності в професійній діяльності медичного працівника

Комунікативні здібності у медичних працівників є однією з важливих підструктур особистості й індивідуальності, оскільки є тим фактором, що детермінує ефективність їх діяльності, і є запорукою досягненнями ними поставлених комунікативних цілей в міжособистісних відносинах, які включають в себе комунікації: медичний працівник і медичний працівник, медичний працівник і пацієнт, медичний працівник і родичі пацієнта, медичний працівник і підлеглі, медичний працівник і керівництво. В кожній з цих варіацій необхідна наявність специфічних навичок і умінь, що забезпечать ефективність спілкування, повноцінність контакту, глибину і повноту входження в процес взаємодії. В даній роботі для більш детального

розгляду концепції комунікативних здібностей описані її структура, функції і безпосереднє значення для особистості.

Т.П. Абакірова узагальнила дослідження О.О. Бодальова, В.В. Рижова, Л. Тайєра та ін. та виділила два основних типи комунікативних здібностей [1]: стратегічні та тактичні. Стратегічні здібності – це вміння правильно зрозуміти комунікативну ситуацію і орієнтуватися в ній. Тактичні здібності – це здібності, завдяки яким індивід може брати участь в комунікації. Їх можна додатково поділити на дві підгрупи. До першої підгрупи відносяться особливості інтелекту, характеру та темпераменту особистості, сила волі, емоційна сфера, рівень розвитку мови, тобто сукупність характеристик, що формують вміння комунікативного використання особистісних особливостей у спілкуванні. До другої належить володіння технікою спілкування та міжособистісного контакту, що в свою чергу будується на комлексі перцептивних здібностей, навичок керування своєю поведінкою, встановлення і підтримки необхідного контакту, а також вміння побудови свого мовлення для оптимізації та ефективності діяльності.

Більшість класифікацій, які структурують поняття комунікативних здібностей, включають в себе дві групи: особистісні особливості і майстерність введення спілкування. Зокрема О.О. Леонтьєв виокремлює дві основні групи [24]. Перша група грунтується на умінні використовувати особистісні комунікативні властивості людини у спілкуванні, друга — на володінні індивідом технікою спілкування та введення міжособистісного контакту. Загалом перша і друга група об’єднує великий комплекс якостей та характеристик особистості, які забезпечують успіх та ефективність комунікативного процесу. Серед них варто виділити комплекс перцептивних здібностей, який є основою для реалізації діяльності, навички керування поведінки і емоційної сфери в процесі комунікації, будування своєї мови у психологічному відношенні, розуміння, урахування і моделювання особливостей іншої людини, вміння встановлювати, підримувати контакт і в залежності від ситуації коригувати його глибину, входити і виходити з нього, передавати і перехоплювати ініціативу у спілкуванні.

Для медичного персоналу існує ціла група здібностей, на які акцентується особлива увага, а саме «технологічна» підготовленість людини до спілкування. Під цим треба розуміти такі навички як психологічно правильний вступ у процес взаємодії з іншими людьми, вміння стимулювати власну активність, а також активність співрозмовника, підтримувати спілкування і вміти правильно та логічно його закінчити, здібність прогнозування всіх можливих шляхів розвитку спілкування і підлаштовуватися як під зовнішні, так і внутрішні фактори ситуації, в рамках якої відбувається комунікація, вміння правильно долати психологічні бар'єри, а також доречно підбирати невербальні компоненти спілкування: жести, міміку, візуальний контакт, голосові характеристики і поведінку у просторі.

Виходячи з тлумання комунікативних здібностей як сталої сукупності індивідуальних і психологічних особливостей індивіда, яка існує на основі комунікативних задатків та зумовлює успішність реалізації комунікативної діяльності, в психологічній літературі виділяють п'ять компонентів комунікативних здібностей: когнітивний, мотиваційний, самооцінний, емоційний, комунікативно-діяльнісний [53].

Когнітивний компонент – це репрезентативно-когнітивні структури, які є узагальнено-абстрактним результатом набуття комунікативних знань, навичок і умінь. Даний компонент є внутрішньою основою для таких процесів як обробка інформації та організація власне комунікації. Для кожної діяльності, зокрема в медичній галузі, задля успішного виконання професійних обов'язків необхідні свої специфічні системи репрезентативно-когнітивних структур.

Мотиваційний компонент – це система поглядів особистості, її світогляд, що включає в себе ідеали, мотиви, інтереси, прагнення, потреби, установки і цінності. Мотив як внутрішнє спонукання до комунікації є основною складовою даного компонента.

Самооцінний компонент – це оцінка людиною самого себе у межах усвідомлення себе як суб'єкта комунікаційної діяльності.

Емоційний компонент – це поточний емоційний стан особи під час спілкування.

Комунікативно-діяльнісний компонент – це особливості комунікації в розрізі професійної діяльності. Він характеризує медичних працівників як суб'єкти комунікаційної діяльності, в якій виявляються специфічні професійні особливості медичної галузі.

В межах даного підходу можна цілеспрямовано розвивати один окремо взятий компонент, а беручи до уваги взаємозв'язок між усіма складовими, розвивати комунікативні здібності у цілому, що приводить до гармонійного зростання комунікативних навичок.

У ряді наукових досліджень встановлено, що провідними психологічними факторами комунікативних здібностей є чутливість, чуйність, правильна оцінка емоційних станів іншої людини, комунікабельність; провідними фізіологічними – реактивність у вигляді поєднання слабкості і лабільності нервової системи з домінуванням правопівкульних функцій першої сигнальної системи [46].

Б.Г. Ананьєв займався питанням, яке місце в системі загальних здібностей посідають комунікативні, і на основі багатьох досліджень стверджував, що крім комунікабельності важливими аспектами комунікативних здібностей є вміння організовувати спілкування так, щоб чільне місце посідало активне слухання, емоційна підтримка і співпереживання, які допомогають більш ефективно реалізовувати комунікативну діяльність і досягати комунікативних цілей. Не менш важливими також є вміння злагоджувати і вирішувати конфліктні ситуації та знання норм і правил спілкування, яких необхідно дотримуватися під час комунікації з оточуючими.

В інших роботах, присвячених цій проблематиці, зазначається, що структура комунікативних здібностей складається з двох основних компонентів: емоційних та пізнавальних, при чому провідним є здатність розпізнавання і усвідомлення емоціонального стану інших людей [15].

В свою чергу О.В. Сидоренко вважає, що комунікативні здібності можна трактувати з двох позицій: і як природний талант людини до спілкування, і як комунікативну продуктивність. Виходячи з цього, дослідник до комунікативних здібностей також відносить мимовільну експресивність, або так звану «здібність спонтанного кодування». Вона надає певні переваги для розвитку вміння навмисно створювати певні сигнали для педачі інформації [44].

В дослідженнях комунікативних здібностей, проведених в педагогічній галузі, визначили ряд специфічних комунікативних здібностей, якими повинен володіти фахівець задля успішної реалізації професійної діяльності. Оскільки як в педагогіці, так і в медицині основною сферою діяльності є «людина-людина», а узагальненість формулювань і визначень дозволяє перенести даний ряд специфічних комунікаційних здібностей у простір професійної діяльності будь-якого спеціаліста, робота якого пов’язана з людьми, то можна з обережністю екстрапо лювати їх на медичних працівників.

Цими комунікативними здібностями є: 1) пізнання людиною іншої людини: воно передбачає загальну оцінку людини як особистості, яка зазвичай складається на основі першого враження, оцінки окремих рис характеру особистості, мотивів і поглядів, а також вміння оцінювати зв'язок між поведінкою, що демонструється, і внутрішнім світом людини, вміння «читати» і орієнтуватися в позах, жестах, міміці, пантоміміці; 2) пізнання людиною самої себе: її розуміння та оцінка своїх знань, здібностей, характеру та інших рис особистості; уявлення про те, як особа сприймається з боку й виглядає в очах оточуючих людей; 3) вміння правильно оцінювати ситуацію спілкування – це здатність спостерігати за ситуацією, вибирати ключові її ознаки і звертати на них увагу; правильно сприймати і оцінювати соціальний та психологічний сенс даної ситуації [33].

Комунікативні здібності як здатність до спілкування, включають в себе: 1) бажання вступати в міжособистісний контакт; 2) уміння ефективно організовувати спілкування, що включає в себе слухання і розуміння

співрозмовника, емоційне співпереживання, запобігання конфліктних ситуаціях, а у випадку їх неминучості розв'язування з відсутніми або мінімальними наслідками; 3) знання і використання норм і правил комунікації, дотримання соціальних вимог у спілкуванні [40]. З цього можна зробити висновок, що задля ефективної комунікативної діяльності, а саме результативного професійного спілкування, суб'єкт потребує опанування комунікативних знань і операційно-технічних прийомів, що має бути підкріплене власне прагненням до комунікативного контакту. Набуття індивідом комунікативних знань, вмінь і навичок є підґрунттям для подальшого розвитку комунікативних здібностей. Вони актуально існують у діяльності спілкування, виявляючись і розвиваючись у її процесі.

Якщо розглядати комунікативні здібності як комплексне багаторівневе особистісне утворення, сукупність комунікативних характеристик особистості, а також її соціально-перцептивні і операційно-технічні знання та вміння, завдяки яким забезпечується регуляція і протікання діяльності спілкування, то можна виділити в структурі комунікативних здібностей наступні блоки: особистісний, соціально-перецептивний, операційно-технічний [18].

Особистісний блок включає в себе характеристики особистості, що сприяють ефективній комунікації. До них належать оцінка людини себе, її ставлення до себе, до інших, до ситуації спілкування. Особливості емоційно-вольової та інтелектуальної сфер індивіда, такі як товариськість, доброзичливість, потреба у спілкуванні, довіра до людей, самовладання, емоційність, здатність отримувати задоволення від спілкування та інтелектуальні якості особистоті, також слугують реалізації комунікативної діяльності.

Соціально-перцептивний блок є сукупністю механізмів міжособистісного сприйняття. В нього входять вміння та навички визначення точності і адекватності міжособистісного сприйняття (точне сприйняття себе в ситуації, партнера, власне ситуації), орієнтування в ситуації, спостережливість, чергування ініціативи, слухання інших, емпатія.

Операціонально-технічний блок містить в собі сукупність навичок комунікативного репертуару і уміння доречно їх використовувати залежно від ситуації. До них відносять організацію місця і часу спілкування, просторову поведінку, особливості постави, голосу і мови, налагодження візуального контакту, виразність рухів і жестів, дотримання комунікативного етикету, творчість в спілкуванні, здатність до дії та оптимізації міжособистісних стосунків в групі.

Важливо зазначити, що структура комунікативних здібностей та її елементи формуються в процесі комунікативної діяльності особистості та визначають її ефективність, при чому саме в ході комунікації вони вдосконалюються.

В свою чергу функції комунікативних здібностей з'єднують структуру комунікативних здібностей та власне комунікаційний процес. Виходячи з вищевикладеного, комунікативні здібності мають наступні функціональні вимоги: формування та розвиток комунікативних здібностей як вихідної даності та їх актуалізація; цілеспрямованість регулювання комунікативної діяльності в процесі міжособистісної комунікації з метою досягнення бажаного результату. Основні функції комунікативних здібностей в такому руслі аналізу проблеми бачать в управлінні і регуляції комунікативною діяльністю [6].

Специфічне значення комунікативних здібностей щодо комунікативної діяльності виявляється в наступному: включення комунікативних здібностей в комунікативну діяльність індивіда означає якісну зміну протікання останньої. Комунікативні здібності не просто виявляються в комунікативній діяльності, а керують нею таким чином, що вся подальша комунікативна діяльність стає іншою, тобто відбувається переструктуризація комунікативної діяльності відповідно до індивідуальних цілей і індивідуальних особливостей особистості.

В свою чергу функції комунікативних здібностей з'єднують структуру комунікативних здібностей та власне комунікаційний процес. Виходячи з вищевикладеного, комунікативні здібності мають наступні

функціональні вимоги: формування та розвиток комунікативних здібностей як вихідної даності та їх актуалізація; цілеспрямованість регулювання комунікативної діяльності в процесі міжособистісної комунікації з метою досягнення бажаного результату. Основні функції комунікативних здібностей в такому руслі аналізу проблеми бачать в управлінні і регуляції комунікативною діяльністю

1.3. Вплив емоційного інтелекту на розвиток міжособистісних стосунків в професійній діяльності

Даний етап розвитку суспільства характеризується збільшенням ваги емоційної сфери людини як важливого об'єкту потенційного розвитку особистості, оскільки проблема розуміння і прояву емоцій впливає на всі аспекти життя людини, включно з комунікаційною діяльністю. Без належної уваги і ставлення до розуміння власних емоцій особистість втрачає можливість адекватної соціальної адаптації та успішності в соціумі.

В середині XX століття сформувався культ раціонального ставлення до життя як до еталону, в якому немає місця емоціям. Він активно проявляється і в наш час, завдаючи непоправну шкоду суспільству загалом і особистості зокрема. Відомо, що заборона емоцій не знищує їх, а витісняє із свідомості людини, що призводить до неможливості їх психологічної переробки. Це сприяє розростанню їх фізіологічного компоненту, що в свою чергу веде до неврозів. Особливо емоційні проблеми проявляються у людей, що мають низький рівень самоконтролю. Вони не в змозі постійно контролювати чи не проявляти свої емоції. Це призводить до виявлення емоцій всупереч бажанню, оминаючи контроль свідомості, що в подальшому заважає здійснювати наміри, веде до порушення міжособистісних стосунків, як сімейних, так і ділових, що погіршує якість життя, зменшує ефективність та завдає шкоди здоров'ю.

В кожній людині з народження наявні обов’язковий потенціал емоційної сенситивності, емоційної обробки, емоційного научіння та емоційної пам’яті. Сукупність цих чотирьох компонентів формує емоційний інтелект людини [10].

Емоційний інтелект як здатність людини сприймати, проявляти і розуміти емоції та керувати ними [16]. Науковці доводять, що високий рівень емоційного інтелекту надає людині високий ступінь самосвідомості та рефлексії. Такі люди більш ефективно функціонують в соціумі, краще справляються з життям, оскільки не дають своїм емоціям шкодити їм через депресію, тривожність чи гнів. В них добре розвинена емпатія, яка дозволяє диференціювати емоції оточуючих, вдало реагувати на них, підбирати влучні слова та не губитися в різних сценаріях розвитку ситуації, як і вміло розв’язувати конфлікти, співпереживати, підбадьорувати і відстоювати свою позицію, не порушуючи особистих меж. Також для емоційно інтелектуальних людей характерне вміння не піддаватися імпульсивним бажанням і взагалі не діяти імпульсивно. Вони здатні відсторонитися від можливості швидкого задоволення задля досягнення довгострокової винагороди.

саме емоції знаходяться в центрі уваги когнітивних процесів (когнітивної терапії), оскільки дозволяють і допомогають людині звільнитися від симптоів дисфункційного мислення, що в свою чергу покращує емоційний стан людини [14].

Найбільш відома і популярна модель емоційного інтелекту розроблена П.Саловеєм . Вони виділяють чотири компоненти емоційного інтелекту:

1. Ідентифікація емоцій (сприйняття);
2. Використання емоцій (допомога мисленню) для підвищення ефективності мислення і діяльності;
3. Розуміння емоцій;
4. Управління емоціями [16].

Розпізнавання власних емоцій. Це включає в себе здатність адекватно описувати, проявляти, проживати, ідентифікувати емоції та відчувати їх без слів. Даний компонент сприяє більш ефективному спілкуванню, оскільки дозволяє більш адекватно виражати емоції.

Володіння своїми емоціями пов'язане з проблемою самоконтролю: здатність контролювати власні емоції, виокремлювати їх як окремий об'єкт, проявляти, адекватно оцінювати, контролювати емоційну експресію. Адекватна емоційна експресія є важливим фактором підтримки фізичного і психічного здоров'я.

Розуміння емоцій інших. Даний компонент характеризується низкою здатностей, пов'язаних з усвідомленням чужих емоцій та спостережливістю за іншими, що дозволяє їх помітити. Це відмічання у свідомості емоційних процеси, прояв достатньо виокремленого емоційного процесу, опис словами емоційного стану іншої людини, передбачання спектру емоцій, тривалості, можливих наслідків, включання емоцій у культурний досвід, емпатія.

Самомотивація. Переживання емоцій мотивують людей до певних дій. За допомогою емоцій виникає взаємодія фізичного тіла і розум, вони постійно взаємодіють і знаходяться в русі [5].

Загалом зараз спостерігається позитивна тенденція розуміння емоційного інтелекту як важливої складової життя людини. Якщо уявити собі айсберг, то його надводна частина – це IQ (логічні здібності), а підводна – EQ (емоційні). У Європі люблять повторювати вислів: «Завдяки IQ ви влаштовуєтесь на роботу, завдяки EQ – робите кар'єру».

Як і кожна особливість людини, емоційний інтелект частково закладений генетично і основа для повного використання цього потенціалу формується у дитинстві. Існують об'єктивні передумови розвитку емоційного інтелекту, серед яких виділено такі:

– біологічні (правопівкульовий тип мислення; особливості розвитку нервової системи, властивості темпераменту, особливості обробки інформації);

– соціальні (синтонічність у дитячому віці; розвиток раціональності у міру дорослішання; рівень розвитку самостійності; емоційно-сприятливі стосунки з батьками, рівень освіти батьків і сімейне благополуччя; гендерні особливості виховання; андрогінність; зовнішній локус контролю; релігійна приналежність);

– вікові (гнучкість мислення, індивідуальний стиль розумової діяльності, система еталонів самооцінювання, самоконтроль слів і вчинків, неузгодженість рівня інтелектуального розвитку з біологічною зрілістю, взаємозалежність інтелектуального, емоційного й особистісного розвитку, формування концепції «Я»);

– професійно-формувальні (знання про підходи, закономірності, ознаки і компоненти професійної діяльності та наявність об'єктивних проблем її здійснення; стресові та конфліктні ситуації, втрата рівноваги та незнання способів запобігання їй і подолання, неусвідомлення цілей професійної підготовки і ставлення до обраної професії).

Вивчення емоційного інтелекту є перспетивним напрямком, оскільки надає широкий спектр практичного застосування в багатьох галузях психологічної науки. В організаційній психології це стосується підбору ефективного управлінського персоналу М.Зайднер, Дж.Метьюз, успішності керівників високої ланки Д. Гоулман, аналізу впливу на управлінські здібності, лідерські якості Т. Березовська, О. Білоконь, Д. Гастелло, Д.Гоулмен, В. Єрмаков, М. Манойлова, А. Мітлош, А. Петрівська, В. Шатроо. У педагогічній психології досліджується питання впливу емоційного інтелекту на академічну успішність, зниження антисоціальної поведінки формування психологічного клімату в класі а також вивчаються педагогічні та виховні можливості емоційного інтелекту [7].

Дослідження емоційного інтелекту саме у студентів відбувається в наступних напрямках: аналіз особистісних чинників емоційного інтелекту, функціональне значення емоційного інтелекту й адаптивні функції, диференційні характеристики емоційного інтелекту, вивчення педагогічних

компонентів емоційного інтелекту в підготовці фахівців гуманітарного профілю [6].

Сучасне українське суспільство доволі динамічно змінюється, що ставить нові вимоги до підготовки фахівців у різних галузях. З одного боку, необхідна більш вузька та чітка спеціалізація на відміну від широкого загального вивчення основ, з іншого – вміння виходити за межі своєї спеціальності та будувати міжгалузеві зв'язки, дивитися на проблему більш глобально, що збільшує шанси на її вирішення і прогрес. З цих проблем витікає завдання формування запиту до професійної освіти щодо навчання та підготовки фахівців, які відповідатимуть новим вимогам.

Важливим напрямком реалізації даного завдання є психологічний розвиток особистості, який необхідний задля формування професійної свідомості, мотивації, мислення, рефлексії, кваліфікаційних якостей спеціаліста, покращення комунікативних умінь і навичок. Це важливо для фахівців будь-якої галузі, особливо для медичних працівників, оскільки від формування в них професійних комунікативних навичок залежить здоров'я і життя людей, суспільства загалом. Професійний розвиток – складний процес. Він характеризується як і послідовністю, так і циклічністю.

Важливість емоційного інтелекту для успішної діяльності людини в різних сферах діяльності навчальній, професійній, дослідницькій, комунікативній, професійній [7]. Включення формування емоційного інтелекту в систему професійної підготовки дає можливість відійти від суто діяльнісного підходу, де увага сфокусована на самій діяльності, її змісті та функціях, а особистість розглядається як вторинний фактор, і застосовувати елементи особистісного підходу, в якому суттєво змінюються педагогічні орієнтири, оскільки діяльність стає вже засобом розвитку людини.

Розуміння власних емоцій та емоцій інших: усвідомлення себе як особистості і як професіонала, усвідомлення своїх дій, поведінки, що дає можливість процесу професійної рефлексії, ретроспективному аналізу.

Самоконтроль і саморегуляція емоцій, що в результаті формує особистісну професійну самосвідомість, професійні смисли особистісні

професійні знання, професійне ставлення до суб'єкта праці, професійні ідеали, норми та цінності, смислоутворюючі мотиви професійної діяльності. Усвідомлення власних емоцій та управління ними, що позитивно впливає на стан здоров'я особистості фізичний, професійний, психологічний.

Використання емоцій, особливо у конфліктних ситуаціях, що дозволяє розв'язувати конфлікти у процесі професійної діяльності та підтримувати на належному рівні взаємостосунки з іншими людьми; співробітниками, керівниками, підлеглими [4; 8].

З усього вищевказаного можна зробити висновок, що в сучасних умовах одних критеріїв професіоналізму, специфічних для кожної професії, не достатньо для якісної підготовки спеціалістів і подальшого їх успішної реалізації професійної діяльності. Задля ефективної роботи і успіху необхідний належний емоційний інтелект, емоційна готовність до самого процесу професійної діяльності. Це є запорукою результативності, включення їх в активну дільність, є умовою творчості, створення нового, самовдосконалення, швидкої адаптації в постійних змінах і варіативності ситуацій виконаної ними діяльності. Емоційний інтелект має ключове значення для розвитку і формування професійної свідомості, оскільки основою професійної рефлексіх та самоаналізу є поєднання власне діяльності у професійній сфері і емоційних переживань індивіда.

Високий емоційний інтелект виступає регулятором емоцій і розуму, дає можливість відчути відповідальність за своє життя і свої рішення, усвідомити власні потреби та мотиви поведінки. Корегуюча функція емоційного інтелекту розширює можливості вибору в тому числі зміни чи повної відмови від попередніх рішень, стратегій у житті та стилів у професійній діяльності.

Висновки до І розділу

Специфічне значення комунікативних здібностей щодо комунікативної діяльності виявляється в наступному: включення

комунікативних здібностей в комунікативну діяльність індивіда означає якісну зміну протікання останньої. Комунікативні здібності не просто виявляються в комунікативній діяльності, а керують нею таким чином, що вся подальша комунікативна діяльність стає іншою, тобто відбувається переструктуризація комунікативної діяльності відповідно до індивідуальних цілей і індивідуальних особливостей особистості.

Емоційний інтелект має ключове значення для розвитку і формування професійної свідомості, оскільки основою професійної рефлексіх та самоаналізу є поєднання власне діяльності у професійній сфері і емоційних переживань індивіда.

Високий емоційний інтелект виступає регулятором емоцій і розуму, дає можливість відчути відповідальність за своє життя і свої рішення, усвідомити власні потреби та мотиви поведінки. Корегуюча функція емоційного інтелекту розширює можливості вибору в тому числі зміни чи повної відмови від попередніх рішень, стратегій у житті та стилів у професійній діяльності.

РОЗДІЛ II. СТРЕС, ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЙНИХ МЕХАНІЗМІВ ОСОБИСТОСТІ

2.1. Професійний стрес в медичних професіях

Професійний стрес – це напружений стан працівника, який виникає під впливом емоційно-негативних і екстремальних факторів, пов’язаних з виконуваною професійною діяльністю. Професійні стреси негативно впливають на ефективність професійної діяльності суб’єктів праці. Вчені намагаються знайти ефективні засоби підвищення стресостійкості суб'єктів праці, а також визначити шляхи підвищення ефективності праці. В умовах реформування медичної галузі України важливо, щоб кожен працівник розумів природу професійного стресу, мав достатній рівень стресостійкості.

При класифікації професійних стрес-факторів, зокрема у професійній діяльності медичних працівників, актуальною є проблема стрес-факторів, що викликають професійний стрес у медичних працівників

У вивченні особливостей стресостійкості медичних працівників в умовах реформування медичної галузі потрібно звернути увагу на те, що в перехідний період реформування медичної галузі з появою нових специфічних стрес-факторів вплив дистрес-факторів може провокувати зниження працездатності, погіршення якісних та кількісних показників роботи, зниження адаптація тіла та психологічного та емоційного функціонування організму. Об’єктивно, адаптаційні можливості суб'єктів праці зменшуються, а також спричиняють симптоми тривалого професійного стресу [4].

Без перебільшення слід сказати, що ситуації, коли лікуючи інших, медичні працівники «згорають» самі, трапляються дуже часто. Термін «професійний стрес» використовується вченими для узагальнення понять «робочий стрес», «трудовий стрес», «виробничий стрес», «організаційний стрес» та ін. Можна сформувати визначення; професійний стрес як напружений стан суб’єкта праці, який виникає під впливом на нього

емоційно-негативних або екстремальних факторів, пов’язаних з виконуваною професійною діяльністю. Слід зазначити, що ряд авторів , зокрема К. Руднєва, Є. Кучеренко, досліджуючи переживання стресу медичними працівниками багатопрофільної лікарні, вважають, що «професійний стрес є наслідком не лише безпосереднього виконання професійних обов’язків різної складності, а й залежить від цілісного досвіду особистої діяльності поза роботою» [37].

Професійний стрес виникає внаслідок факторів професійного стресу. Усі фактори стресу є потенційними стресорами, а не факторами, які автоматично викликають стрес. Суб'єкти праці реагують на професійний стрес чуйно або толерантно. За результатами теоретичного дослідження факторів стресу основні стрес-фактори (стресори) можна розділити на чотири категорії

Зовнішньо-економічні фактори; політичні фактори; взаємодія з державними структурами; конкурентне середовище; постачальники ресурсів; споживачі; критичні життєві події; сімейні обставини

Організаційно-адміністративна організаційна структура; організаційні процеси, цілі діяльності; система управління в організації; зміст адміністративної роботи; засоби адміністративної роботи; соціально-психологічні умови організації; міжособистісна взаємодія; фактори виробничого середовища; організаційні зміни; екстремальні умови.

Зміст праці, обсяг роботи (навантаження); засоби праці; фізико-хімічні та технічні умови праці; соціальні умови

Особисті фізичні та фізіологічні характеристики; соціально-психологічні характеристики; індивідуально-психологічні особливості; морально-етичний; професійний

Зокрема, серед факторів стресу, які найбільше впливають на медичний персонал, виділяють такі види: контакт з хворими та їх родичами; нерегулярний режим роботи, що негативно впливає на адаптаційні можливості організму; постійний контакт з проблемами і болем інших людей, що викликають негативні емоції, що несуть негативну енергетику; жорсткі вимоги до професійної компетентності лікаря; відповідальність за

життя і здоров'я інших людей; робоче середовище; заробітна плата лікарів і медсестер тощо [21].

Ситуацій, які можуть мати стресовий характер: шкідливе оточення, потреба в прискореній обробці інформації, свідома погроза; порушення фізіологічних функцій; внаслідок хвороби, безсоння, замкнутість, ізоляція, груповий тиск, остракізм переслідування, прояв безсилля, нездатність змінити ситуацію, необхідність особливо відповідальних рішень, швидка зміна стратегія поведінки або відсутність контролю над подіями [31-32].

Фактори, що можуть спричинити розвиток професійного вигорання, і виділили сім основних з них: низький рівень матеріальної мотивації, стресовий характер професійного спілкування, незадоволеність умовами праці на робочому місці, стать частіше жінки, активність частіше психіатри, хірурги, рівень особистісної тривожності, рівень стійкості до стресу.

Слід зазначити, що основними факторами стресу в сестринській роботі є: несприятливі прогнози пацієнтів; страждання пацієнтів; горе пов'язане зі смертю та смертю пацієнтів; неприємні професійні завдання; неадекватна підготовка медичних сестер для вирішення емоційних потреб пацієнтів та їхніх родин; фізичні, психологічні, когнітивні та поведінкові реакції пацієнтів на термінальній стадії захворювання.

Таким чином, серед соціально-психологічних факторів професійно-особистісних деформацій та негативного впливу професійного стресу у представників професій груп ризику можна виділити наступні:

1) соціально-психологічні фактори: соціально-специфічний досвід екстремальної професійної діяльності, її параметри: характер, інтенсивність, безперервність-періодичність, тривалість та стійкість. Міжособистісні контакти в екстремальних умовах професійної діяльності.

2) соціально-сімейні фактори;

3) професійні фактори: досвід професійної діяльності та спеціальна професійна освіта;

4) суб’єктивні фактори: механізми психологічного захисту, схильність до психосоціальних розладів, підвищене почуття провини, особистісна тривожність.

Для об’єктивності можна визначити стресові фактори, що впливають на медичних працівників, аналізуючи домінуючу діяльність, особистісні якості, інтереси та схильності, що перешкоджають успішній професійній діяльності. Досить провести аналіз праць, присвячених психографічному опису медичних професій або аналізу професіоногенезу медичних працівників [36].

Важливо, якщо уважно проаналізувати специфіку діяльності медичної сестри, то відповідно до неї можна визначити стресові фактори, які можуть виникнути та впливати на: медичну сестру по догляду особистий вплив пацієнтів, стан здоров’я пацієнтів, лікувальну медичну сестру процедурні стресові фактори), фізіотерапевтичну медична сестра відповідальність за обладнання; моральна відповідальність за пацієнта та правильність лікувальних процедур, медична сестра навантаження при оперативних втручаннях, лаборантська сестра відповідальність за ретельний відбір проб, головна медична сестра, організаційні та комунікативні стресові фактори, патронажна сестра, вплив на пацієнта під час прийому; велика кількість документації; відвідування пацієнтів, а також за аналогією з іншими медичними професіями.

Щоб з’ясувати, які стресові фактори і в якій кількості викликають професійний стрес, було проведено діагностику медичних працівників за методикою На умовах анонімності та добровільності в дослідженні взяли участь 20 медичних працівників. Доцільність використання даної методики обґрунтовується тим, що вона дозволяє визначити: по-перше, чи відчувають респонденти вплив стресових факторів і, по-друге, з’ясувати, які стресори і в якій кількості впливають на респондентів.

Кількісний аналіз отриманих даних показав, що більша половина респондентів відчувають помірний вплив факторів професійного стресу; дві

третіх досліджуваних незначний вплив стресових факторів; і тільки пять відсотків відчувають сильний вплив факторів професійного стресу.

Слід звернути увагу на п'ять основних факторів стресу. Так, серед факторів стресу, які часто впливають на суб’єкти праці, респонденти визнали великий вплив:

1) низька заробітна плата; 2) відсутність ефективного стимулювання оплати праці в роботі; 3) відсутність нормальних умов, необхідних для нормальної роботи; 4) наявність додаткового навантаження в роботі; невідповідність роботи суб’єктів праці своїм службовим обов’язкам; та несправність документообігу, необхідність виконувати непотрібну роботу з паперами відповідно; 5) постановка керівництвом складних професійних завдань та перевищення виконуваних професійних обов’язків над правами – відповідно. Показники кількісного стрес-факторного рангового аналізу часто впливають на суб’єктів праці, провокуючи професійний стрес.

Важливо, якщо уважно проаналізувати специфіку діяльності медичної сестри, то відповідно до неї можна визначити стресові фактори, які можуть виникнути та впливати на: медичну сестру по догляду особистий вплив пацієнтів, стан здоров’я пацієнтів, лікувальну медичну сестру процедурні стресові фактори), фізіотерапевтичну медична сестра відповідальність за обладнання; моральна відповідальність за пацієнта та правильність лікувальних процедур, медична сестра навантаження при оперативних втручаннях, лаборантська сестра відповідальність за ретельний відбір проб, головна медична сестра, організаційні та комунікативні стресові фактори, патронажна сестра, вплив на пацієнта під час прийому; велика кількість документації; відвідування пацієнтів, а також за аналогією з іншими медичними професіями.

2.2 Адаптованість в трудовій діяльності медичного працівника

Професійна діяльність медичного працівника вимагає ґрунтовних тереотичних знань, практичних умінь та навичок, а також розуміти та сприймати людей, гуманно та толерантно поводитись з ними. Від того, наскільки ефективно будуть працювати медичні працівники залежить не лише їх індивідуальний психологічний стан, та якість надання медичних послуг.

Соціальним механізмом включення в трудову діяльність індивіда є адаптація працевників медичної сфери. Адаптованість трудової діяльності медичних працівників полягає у забеспеченні їх трудової поведінки, в забеспеченості адекватними умовами праці, мікрокліматі колективу міжособистісними відносинами в колег при спілкувані тощо.

Багатьма зарубіжними та вітчизняними психологами розроблялась питання стосовно трудової адаптації особистості. Соціальна адаптація – це процес пристосування людини до існування у соціумі відповідно до соціальних вимог, власних потреб, мотивів та інтересів; це процес ефективної взаємодії особи з соціальним середовищем [7].

Вона проявляється у активному процесі пристосування індивіда до умов сопільного середовища соціума з метою покращення умов індивідуального функціонування і розвитку [17]. Термін «адаптація» означає перебудову психіки індивіда під впливом об'єктивних чинників зовнішнього середовища, а також здатність людини пристосовуватися до різних умов середовища без відчуття внутрішнього дискомфорту та без конфлікту з середовищем.

Ефективна адаптація працівників у організації є процесом пристосування особистості до змісту та умов діяльності на робочому місці, допомагає налагодити міжособистісні відносини [23].

Виокремлюють такі види адаптації

1. Внутрішня адаптація. Спрямована на розв'язання внутрішніх особистісних конфліктів; постає процесом координації фізичної діяльності особистості відповідно індивідуальних потреб.

2. Зовнішня адаптація. Процес пристосування особистості до зовнішніх умов та об'єктивних проблемних ситуацій. Адаптаційна модель поведінки може бути зі збереженням проблемної ситуації або з її розв'язанням, усуненням.

Також розрізняють первинну та вторинну адаптацію [24]:

1. Первинна адаптація – це пристосування молодих працівників, які не мають досвіду професійної діяльності, насамперед, випускники навчальних закладів.

2. Вторинна адаптація – це пристосування працівників, які вже мають трудовий досвід (як правило, це ті працівники, які змінюють сферу діяльності та професійну роль, наприклад, при кар'єрному зростанні.

Етап ознайомлення ознайомлення з ситуацією; етап пристосування; поступове звикання, засвоєння стереотипів; етап асиміляції повне пристосування до середовища; етап ідентифікації ототожнення особистісних цілей з цілями колективу.

Адаптація працівників, особливо лікарів, до трудової діяльності здійснюється у декілька етапів: первинна адаптація, період стабілізації, можлива варіант дезадаптації, вторинна адаптація, відбувається коли змінюється вид діяльності, перехід в інше відділення, зміна місця роботи, перекваліфікація на іншу спеціалізацію. Кожен з цих етапів може показати співвідношення поведінкових ресурсів суб'єкта праці та вимог зовнішнього середовища, стану енергетичних, інформаційних ресурсів [29].

Професійна адаптація є важливою складовою системи підготовки кадрів. Кожна окрема професія має певні вимоги, та стандарти які впливають в подальшому на організацію життя особистості. У процесі трудової діяльності людина зосереджується на професії, що опановується, її психологічному та професійному аспектах. Що займає більшу частину свідомих процесів які протікають в психіці працівника.

Трудова адаптація – це важливий процес формування, та пристосування особистісних, енергетичних, інформаційних, операційно логічних стратегій та структур і систем суб'єкта праці до особливостей трудової діяльності завдань формування ефективного варіанту

саморегуляції на етапах професійного шляху. Адаптація професійного спрямування проявляється у формі фізіологічних виробничих, психологічних і соціальних чинників регуляції адаптаційних процесів. Характерне підвищення ефективності якості та безпеки праці, формування самостійності в межах професійної діяльності та застосування творчого підходу у роботі [31].

Адаптація проявляється у підвищенні функціональної стабільності, емоційній стійкості до впливу несприятливих чинників професійної діяльності, в адекватному прийняті емоційних переживань професійних невдач та успіхів. Соціальна адаптація проявляється у процесах ухвалення та засвоєння норм поведінки, властивих для конкретної організації в якій працює суб'єкт і своєї соціальної ролі у групі[19].

Можна виділити такі стратегії професійної адаптації медичних працівників:

– конформна: відображає намагання спеціаліста прийняти норми професійного середовища, користуючись порадами та рекомендаціями керівників і колег, досягати взаєморозуміння в міжособистісних стосунках тощо;

– творча: передбачає пошук досконаліших форм роботи, врегулювання трудових операцій, відображає прагнення особистості до самостійності.

Самооцінка лікарів займає важливе місце серед психологічних механізмів адаптації. Завищенна самооцінка може спричинити перооцінку власного впливу на процес трудової діяльності, провокує постановку цілей, що перевищують можливості, заниженна самооцінка викликає не рішучість, пасивність, страх відповідальності, може виявлятись причиною уповільнення робочого процесу при досягненні цілей. Результатом неадекватної самооцінки в обох випадках є недостатня професійна адаптація до праці та неповна реалізація можливостей людини у професійній діяльності [11].

Процес трудової адаптації медичних працівників передбачає наявність таких трьох етапів.

1. Орієнтаційно-пізнавальний етап: цей період молодий працівник ознайомлюється з соціальним середовищем, з колективом, з умовами та змістом праці. Медичний працівник отримує інформацію про нову ситуацію в загальному контексті, про критерії оцінки різних дій, про еталони, норми поведінки. На цьому етапі формуються нові навички, які дають можливість ефективніше виконувати професійні обов'язки [30].

2. Етап пристосування: на цьому етапі медичний працівник удосконалює професійну майстерність, досвід у соціальній комунікації, ухвалює остаточне рішення про приналежність до професії, в колектив. Особистість переформатовується, визнаючи основні елементи нової системи цінностей, водночас приймаючи установки, що набуваються.

3. Ідентифікаційний етап: на цьому етапі відбувається удосконалення професійних якостей медичного працівника. Стабілізується статус працівника у колективі, в організації. Особистість починає усвідомлювати приналежність до групи. Ідентифікація – це ототожнення особистісних завдань і мотивів діяльності працівника із завданнями організації. У результаті працівник більш якісно виконує професійні обов'язки, зменшується кількість та рівень стресів [33].

Таким чином, професійна адаптація медичних працівників виступає соціальним механізмом включення індивіда в трудову діяльність. Адаптованість медичного працівника до конкретної робочої ситуації проявляється в його трудовій поведінці, в задоволеності умовами праці, стосунками у колективі.

Ознаками високого рівня професійної адаптації є адекватне емоційне сприйняття особистістю умов діяльності, адекватна оцінка власних сил та можливостей у складних ситуаціях, можливість свідомо керувати своїми емоціями з високим рівнем саморегуляції, рішучість, упевненість, дисциплінованість, організованість, самоконтроль тощо [38].

Професійна адаптація для медичних працівників є надзвичайно важливою.

У лікарів та медичних сестер, поступово розвивається емоційна опірність, в зв’язку з початком професійної діяльності дуже емоційно

переживали всі складні професійні ситуації, спостерігали страждання, смерть хворих, операції, прояви психічних захворювань тощо. Емоційна опірність проявляється при взаємодії з важкими хворими, в ситуаціях складного та психологічно напруженої аьмосфери. Існує досить велика кількість хворих з хронічними невиліковними захворюваннями, які відповідно мають депресивно-меланхолічний настрій який відображається на спілкувані з медичним персоналом, та носить свій відбиток на загальний лікувальний процес. У такому випадку медичні працівники фізично та емоційно виснажуються. Саме у цей період організм і психіка виробляють копінг стратегії захисту, що допомагає справлятися з психотравмуючими ситуаціями.

Мотивація діяльності медичних працівників з високим рівнем адаптації спрямовується на забезпечення максимальної турботи про пацієнтів. Такі працівники намагаються залучати усі свої ресурси, уміння та навички для забезпечення як умога ефективної діяльності. Вони керуються бажанням за будь-яких умов намагатися допомагати пацієнтам, що сприяє виявленню у них ентузіазму, ініціативи, розкутості та щирості. Медичні працівники з високим рівнем адаптації характеризує відвертість у своїх висловлюваннях, водночас, вони враховують і позицію пацієнтів. У них досить сильно розвинена емпатія, враховувати їх потреби людей, вони здатні розуміти. Такі медичні працівники достатньо добре пристосувалися до роботи у сфері охорони здоров'я [50].

Незважаючи на наявність багатьох дезорганізуючих чинників виконання трудової діяльності, вони успішно з нею справляються. Можна стверджувати, що цим людям подобається і їх задовольняє робота. У них переважає якісне виконання покладених на них обов'язків, рівень трудової дисципліни в діяльності знаходиться на високому рівні, проявляється професійна стійкість, можна помітити високий рівень задоволеності працею, зв'язками та стосунками з керівництвом та колегами, пацієнтами лікарні. Такі медичні працівник адекватно сприймають труднощі професійної діяльності

та намагаються ефективно їх вирішувати, у них проявляється менший рівень стресів та емоційних розладів [28].

Прагнуть до успіху в організації задля досягнення у ній гарного статусу, набуття авторитету медичні працівники з середнім рівнем адаптації. Вони здатні до активної та дієвої співпраці з колегами, приймають загальні норми та правила, які діють в організаційній структурі. Але в таких працівників часто присутнє відчуття тривоги, що може впливати на адаптованість до професійної діяльності. Вагомими показниками зниження адаптації у медичних працівників є виникнення почуття невпевненості у власних силах, страх зробити помилку [25].

У роботі зазначений тип працівників характеризується швидким реагуванням. Однак такі медичні працівники здебільшого консервативні, часто діють шаблоним методами відповідно до свого типу та стилю мислення. Це нерідко призводить до погіршення адаптації до нових умов, ситуацій. Такі медичні працівники прагнуть застосовувати лише ті методи діяльності, які дають гарні результати, привели до видужування хворих. Водночас, нові аспекти діяльності їм важко використовувати. Стосовно медичних працівників з низьким рівнем адаптації можна пов'язувати з такими емоційними реакціями на ситуацію як депресія, фрустрація,тривожність, негативне самопочуття. Вони надзвичайно болісно сприймають усі негативи прояви в професії. Часто вони знаходять причину в своїй не досконалій поведінці, звинувачують себе у можливих невдачах, намагаються у всьому перестраховуватися [9].

Низька адаптація може виникнути внаслідок короткочасних і сильних впливів середовища на працівників або під дією менш інтенсивних, але тривалих впливів. Вона виявляється у різного роду проявах порушеннях діяльності: у зниженні продуктивності праці та її якості, у порушеннях дисципліни праці, в пересторогах заподіяти шкоду. Часто у таких медичних працівників спостерігаються ознаки стресів, а також депресивні розлади.

Результати дослідження вказують на те, що у медичних працівників з низьким рівнем адаптації проявляються певні складнощі при входженні у

трудовий колектив, знижується рівень організованості на робочому місці, виникають комунікативні бар'єри у спілкуванні з колегами та пацієнтами, існують певні проблеми у взаємовідносинах з колегами та пацієнтами, нерідко домінує поганий настрій, спостерігається порушення трудової дисципліни тощо. Вони важко пристосовуються до нових умов діяльності або нововведень у трудовому колективі.

Причинами зниження адаптованості можуть виявлятись зміни у самій діяльності, так і у підвищенні вимог діяльності до медичного працівника. виснаження, яке є характерним для багатьох медичних працівників, зазвичай негативно проявляється в їх діяльності, не дає можливості ефективно опановувати нові форми та методи діяльності [15].

Медичні працівники з низьким рівнем адаптації намагаються не викликати до себе зайвої уваги. Таким працівникам досить часто властиві відсутність інтересу до подій, пасивність, байдужість. Іноді, демонструючи заклопотаність справами, медичні працівники все-таки тримаються на певній дистанції від ухвалення остаточних рішень і намагаються будь-що консультуватися з більш впевненими у своїх діях колегами.

Адаптація виступає важливою складовою в ефективності комунікативної взаємодії між колегами та пацієнтами. Та створює підґрунтя для розвитку професійного зростання професіоналізму.

2.3. Професійні деформації в лікарській діяльності та вплив на комунікативні здібності

Тривале здійснення лікарем професійної діяльності приводить, окрім удосконалення практичних навиків та клінічного способу мислення, до формування стійких психологічних змін, що стосуються особистості та поведінки. Особливо високий ризик формування деформацій, коли психологічна структура професійної діяльності накладається на

індивідуально-психологічні особливості особистості (професійно-типологічна деформація).

Професійна деформація виявляється в декількох аспектах [8]:

1. Зміни в сфері професійної діяльності, що зв'язані зі зміною концепції і мотивів своєї професійної діяльності і знижують її ефективність;
2. Зміни в міжособистісній сфері, зв'язані з переносом специфічних професійних дій і установок на поводження поза роботою;
3. Зміни у внутрішньоособистісній сфері, зв'язані з застосуванням професійних навичок до самого себе.

Зміни в сфері професійної діяльності, що зв'язані зі зміною концепції і мотивів своєї професійної діяльності і знижують її ефективність:
поява негнучких стереотипів діяльності в спілкуванні з пацієнтами, виборі методів лікування і т.д., переконаність у власній правоті у всіх випадках;
ставлення до пацієнта не як до особистості, а як до носія хвороби «Сьогодні була така цікава шизофренія» або як засобу самоствердження, заробітку, наклеювання на клієнтів ярликів; професійний цинізм, формальне виконання своїх обов'язків або навпаки підвищена відповідальність і професійний ентузіазм. Зміни в міжособистісній сфері, зв'язані з переносом специфічних професійних дій і установок на поводження поза роботою):

При перевазі директивності в стилі професійного поводження лікаря владність у відносинах з людьми поза роботою, відчуття власної переваги; виконання ролі «усе відаючого», «керуючого чужими долями», надлишкове і гнітюче почуття професійної відповідальності поза кабінетом, готовність завжди прийти на допомогу навколишнім, жертвуючи особистими інтересами; самозвинувачення при нездатності з якихось причин надати цю допомогу; навмисний або несвідомий пошук пацієнтів поза діловою сферою, прагнення давати поради з приводу діагностики і лікування; прагнення застосовувати свої знання в побуті для пояснення повсякденних подій «це – симптом хвороби», «це – результат стресу», «це – перенос»); надлишкова толерантність, безоцінне ставлення до навколишніх, особливо характерні для психологів і психіатрів звикаючи до дотримання деонтологічних принципів

спілкування з пацієнтами, лікар і медсестри можуть стати неадаптивно терпимими до вчинків навколишніх [25].

Зміни у внутрішньоособистісній сфері, зв'язані з застосуванням професійних навичок до самого себе: схильність до постійного самоспостереження і зіставлення своєї психічної і соматичної діяльності з ідеальною нормою з метою самодіагностики і "своєчасної самокорекції"; для психологів і психіатрів – схильність до раціоналізації своїх проблем, пошуку психологічних пояснень подій власного життя [22;17].

Виникнення професійної деформації в лікарів і психологів може бути зв'язане з наступними факторами: поділ праці і вузька спеціалізація, що ведуть до появи ригідних стереотипів діяльності; тривале виконання ролі лікаря/психолога, що приводить до «зрощення з маскою»; розбіжність чекань щодо професійної діяльності з реальністю невдачі, невдячність пацієнтів і т.д.; специфіка найближчого оточення – лікар і особливо психолог постійно мають справу з великою кількістю важких життєвих ситуацій, спілкуються з носіями психологічних проблем.

Останнє з одного боку може призвести, до вживання різною мірою, у залежності від наукової школи, до якої вони належать у психологічний стан пацієнтів. А з іншого боку, до розвитку здатності до «незалучення» у переживання пацієнтів, відстороненого до них ставлення [33].

Термін «вигоряння» («burnout») запропонував американський психіатр Г. Фройденбергер у 1973 р. для позначення виникаючих у фахівців в області охорони здоров'я «станів утоми або фрустрації, викликаних прихильністю до певного способу життя або відносин, що виявилися нездатні принести очікувану винагороду». Згодом пропонувалися й інші визначення даного явища, найбільш популярним з яких став його опис як синдрому емоційного вигоряння, що включає емоційне виснаження, деперсоналізацію і падіння особистої ефективності. В даний час рядом авторів термін «вигоряння» трактується широко і включає відповідні психоемоційні реакції в спортсменів, чоловіка і жінки, батьків. Разом з тим, більшість дослідників говорять про вигоряння тільки стосовно професійної діяльності типу

«людина-людина», вважаючи синдром емоційного вигорання одним з видів професійної деформації.

Феномен вигорання актуальна проблема у сфері діяльності, пов'язаної із взаємодією у системі «людина – людина». Фахова робота медичних працівників відноситься до допомагаючих професій, в якій контакти між людьми є дуже тісними та вагомими. Високі вимоги до кваліфікації та результатів праці, постійна взаємодія з людьми у стані фізичного та психічного стресу, спричиняють вигорання спеціалістів у сфері охорони здоров'я. Зміни, спричинені вигоранням, мають несприятливі наслідки для здоров'я та професійної діяльності спеціалістів, що обумовлює потребу у підтримці та забезпеченні медиків необхідними знаннями та вміннями протидіяти професійному стресу, зберігати його здоров'я та кваліфіковані кадри у системі охорони здоров'я [27].

Вигорання – це довготермінова стресова реакція, що виникає в результаті впливу на людину професійних стресів середньої інтенсивності, супроводжується фізичним, емоційним чи мотиваційним виснаженням, та є певним типом реагування на хронічний професійний стрес, який дозволяє людині дозувати та економити енергетичні ресурси.

Вигорання формується як стрес-реакція у відповідь на жорсткі виробничі та емоційні вимоги, які витікають з надмірної включеності людини до своєї роботи та зменшенням часу на сімейне життя та відпочинок.

Вигорання характеризується порушенням продуктивності в роботі, втомою, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю та інших психоактивних речовин з метою отримати тимчасове полегшення, що має тенденцію до розвитку фізичної залежності та суїцидальної поведінки. Таким чином, виникаючі соматичні та психологічні зміни мають несприятливі наслідки для здоров'я та професійної діяльності спеціаліста. В МКХ – 10 «синдром вигорання» виділений в окремий діагностичний таксон – Z 73 «проблеми, пов'язані з труднощами керування своїм життям» та кодується Z 73.0 – «вигорання».

Джерела професійного стресу та фактори емоційного вигорання

У роботі медичного працівника виділяють наступні джерела стресу: організаційний, ситуаційний загальний та специфічний, особистісний [18].

До загального ситуаційного відносять необхідність у розширеній базі знань, необхідність взаємодії з критично налаштованими хворими, наявність різноманіття етичних моментів, відсутність або слабкість служби з надання психологічної підтримки, до специфічного – брак досвіду, тягар важкої роботи, комунікативні проблеми серед персоналу та у спілкуванні з пацієнтами та членами їх родини, висока смертність серед пацієнтів відділення.

Особистісними джерелами стресу є невміння долати труднощі, низький соціально-економічний статус, психічні розлади, зловживання алкоголем, психоактивними речовинами, наявність сімейної чи особистісної кризи, конфлікти з персоналом або пацієнтом, смерть пацієнта, з яким встановилися тісні зв'язки, початок роботи в новому відділенні, відсутність достатньої кількості вільного часу.

Численні дослідження факторів, що впливають на вигорання, не дають вичерпної відповіді на питання про те, що ж є головним у виникненні цього явища. Вирішення даного питання є актуальним для організації заходів по запобіганню емоційного вигорання. Яке розглядається як екологічна дисфункція, викликана інтегральною взаємодією особистісних факторів і факторів навколишнього середовища. Основна ідея підходу, запропонованого C. Maslach і M. Leiter, полягає в тому, що вигоряння – результат невідповідності між особистістю та роботою [53]. Збільшення цієї невідповідності підвищує ймовірність виникнення вигоряння.

Сферами невідповідності є:

1. Невідповідність між вимогами до робітника та його ресурсами. Основним є пред'явлення завищених вимог до особистості та її можливостей.
2. Невідповідність між прагненням працівника мати більшу самостійність у прийнятті рішень стосовно своєї роботи, способи досягнення результату та жорсткою позицією керівництва в організації виробничого процесу.

3. Невідповідність роботи та особистості з приводу відсутності винагороди, що переживається як невизнання її праці.

4. Невідповіднсть особистості та роботи в аспекті втрати відчуття позитивної взаємодії з колегами.

5. Невідповідність між особистістю та роботою, які можуть виникати при відсутності уявлення щодо справедливості на роботі. Справедливість забезпечує визнання та закріплює самооцінку співробітника.

6. Невідповідність між етичними принципами та принципами особистості і вимогами роботи.

Медичний персонал в цілому на емоційному рівні переживання постійно має справу зі смертю. Вона може виступати у трьох формах: реальна – недоцільність реанімаційних заходів, смерть в машині швидкої допомоги, інше; потенційна, коли від результатів дій лікарня або медичної сестри, їх професіоналізму залежить здоров'я та життя людини; фантомна – в її вигляді виступають скарги на стан здоров'я тривожного хворого, страх хронічного пацієнта, взаємовідносини з родичами тяжкохворих, уявлення про смерть у суспільній свідомості.

Аналіз причин виникнення синдрому емоційного вигорання дозволив виділити особистісні і ситуаційні, зв'язані з умовами професійної діяльності фактори формування даного синдрому [34].

До першої групи належать: деякі риси особистості люди неспокійні, імпульсивні, чуттєві, емпатичні, схильні до інтроверсії і нейротизму, стримані в міжособистісних контактах, екстернали, що мають гуманістичну життєву установку, схильні ототожнюватися з іншими, більше піддані цьому синдромові, особливо якщо умови праці і специфіка професійної діяльності не відповідають зазначеним особистісним особливостям індивіда; типові механізми копінг-поведінки уникання, схильність до поведінки типу А; завищені очікування стосовно змісту і результативності своєї роботи; нерозв'язані особистісні конфлікти, особистісна незрілість лікаря[32].

До типових для людини непроблених особистісних якостей, що ведуть до емоційного вигорання, можна віднести: незадоволене

честолюбство й егоїзм – професіонал, що має такі риси, прагне допомогти людям не заради них самих, а заради одержання задоволення від своєї влади. Коли психологічна установка «я можу те, чого не можуть інші: я бачу людей наскрізь, я можу ними керувати» зіштовхується з установкою пацієнта «він мені допоможе, він вирішить мої проблеми», деформується самосприйняття професіонала, у нього виникає ілюзорне відчуття власної могутності. Руйнування цих ілюзій, що відбувається при зіткненні з життєвими реаліями, може супроводжуватися синдромом емоційного вигоряння. Школа екзистенціальної психології постулює, що людині, що зазнає вигоряння, бракує екзистенціального сенсу стосовно своєї роботи – завдяки роботі вони не реалізують себе, а намагаються домогтися влади, добробуту, слави й інших цілей; перфекціонізм та інтернальність в області невдач формують страх помилитися і приводять до постійної перенапруги; емоційна ригідність – емоційно стримана, уразлива людина, чиї емоції довго не вгасають, украй чуттєва до збереження свого престижу, до дійсних або мнимих несправедливостей; якщо значимість таких людей не буде підтверджуватися, вони схильні до розвитку синдрому емоційного вигорання; генералізована професійна ідентичність ототожнення себе з професійною діяльністю спонукує індивіда відчувати себе лікарем не тільки на робочому місці, але й у спілкуванні з родиною і друзями, і може привести як до вигорання, так і до порушень у міжособистісних відносинах; прагнення до самопожертви [12].

Соціально-демографічні характеристики індивіда – вік, родинний стан, освіта. Щодо віку виявлено, що вигорання більш виражене у молодих спеціалістів 20 – 30 років та осіб старше 50 років. Схильність юних спеціалістів до вигорання пояснюють емоційним шоком, який вони переживають при зіткненні з реальністю професії, що йде в розріз з їх очікуваннями та уявленнями. Тоді як у спеціалістів старшого віку, вигорання пов’язано з рівнем задоволеності своїми професійними здобутками.

У цілому у спеціалістів зі збільшенням стажу спостерігається тенденція до зменшення ризику вигорання в наслідок набування навиків адаптації до своєї роботи.

Високими є ризики вигорання як у висококваліфікованих спеціалістів, так і низькокваліфікованих. В першому випадку вигорання пов'язане з високим рівнем домагань, у другому – неможливістю повноцінно самоствердитися та реалізуватися.

У більшості досліджень відмічено, що більш схильними до вигорання є жінки в наслідок високих робочих перевантажень та поєднання професійних обов’язків з домашніми справами і сімейними обов’язками. Однак у ряді професій вищими є рівні вигорання у чоловіків, в особливості таких, що потребують прояву чоловічих якостей фізичної сили, відваги, стриманості, досягнень[21].

Щодо сімейного стану у неодружених ризик вигорання є більшим. Родина у більшості випадків виступає ресурсом підтримки та допомоги.

Друга група факторів виникнення синдрому емоційного вигорання пов'язана з умовами професійної діяльності. Професія лікаря всі частіше сприймається як сприятлива погіршенню соматичного і психічного здоров'я, зниженню стійкості шлюбів, розвитку схильності до вживання психоактивних речовин. Наркоманія в британських лікарів зустрічається в 30 разів частіше, ніж у середньому в іншого населення, а самогубства – у 2-3 рази частіше, ніж в інших професіоналів. Відповідно до вітчизняної статистики, лікарі вмирають на 10-20 років раніш своїх пацієнтів.

До другої групи причин виникнення синдрому емоційного вигорання відносяться: хронічно напружений характер діяльності, інтенсивне спілкування і великий обсяг діагностичних та терапевтичних заходів, що фахівець зобов'язаний провести; зокрема виявлена залежність між тривалістю робочого тижня і ризиком формування емоційного виснаження), а також понаднормовою роботою; дестабілізуюча організація діяльності – монотонний характер роботи, сувора регламентація часу і порядку її виконання, велика кількість бюрократичних процедур, неможливість самостійно приймати рішення; нечітка організація і планування праці, нестача устаткування, відсутність умов для самовираження особистості, професійного росту; невідповідність обсягів фінансування охорони здоров'я

вимогам до обсягу діагностичних і лікувальних заходів, що зобов'язаний провести лікар; відсутність комфортних умов на робочому місці; психологічно важкий контингент, з яким має справу професіонал – вкладання в роботу великих особистісних ресурсів при недостатньо ефективних результатах прослідковується особливо – при роботі з безнадійними пацієнтами, ризик прийняття на себе проблем пацієнта, «зараження» ними; ризик адміністративних санкцій і юридичного переслідування в зв'язку з помилками в професійній діяльності, неправильним заповненням медичної документації; несприятлива психологічна атмосфера – напруженість і конфлікти в професійному середовищі у першу чергу – з керівництвом, його зайвий критицизм, недостатня підтримка з боку колег, недостатні повноваження в роботі; недостатня винагорода, особливо сприймана як порушення соціальної справедливості; сімейні проблеми, а також відсутність психологічної підтримки в родині, недостатнє розуміння близькими специфіки професії лікаря [22]. Є дані про більшу схильність до синдрому емоційного вигорання лікарів і психологів, що працюють у державній охороні здоров'я, у порівнянні з тими, хто займається приватною практикою.

Дослідження рівня інтересу до професійної діяльності серед студентів медичних вузів і лікарів в Україні показало, що в студентів інтерес до професії лікаря починає вірогідно зменшуватися, починаючи з третього року навчання. Слід зазначити, що серед тих, хто перед надходженням у вуз працював у лікувальних установах, частка таких, що втратили інтерес до професії, нижче, ніж серед тих, хто з професією лікаря знайомився лише теоретично [42].

Дослідження інтересу до діяльності в лікарів з різним стажем виявило, що він вірогідно знижується вже з другого року самостійної професійної діяльності. Після 15 років роботи стійкий інтерес до лікувальної практики відсутній у 18,6% лікарів. Серед основних факторів, що обумовлюють таку ситуацію, називаються помилки у виборі професії й у професійній діяльності, а також низьку престижність спеціальності в суспільстві, її економічний статус.

Синдром вигорання має складку багатогранну структуру, що включає наявність компонентів, фаз та груп симптомів. Основними компонентами вигорання виступають в емоційній сфері – емоційне виснаження, в когнітивній – деперсоналізація, мотиваційно-вольовій – оцінка особистісних досягнень [45]. Емоційне виснаження відображає почуття емоційної спустошеності й утоми, викликане власною роботою.

Деперсоналізація включає дистанціювання та розвиток негативного ставлення до своїх колег і пацієнтів. Оцінка особистісних досягнень віддзеркалює самооцінку продуктивності, ефективності, досягнень спеціаліста у професійній діяльності, або виникнення почуття некомпетентності у своїй професійній сфері, усвідомлення неуспіху в ній. Залишається відкритим питання про динамічний причинно-наслідковий взаємозв'язок трьох вищезгаданих компонентів синдрому емоційного вигорання. Одними авторами первинною патогенетичною ланкою називається почуття зниження особистої ефективності й емоційне виснаження, а деперсоналізація – копінг-механізмом. На думку інших, синдром емоційного вигорання починається з деперсоналізації, наслідком якої стають низька особиста ефективність, а потім – емоційне виснаження. Треті вважають, що емоційне виснаження відкриває шлях деперсоналіза-ції, що, у свою чергу, приводить до низької особистої продуктивності в роботі.

Вигорання – це динамічний поетапний процес, який розвивається у часі під впливом надмірного та тривалого стресу на роботі. Вигорання проходить ряд послідовних фаз: напруження, резистенції та виснаження. Фаза напруження відображає зіткнення з психотравматичними компонентами професії, резистенції описує шляхи пристосування до робочого стресу, що спрямовані на скорочення обов’язків, які пов’язані з емоційними затратами, фаза виснаження свідчить про злам психологічної адаптації та виникнення змін у фізичному стані [34].

Наявність, вираженість та спектр симптомів вигорання залежать від взаємодії специфіки професійної діяльності та персональних особливостей працівника. Спеціалісти з високим адаптаційним ресурсом здатні

пристосуватися до високого рівня професійного стресу, тоді як у робітників з низьким – вигорання може розвиватися і при незначних професійних труднощах.

Професійна адаптація молодого спеціаліста проходить поступово. Для прикладу, у роботі спеціалістів паліативної допомоги має місце період тривалістю від 12 до 24 місяців, який складається із різних стадій, протягом яких професіонали досягають прогресу в удосконаленні навиків догляду за термінальними пацієнтами. Медичний персонал проходить наступні стадії: «становлення інтелекту», «травма/емоційне виживання», «депресія», «емоційне вживання», «глибоке співчуття» [41].

- стадія 1 – «становлення інтелекту» триває перші 3 місяці та характеризується набуттям знань та виникненням сумнівів у правильності вибору медичної професії. Медичні працівники витрачають багато зусиль на пошук професійної інформації, в тому числі щодо питання смерті.
- стадія 2 – «травма/емоційне виживання» триває наступні 3 місяці. Медик переживає психоемоційне занепокоєння, напруження та почуття провини за свій здоровий фізичний стан, в той час як пацієнт помирає;
- стадія 3 – «депресія» також триває 3 місяці та переживається дуже болісно. Медичний працівник усвідомлює масштабність смерті як частини людського життя. Саме на цьому етапі спеціалісти найчастіше покидають паліативну допомогу;
- стадія 4 – «емоційне виживання». Даний етап спеціалісти досягають, коли навчаються справлятися зі страхом смерті та почуттям провини за свій добрий фізичний стан. Депресивний стан проходить, біль втрати, що супроводжує смерть пацієнтів, періодично виникає проте не чинить такого негативного впливу як раніше;
- стадія 5 – «глибоке співчуття». На цій стадії спеціаліст стає здатним на значну професійну самовіддачу, самопізнання, виникає відчуття повної самореалізації, присутнє реальне усвідомлення хвороби і смерті.

Подібна психологічна етапність властива і іншим лікарським спеціальностям, коли молодий спеціаліст зіштовхується з новими вимогами

та має оволодіти не лише суто медичними, але і психологічними компетенціями. Кожен лікар рано чи пізно зіштовхується з втратою пацієнта, інтенсивними емоціями хворого та його сім'ї, коли можливості медицини вичерпані, досягнути «бажаного результату» (вилікувати повністю) неможливо. Паліативну ланку відрізняє те, що медичний працівник опиняється у такій стресовій ситуації одразу. Виокремлюють фізичні, емоційні та психічні симптоми вигорання.До ознак фізичного виснаження відносяться: Хронічне відчуття втоми, слабкість, втрата життєвого тонусу; головні болі напруження, біль у спині, м'язове напруження, гастроінтестинальні та кардіоваскулярні симптоми; порушення сну; сприйнятливість до інфекційних захворювань; підвищену захворюваність та травматизм[27].

Емоційні симптоми представлені: відчуттям пригніченості, тривоги, безпорадності, безнадії; підвищеною напруженістю та конфліктністю у сім'ї; збільшенням частоти та інтенсивності негативних емоцій та зменшенням позитивних.

Психічні прояви включають незадоволення та негативне відношення до себе, роботи та життя в цілому; поведінку, пов'язану з уникненням роботи (прогули, лікарняні листи). Вивчення феномену вигорання є важливим питанням практичної медицини у зв'язку з негативними наслідками для працівників та сфери діяльності в цілому. Профілактика та медико-психологічна допомога при синдромі емоційного вигорання. Висока стресогенність та психотравматичність професійної діяльності в сфері медицини обумовлює потребу у розробці та впровадженні медико-психологічних заходів для медичного персоналу: інформування (психоосвіта) та навчання базовим навикам професійної взаємодії з пацієнтом [44].

З метою запобігання формуванню «емоційного вигорання», а також покращення взаємодії лікаря та пацієнта у 90-і рр. XX ст. почали активно розроблятися напрями роботи з медичним персоналом у вигляді психоосвітніх програм та комунікативних тренінгів. Програми тренування навиків спілкування та закріплюючі семінари тривалістю до 40 годин

сприяють підтриманню отриманих навиків спілкування з пацієнтами на термін більше 2 років. Зазвичай тренінги орієнтовані на навчання основам ефективного слухання, використанні у бесіді відкритих запитань, узагальнень, покращення розпізнавання емоційних сигналів пацієнта, регулювання власного емоційного стану, підвищення емпатійності (співчуття та розуміння). Отримані навики приводить до формування достатнього терапевтичного альянсу з пацієнтом, і як наслідок залученості хворого до процесу лікування – покращенню його психологічної адаптації.

У протидії емоційному вигоранню важливою є роль підвищення рівня поінформованості з питань психології хворого, психології медичного працівника, психології лікувально-діагностичної взаємодії, пропедевтики психічних захворювань.

Основними психологічними компетенціями професійної взаємодії лікарів, які сприяють професійній адаптації є навики: налагодження та підтримання контакту з пацієнтом, достатнього для реалізації основних лікувальних завдань; повідомлення несприятливих новин, тяжкого діагнозу; ведення «переговорів щодо терапії» - вміння у доступній формі донести до хворого важливу інформацію щодо лікування захворювання, мотивувати на терапію, обґрунтовувати зміни лікувальної тактики у відповідності до змін клінічних завдань; рівень поінформованості щодо питань медичної психології та лікувально-діагностичної взаємодії; діагностування порушень психічної діяльності на рівні норма/розлад, а також, орієнтування щодо необхідності залучення спеціаліста з психічного здоров’я та застосування психофармакотерапії; структурування та організація робочого часу; протидії професійному стресу безпечні для здоров’я методи зняття психічної напруги, адаптивний профіль копінгу[4].

Психічні прояви включають незадоволення та негативне відношення до себе, роботи та життя в цілому; поведінку, пов’язану з уникненням роботи (прогули, лікарняні листи). Вивчення феномену вигорання є важливим питанням практичної медицини у зв’язку з негативними наслідками для працівників та сфери діяльності в цілому. Профілактика та медико-

психологічна допомога при синдромі емоційного вигорання. Висока стресогенність та психотравматичність професійної діяльності в сфері медицини обумовлює потребу у розробці та впровадженні медико-психологічних заходів для медичного персоналу: інформування (психоосвіта) та навчання базовим навикам професійної взаємодії з пацієнтом.

Висновок до ІІ розділу

За своєю специфікою професійна діяльність медичного працівника є стресогеною. Високий рівень стресу пов'язаний з рівнем відповідальності який покладають на спеціалістів лікувального процесу в отриманні позитивного результату лікуваня, чи консультації. Виникають випадки коли очікуваний результат не можливо досягти через фізіологічні особливості, ускладнення симптоматики, захворювання пацієнтів, чи інші не контрольовані обставини. Емоційне включення та реагування відображається в психофізіологічних реакція спеціаліста у вигляді занепокоєння, розчаруваня власних силах, чи загального лікувального процесу. Певний тип реакццї притаманий переважно молодим спеціалістам. З отриманям досвіду та накопичиння стресоемоціних переживань відбувається формування захисного механізму, який передбачає емоційне відстороннення від переживань потенційних клієнтів. При різних способів престосування проявляється відповідна стратегія поведінки в професійному спілкувані.

Що відображається на комунікації лікувального процесу, як в позитивну так і негативну сторону. У випадку не ефективної адаптації або повільності процеса зростають ризики винекнення профксійного вигорання.

РОЗДІЛ ІІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАТИВНИХ ЗДІБНОСТЕЙ МЕДИЧНИХ ПРАЦИВНИКІВ

3.1. Аналіз психодіагнотичного інструментарію для визначення комунікативних здібностей медиків

Для збору емпіричного матеріалу та виконання поставленого завдання з даної проблеми нами були використані наступні методики:

Опитувальник «Комунікативних умінь Міхельсона» – для визначення рівня комунікативної компентентності.

Методика діагностики соціально психологічної адаптації К.Роджерса і Р.Даймонда (адаптована Осинським).

Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» А.Г. Наклашова і С.В.Чернятіна.

Тест оцінки комунікативних і організаторських здібностей (КОЗ-2) В.В.Синявського і В.О.Федоришина.

Методика діагностики комунікативної толерантності запропонована В. Бойко

Опитувальник комунікативних умінь Мільхінсона для визначення рівня комунікативної компетентності складається з 27 питань де в кожному питанні, пропонується конкретна соціальна ситуація й п’ять варіантів реагування, де можна обрати лише один варіант з запропонованих, досліджуваний не може пропонувати власний варіант реакції, так як питання до опитувальника чітко регламентовані і є прототипом соціально детермінованих реакцій певного рівня розвитку комунікативних навичок та їх якості вже сформованих основних комунікативних вмінь, потрібно обрати лише одну правильну відповідь, декілька варіантів не допускається. Ідея авторів методики полягає в формуванні п’яти типів комунікативних ситуацій які включають;

- ситуації в яких потрібно позитивно реагувати у відповідь на слова партнера(це запитання 1,2,11,12);

- ситуації в яких досліджуваний має відповідати негативною реакцією на негативні репліки (це запитання 3,4,5,15,23,24);
- ситуації в яких до досліджуваного звертаються з проханням щось зробити або запитанням (це питання 6,10,14,16,17,25);
- ситуація де відбувається бесіда (13,18,19,26,27);
- ситуація яка вимагає застосування емпатії (7,8,9,20,21,22).

Данна методика має наявність ключа за допомогою якого можна визначити наступні характеристики такі як: залежний тип реагування; впевнений тип реагування та агресивний тип реагування. Після підрахунку результату за допомого ключа можна провести диференціацію стосовно того який тип реакції є провідним. Для цього автори методики створили блоки вмінь.

Блок 1 – вміння приймати та проявляти ознаки уваги, компліменти – питання 1,2,11,12.

Блок 2 – реакція на справедливу критику – питання 4,13;

Блок 3 – реакція на не справедливу критику – питання 3,9;

Блок 4 – реакція на провокаційну поведінку співрозмовника, яка може зачепити почуття – питання 5,14,15,23,24;

Блок 5 – вміння звернутись за допомогою – питання 6,16;

Блок 6 – вміння відмовити сказати ні на чуже прохання - питання 10, 17, 25;

Блок 7 – вміння самому проявити співчуття, підтримку – питання 7, 20;

Блок 8 – вміння самому прийняти співчуття, підтримку – питання 8,21;

Блок 9 – вміння встановлювати контакт з іншими особами –питання 18,26;

Блок 10 – вміти відреагувати коли інші намагаються вступити в контакт – питання 19,27.

Описана методика є ефективним інструментарієм для дослідження рівня комунікативної компетентності особистості, методика дає можливість детально та ефективно вивчити даний особистісний критерій.

Наступна методика як була використана для даного дослідження опитувальник розроблений К.Роджерсом та Р.Даймондом для визначеня соціально психологічної адаптації. Методика складається з сто одного

питання ствердження. Вони складені від третьої особи, для того щоб досліджуваного не виникало ефекту прямого ототожнення, і не так швидко чи яскраво проявлялись механізми захисту соціально нормованої поведінки, щоб досліджуваний вказував, реальні емоційні стани та твердження. До кожного питання підібрані шаблоні варіанти оцінювання наскільки дане твердження підходить, особі яка діагностується, данні варіанти оцінені від 0 до 6 балів при підрахунку методики ці бали будуть додаватись. В методиці є 37 питань які за своїм інформаційним сенсом сформовані з твердженнями позитивної адаптації, з аналогічною кількістю твердження які вказують на дезадаптацію, ще 26 за своїм змістом, науковці називають нейтральними, з них 9 питань які діагностують достовірність обраних тверджень. Автори методики відділили 6 інтегральних показників, які дають можливість аналізувати результати. Інтегральний показник адаптивність яка включає два критерія адаптивність та дезадаптивність. За шкалою адаптивності можна виявити рівень пристосування людини зі своїми потребами та прагненнями до суспільства яке функціонує за певних умов та керується певними правилами. Адаптивність ознака успішного функціонування організму в заданих умовах. Вона зазвичай виступає нормою в безпечних умовах та в умовах підвищеного ризику для життя. Дезадаптивність говорить про інфантильність особистості, емоціональної незрілості, що виражається в неефективності пристосувальних реакцій та не успішності діяльності за мірками соціального середовища в якому перебуває людина. Інтегральний показник сприйняття себе також має два критерія прийняття та не прийняття себе. Шкала прийняття себе показує наскільки індивід задоволений особистісними характеристиками та їх прийняттям та у випадку не прийняття. Інтегральний показник прийняття інших має подібний критерії вищевказаного. Інтегральний показник інтернальність – внутрішній та зовнішній контроль. До внутрішнього контролю можна віднести коли досліджуваний бере відповідальність за свої дії поведінку емоційні переживання на себе, та має упередження про відповідальність за події які відбуваються в його житі, як наслідок його власних діянь. Тоді коли

особистість з зовнішнім контролем схильна стверджувати, що події які відбуваються це поза межами його впливу, вони відбуваються стихійно випадково, а емоції, реакції та події це вже обумовлений наслідок. Інтегральний показник емоційний комфорт вмішає в себе критерії емоційний комфорт та дискомфорт. Емоційний комфорт це розуміння своїх емоцій та задоволення від перебування в поточному стані, дискомфорт це незадоволення від переживання емоційного стану. Інтегральний показник прагнення домінування складається з критеріїв домінування та відомість. Домінування це домагання на першість та всезагальне прийняття оточенням та визнання поведінки та діянь найкращим прикладом для наслідування. Відомість це схильність до наслідування, стратегія підпорядковуватись домінуючим особам. Також включений показник достовірності де є також два критерія зі знаком плюс та мінус та єскапізм (ухилення від проблем) відсторонення від поточної проблеми, різними можливими способами. Кожний інтегральний показник обчислюється за формулою де з двох критеріїв вираховується середнє арифметичне, в методиці передбачена шкала градації для кожного показника де від кількості набраних балів залежить до яких якісних показників буде віднесена якісна характеристика яка проявляється в поняттях низький рівень; середній рівень; високий рівень. Результати отримані від методики глибоко розкривають особливості структури адаптаційного процесу до якого враховані такі різноманітні та не схожі за структурою та функціоналом критерії, які формують психологічну структуру особистості в адаптаційних процесах.

Ще одна методика яка входить до змісту дослідження є багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (МЛО-АМ) Автори методики А.Г. Наклашов і С.В.Чернятін зробили великий внесок в розробку діагностичних методик, які призначені діагностувати рівень адаптивності особистості. Вони сформували критерії які опираються на такі соціально психологічні характеристики як комунікативний рівень досліджуваного, психофізіологічна та психічна стійкість особистості, рівень моральної нормативності, допустимості, особистісно адаптаційний потенціал

досліджуваного, та важливий критерій в будь якому досліджені, достовірність проведеної методики. Методика включає в себе сто шістдесят п’ять питань різного характеру. Досліджуваному пропонують оцінити питання, дати свою згоду чи відмовитись від запропонованого питання. Після обрахунку отримаємо шкали характеристик; достовірність; особистісний адаптаційний потенціал;; комунікативні здібності; моральна нормативність, так звані сирі бали. Ці кількісні бали за допомогою таблиці №2 переводимо в показники стін. В таблиці під номером три представлена інтерпретація в таких категоріях.

Рівень адаптаційних здібностей 10-5 (стін) до цієї групи входять досліджувані з високим рівнем адаптаційних механізмів. Вони не відчувають особливих труднощів при зміні діяльності легко приймають нові умови праці чи проживання. Швидко вливаються в новий колектив, не бояться проявляти свій характер, та виражати свою особисту думку. Легко знаходять спільну мову з мало знайомими людьми. Швидко орієнтуються в незвичній ситуації.

Рівень адаптаційних здібностей 4-3 (стін) Характеризується як достатній рівень адаптації. Серед досліджуваних в яких діагностують такий рівень балів, можуть проявлятися акцентуації характеру, в звичних умовах акцентуації можуть бути компенсовані сферою діяльності, а при зміні умов трудової діяльності чи умов проживання можуть проявлятись. В поведінці можу прослідковуватись агресивна поведінка, спалахи гніву, провокування конфліктних ситуацій. Успішність адаптації залежить від умов середовища де і проходить сама адаптація. Володіють не високим рівнем емоційного інтелекту.

Рівень адаптаційних здібностей 2-1 (стін) група включає досліджуваних з низьким рівнем адаптації. Це люди з межовими розладами особистостями. Вони потребують допомоги психіатра, невропатолага, психолога. Характеризуються не стабільною поведінкою нервовими зривами. Можливі ознаки психіатричної патології

Тест оцінки комунікативних і організаторських здібностей (КОЗ-2) В.В.Синявського і В.О.Федоришина. Також увійшов до переліку досліджень

які були проведенні в науковій роботі, та допоміг зібрати більше аналітичної інформації, що до розгорнутої наукової теми. Одне з головних призначень тесту визначити рівень комунікативних навичок та організаційних схильностей та проявлення в різних сферах діяльності особистості. Комунікативні здібності особистості виконують важливу роль розумінні та взаємодії з оточуючим світом, рівень комунікативних здібносте може вказувати на розвиток особистості та соціокультурні цінності яким володіє досліджуваний. Рівень організаторських здібностей надає інформацію наскільки особистість здатна самостійно створювати, керувати або впливати на соціальні процеси в мікрогрупах. Тест дає кількісну характеристику комунікативно організаторським здібностям. До тесту входять 40 запитань тематичного характеру. Питання сформовані готовими твердженнями стосовно уподобань або поведінкових реакцій в сфері соціальної взаємодії з оточуючими людьми, звичними реакціями. На запитання потрібно відповісти, на вибір, чи погоджуєшся з твердженням або не погоджуєшся.

Результати обраховуються за допомогою ключа до якого входить дві шкали комунікативних здібностей та організаторських здібностей як в свою чергу поділяються ще на дві шкали критеріїв де підраховуються відповіді є знаком плюс та мінус. Після підрахунку отримуємо кількісний бал, від одного до п’яти, який в свою чергу відноситься до певного рівня компетентності, аналогічно таких рівні п’ять. Вони характеризуються як; низький, нижче середнього, середній, високий, дуже високий;

дуже високий рівень; це люди які постійно проявляють ініціативу, легко та швидко вступають в контакт з оточуючим, для них не викликає труднощів бути організатором. Приймають самостійні рішення, відстоюють власну думку. Легко та не вимушено тримаються в незвичній ситуації та малознайомому колективі. Швидко реагують в складних ситуаціях.

Високий рівень; відносять людей з високим рівням комунікативних організаторських здібностей. Швидко орієнтуються в незвичних ситуаціях, легко знаходять друзів, товаришів. Люблять організовувати, приймати участь громадських заходах.

Середній рівень; мають люди з володіють гарним рівнем організаторських та комунікативних вмінь. Здатні заводити нові знайомства, не обмежувати коло своїх знайомств. Брати участь в різних суспільних заходах. Мають потенційний схильність до більш високого розвитку комунікативних та організаторських здібностей.

Нижче середнього; люди які отримали таку оцінку не прагнуть до спілкування, вільний час проводять на одинці, погано орієнтуються в незвичній ситуації, уникають самостійного прийняття рішення, обмежують коло свого спілкування нові знайомства заводять вкрай рідко. Можу довго переживати образу, сильно переймаються конфліктними ситуаціями

Низький рівень; мають досліджувані які отримали оцінку один, погано розвинені комунікативні та організаторські здібності. Така людина виглядає відстороненою від соціального життя.

Методика діагностики комунікативної толерантності запропонована В.В.Бойко доповнила дане дослідження як і попередні методики вона стосується визначення комунікативних здібностей але в аспекті комунікативної толерантності. Для діагностики толерантності в комунікативній компетентності досліджуваного. Методика цікава своєю не типовістю, не схожістю. Вона розділена на дев’ять окремих блоків з індивідуальною тематикою стосовно конфліктних ситуацій, або негативно оцінюючих тверджень. Автор методики перед кожним блоком тверджень вказує на можливі негативні або не досконалі, обмежені суб’єктивним сприйманням особисті критерії оцінювання інших, пропонуючи прийняти участь в тестуванні і визначити особистий рівень толерантного спілкування.

Перший блок питань складених з п’яти запитань. Де кожне питання пропонується оцінити від нуля до трьох, нуль відповідає як повна не згода, один бал; вірно в деякій мірі, два бали; вірно в значній мірі, три бали; повністю погоджуюсь. Перший тематичний блок стосується про прийняття індивідуальності інших людей. Автор пояснює що індивідуальність це даність отримана від природи яка сформувалась відповідно до тих факторів середовища які оточували дану людину. Потім пропонується розпочати

перший блок діагностики. Другий тематичний блок запитань стосується оцінювання інших людей критерієм якого виступає власна особистість, а не унікальність кожного з індивіда. В такому випадку людина в мірі мирила обирає власну власну особистість як еталон на який і потрібно рівнятись, забуваючи що кожна людина має вже власне розуміння істинності та правильності. Цей блок питань також має п'ять запитань і оцінюючі бали від нуля до трьох. Третій тематичний блок питань висвітлює питання пов'язаних з категоричністю та консервативністю стосовно відношення до поведінки та іншої особистості. Найвищий бал який можна отримати проходячи конкретний блок відповідає п'ятнадцяти балам а найнижчий нуль балів. Четвертий тематичний блок питань присвячений питанню стосовно реакції на опонента в якому проявляються риси з не комунікабельними якостями які за своєю природою є в якій мірі не адаптованими до ефективного спілкування.

П'ятий тематичний блок стосується бажання переробити партнера під свої очікування та бажання, про марні спроби цього наміру та опір іншої людини який може виникнути на данні спроби. Шостий тематичний блок з питаннями стосується на скільки проявляється схильність до перероблення під себе партнера, зробити його зручним, та підходящим. Сьомий тематичний блок виявляє вміння пробачати партнера за його помилки, незграбність, яку він вчинив не навмисно. Восьмий тематичний блок діагностує на скільки ви можете перейматись фізичним чи психічним неблагополучним станом партнера в якому він опинився. Дев'ятий тематичний блок який характеризує на скільки важко досліджуваному самостійно адаптуватися а легше перероблювати партнера на свій лад. Ознайомившись з перерахованими твердженнями які свідчать про низький рівень комунікативної толерантності, та негативний емоційний стан. Підраховується отримані бали по всім дев'ятьом тематичним блокам.

Кількість отриманих балів говорить про рівень комунікативної толерантності. Чим вища кількість балів тим нижчий рівень толерантності і навпаки чим нижча кількість набраних балів тим вищий рівень

комунікативної толерантності. В методиці використовується стабільна градація з балів;

- Високий рівень комунікативної толерантності – до 30 балів
- Середній рівень комунікативної толерантності – від 31до 40 балів
- Низький рівень комунікативно толерантності – від 41 до 135 балів

Автор методики В.В.Бойко стверджує що наростання нетерпимості до оточуючих свідчити про досить надійну ознаку психічного порушення що розвиваються.

3.2. Інтерпретація та аналіз дослідження комунікативних здібностей та адаптаційних механізмів медиків

Аналізуючи результати методики діагностики комунікативних умінь Міхельсона отримаємо наступні результати 67% досліджуваних має компетентний тип реагування. Що говорить про вміння досліджуваних адекватно реагувати не тільки в ситуаціях відносного благополуччя, а й в складних конфліктних ситуаціях де потрібно відстояти свою позицію, точку зору не ображаючи опонента, або знизити такі риски до мінімального рівня. Освітня програма майбутніх медиків складається таким чином, що на протязі всього часу навчання студенти формували адекватне та толерантне ставлення до різного роду провокуючих ситуацій. 12% опитуваних діагностували залежний тип реагування. Це говорить про поведінку або поведінкові реакції які орієнтовані на реакцію оточуючих, щоб отримати соціально позитивну оцінку, відповідати очікуванням соціально значущих людей, рідних, авторитетних особистостей. Така поведінка, з де більшого характерна для молодих спеціалістів, які пристосовуються до колективу. При такій поведінковій реакції індивід орієнтується не на власний досвід, та емоційний стан, переживання, а на іншу людину, тим самим позбавляючи себе власного досвіду, задоволення своїх потреб. 21% досліджуваних виявився агресивний тип реагування. Проявляється як бажання захистити та відстояти свої межі та думку не дуже лаконічному варіанті, не враховуючи почуттів опонента.

Часто такий тип реагування проявляється в працівників які мають ризики професійного вигорання, також допускаються індивідуальні особливості досліджуваного, які не пов’язані з специфікою роботи. А більшою мірою проявляють індивідуальні особливості швидкості та реакції реагування. Також потрібно враховувати специфіку діяльності спеціалізації. Отримані результати проілюстровані в таблиці 3.1

Таблиці 3.1

Домінуючий тип компетентного реагування співробітників медичних установ

Рівень комунікативних умінь	Кількість досліджуваних	Відсодкове співідношення
Залежний тип реагування	6	12%
Компетентний тип реагування	32	67%
Агресивний тип реагування	10	21%

Методика К. Роджерса і Р. Даймонда виступає інформативним джерелом збору та інтерпретації даних для здійснення науково дослідницької роботи. До інтерпретації даних входять наступні шкали.

Шкала адаптації (А) мають таке процентне співвідношення 48% мають високий рівень. Цей процент досліджуваних характеризуються успішною адаптацією яка має позитивний пристосувальний механізм, який допомагає долати складні ситуації з використанням мінімальних зусиль, при цьому зберігаючи ресурси особистості, отримуючи най ефективніший результат. 40% мають середній рівень, що говорить, про достатній рівень адаптаційного механізму, здатність переносити психо-емоційне та фізичне навантаження, з мінімальною затратою внутрішніх ресурсів, при цьому залишаючись, ефективним працівником: 6% мають низький рівень адаптації. Що говорить про певні труднощі при подолані складних задач, при якому відбувається велика затрата емоційних та фізичних ресурсів або якість виконаної роботи

не на достатньому рівні. Дана шкала виступає одним з важливих показників дослідження, є важливим критерієм підтвердження висунутої гіпотези. Високий рівень адаптації складає більший відсоток досліджених.

Шкала прийняття себе (S), 54% високий рівень, середній рівень 37%, Низький рівень 4%. Прийняття чи не прийняття впливає на емоційний комфорт особистості. За правило, ця характеристика має низький вплив на характер роботи, але великий вплив на комунікативну діяльність. Як в позитивному так і в негативному плані.

Шкала прийняття інших (L) 42% високий рівень. Люди в яких виявляється такий показник на високому рівні, сприймаються іншими як привітними, щирими, викликають, попередній кредит довіри, викликають у людей відчуття безпеки, що вкрай необхідно для ефективної роботи в медичній сфері. Також, психологічно цим людям легше прийняти іншу людину з її особливостями. Навіть більше, певні особливості та недосконалості є причиною звернення за послугами в медичну сферу. Можна сказати що прийняття інших навіть, виступає, важливим фактором для роботи в соціальній сфері. Середній рівень отримали 58% досліджуваних. Це також рівень який засвідчує готовність приймати людей такими як вони є. Але допускає менший рівень терпимості та емпатійності, що до інших, який може проявлятись більшою мірою на внутрішні переживання досліджуваного. Або у випадках, коли прийняття може бути до певної міри. Також цей кількісний показних засвідчує що обрана група досліджених характеризується 100% приймаючі інших медики. Низький рівень характеризує людей якім важко прийняти інших людей, вони характеризуються як конфліктні, егоцентричні люди, з високим рівнем домагань до інших, та не високим рівнем емоційного інтелекту. Представникам такого рівня важко будувати міжособові стосунки. В нашому досліджені людей з низьким рівнем прийняття інших складає 0%.

Шкала емоційного комфорту (E) в кількості 52% має високий рівень. Це свідчить про високий рівень емоційного інтелекту серед представників даної групи. На етапі обрахунку в якісній інтерпретації, спостерігалась

тенденція що показники емоційного комфорту вищі за показники адаптивності. Ця шкала з найвищими балами. Це люди які розуміють свої емоції, розуміють причину їх виникнення та дозволяють в більшості випадків прожити ці емоції та усвідомити. Контролюють прояв емоцій, не завжди сильне емоційне включення вважають за потрібним. Мають задовільний емоційний стан, який адекватно відповідає зовнішнім подіям та процесам Відслідковують та розуміють емоції, переживання інших, вміють співпереживати, та утішати. Розвинута емпатія. Середній рівень 46%. Відносяться люди які в певній мірі задоволені своїм емоційним фоном, та володіють адекватними емоційними реакціями на подразники. Розвинена емпатія на достатньому рівні. Вміють співпереживати та заспокоювати інших. Розуміють причину своїх емоційних реакцій, вміють самостійно справлятись. Низький рівень емоційного комфорту складає 6% свідчить про низький рівень емоційного розвитку, причиною може бути витіснення почуттів, заборона на проявлення почутів, в такому випадку людина не розуміє які емоції вона почуває, або переживає, також може бути проявом психічних захворювань. Не виключено, особисті проблеми горювання, втрата, складний життєвий період.

Рівень інтернальності (I) складає 48% це – високий рівень, Який говорить про рівень контролю яким керується особистість, на етапі якісної обробки, було виявлено шо 90% досліджуваних домінує показник внутрішнього контролю та 10% зовнішнього. Такі показники характеризують досліджуваних як особистостей високим внутрішнім контролем, вони орієнтуються на власні внутрішні твердження та моральні установки при виконані поставлених завдань вони самостійні особистості які можу організувати свій робочий простір з мінімальним контролем зі сторони. При досягнені поставлених цілей самостійно складають план дій, стратегію реагування. В негативному аспекті це може інтерпретуватись як гіперконтроль, в професійній діяльності ця якість є бажаною та потрібною тоді коли в особистому житі може приносити незручності оточуючим, та у випадку не можливості виконання очікуваних результатів призводить до

незадоволення та виникнення негативних емоцій. 46% середній рівень інтернальності говорить про достатній рівень контролю, для організації особистої діяльності та організації загального процесу. Люди в достатній мірі делегують повноваження та відчувають достатньо комфортно в колективі та в особистому житті. Діагностовано також 6% з низьким рівнем інтернальності, що характеризує людей які не вважають що здатні контролювати якісь події з свого життя, всі події або процеси які відбуваються виникають стихійно та по причині впливу інших людей. Не простежують взаємозв'язок між своїми діями та наслідками. Шкала прагнення до домінування(D) налічує 11% з високим рівнем говорить про людей які бажають виконувати керуючу роль, вести за собою мають здібності до лідерства, часто вважають свою думку найкращим варіантом, най ефективнішою. Можуть проявляти авторитарність та деспотизм. 83% діагностовано середній рівень, це люди які не мають яскраво виражених домінуючих проявів, мають тенденцію до розвитку домінування але слабо проявляють ці можливості. Якщо домінування визначити як бажання бути найкращим, то серед медиків, за якісну характеристику відповідає професіоналізм. В 6% виявляється низький рівень домінування. Ці люди не проявлять ініціативи, в позиції відомого їм комфортно.

За шкалою єскапизм 80% досліджуваних мають низький рівень. Єскапизм – це втеча від проблем. Люди з низьким рівнем єскапизму звикли вирішувати свої проблеми, долати труднощі. Реально оцінювати ситуацію. 20% середній рівень. Характеризує людей які схильні відкладати вирішення проблем, або для вирішення проблем залучати інших.

Шкала достовірності: у 85% досліджуваних визначили достовірний результат. Це наштовхує на думку про високий рівень емоційного інтелекту притаманний медичній діяльності. Прийняття інших мають лише середній та високий рівень. Що може свідчити про те що медичні професії вже самі по собі вимагають наявність емпатії та прийняття інших. Цікавим фактом є виявлення домінантної характеристики не середньому рівні в кількості 83 %,

що дає можливість припустити що медики мають не високі домагання до лідерства.

Методика є інформативною в багатьох аспектах допомогла дослідити питання стосовно взаємозв'язку між адаптивністю та сприймання інших, що вже говорить про комунікативні звички, та визначення емоційного фону, при різних рівнях адаптивності. Отримані данні проілюстровані в таблиці 3.2

Таблиці 3.2

Визначення інтеграційних особистісних показників

Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» А.Г. Наклашова і С.В.Чернятіна. Отримані результати можна інтерпретувати за допомогою спеціально розробленими стінами авторами методики . Рівень адаптації СТЕН 10 – 5 до якої увійшли 69 % досліджуваних. Які характеризуються високим рівнем адаптації в суспільстві, орієнтації в свої приналежності та ролі в соціальному середовищі. Розвиненими та успішно сформованими комунікативними навичками які допомагають успішно справляться в незвичайних ситуаціях. Розвинені комунікативні навички. Високі показники виявилися при обрахунках по першій та другій таблицях. Рівень достовірності у 69 % опитуваних варіюються від 5 до 9 стін, рівень особистий адаптаційний потенціал варіюється від 5 до 8 стен, рівень психо-фізіологічний потенціал коливається від 6 – 9 стен, рівень комунікативних здібностей відповідає показникам 5 -10 стен, моральна нормативність від 6 – 10 стен.

Наступну умовну групу яку виділяють автори ми відносимо 3 – 4 Стен

Рівні	A	S	L	E	I	D
високий	48%	54%	20%	52%	48%	11%
середній	40%	37%	58%	46%	46%	83%
низький	6%	4%	0%	2%	6%	3%

складає 31 % та характеризує особистостей з нормальним рівнем адаптації.

Допускається у даних представників можливе проявляння акцентуації різного роду. І часто потребують допомоги в організаторській роботі, та різного роду компетентності. Результати які отримали скориставшись другою та третьою таблицею мають такий вигляд; рівень достовірності 4 стін, рівень особистий адаптаційний потенціал відповідає 4 – 3 стен, рівень психо-фізіологічний потенціал складає 4 стен, рівень комунікативних здібностей отримано 4 стін. Третя група яка складає 2 – 1 стен складає 0 % . автори характеризують ці показники як низький рівень, з неуспішною соціальною адаптацією та не розвиненими комунікативними здібностями. Таким людям потрібен наставник або контроль соціальних служб, до таких людей відносяться особи з девіантною поведінкою. Можливі психічні розлади. Автори методики виявили ще одну остаточну інтерпретацію де вказують рівень розвитку якостей. Ми також враховуємо дану ступінь оцінки. В таблиці 3.3

Таблиці 3.3

Рівень адаптивності СТЕН

НАЗВА ШКАЛИ	Рівень розвитку здібностей	
	Нижче середнього (1 - 2)стен	Вище середнього (7 – 10) стен
НПУ	Низький рівень поведінкової регуляції, певна схильність до психічних зривів, відсутність адекватності та самооцінки та реального сприйняття дійсності.	Високий рівень нейро- психічної стійкості та поведінкової регуляції, висока адекватна оцінка, та реальне сприйняття дійсності.
КС	Низький розвиток комунікативних здібностей, виникають складнощі в спілкуванні з іншими людьми, підвищена агресивність, часто проявляється конфліктність	Високий рівень розвитку комунікативних здібностей, легко йде на контакт з оточуючими. Не конфліктний. Не проявляє агресії.
МН	Не здатний адекватно оцінити свою роль в соціумі та колективі. Не прагне дотримуватись норм та правил суспільства.	Адекватно оцінює свою роль в колективі, орієнтується на дотримання правил, норм.

Як ми можемо побачити автори прописали дуже низький рівень адаптації та дуже високий. Залишивши без уваги середню категорію яка варіюється від 3 – 6, можна допустити що це середньо-статистична норма звичайної людини. В нашому досліджені майже всі результати отримані від медичних працівників визначаються в цих межах. Можна зробити висновок що досліджувана група має середній рівень розвитку здібностей, в діапазоні від 3 – 6 стен. Це говорить що медичний персонал відповідає певним нормативним, психолого-соціальним нормам. А також слугує на підтвердження поставленої гіпотези дослідження, про взаємозалежність адаптивних механізмів з комунікативними здібностями. Обраховуючи якісно результати методик, прослідковувався взаємозв'язок між показниками комунікативних здібностей, які мали високий бал, з високими балами рівня потенційної адаптації. Данні результати проілюстровані в таблиці 3.4

Таблиці 34

Результати рівня адаптації

Рівень адаптації «СТІН»10 - 5	69%
Рівень адаптації «СТІН» 4 - 3	31%
Рівень адаптації «СТІН» 2 -1	0%

Тест оцінки комунікативних і організаторських здібностей (КОЗ-2) В.В.Синявського і В.О.Федоришина має дві якісні категорії які виявляє це комунікативні здібності та організаторські здібності.(див.табл.2) В шкалі комунікативні здібності 40 % набрали 9 – 12 балів або оцінка 3 яка характеризує людей в яких проявляється середній рівень комунікативних здібностей, часто залежно від ситуації, проявляють ініціативу в спілкуванні, можуть підтримувати нейтральні розмови. 48 % отримали 13 – 16 балів або оцінка 4 характеризує людей з високими комунікативними здібностями. Такі люди зазвичай проявляють ініціативу в спілкуванні, активні співрозмовники. Їм легко говорити на делікатні теми, вони можуть повідомляти неприємні речі пацієнтам, ті в свою чергу бачать в таких медичних робітниках надійних

співрозмовників яким можна довіряти. 6 % досліджуваних отримали 17 – 20 балів або оцінку 5, що характеризує дуже високі комунікативні здібності. Такі спеціалісти медичної сфери впевнені в собі при спілкуванні впевнено ведуть розмову. Перши виступають ініціаторами в спілкуванні. Легко можуть переконувати. Мають власну думку та погляд на події що відбуваються, в соціальному просторі. Приймають домінуючу роль. Шкала організаторських здібностей відрізняється від попередньої з невеликими змінами 13 % опитуваних мають 9 – 12 балів або оцінку 3 говорить про середній рівень організаторських здібностей. Ці медичні працівники мають схильність до організаційної діяльності при потребі або при відсутності лідерів можуть самостійно справитись з поставленою задачею. Але такі організаторські здібності не стійкі, рекомендовано розвивати даний потенціал, такий результат можливий у лікарів чи медсестер в яких основна професійна діяльність не потребує командної роботи. 26 % отримали 13 – 16 балів або оцінку 4 високий рівень. Це медичні працівники в яких організаторський процес роботи є запорукою спішної діяльності, вони легко делегують обов'язки, розуміють свою роль та ціль поставленої мети. Частот такі організаторські здібності не виходять за межі професійної діяльності. На роботі вони можуть бути активними та проявляти ініціативу. 17 % отримали 17 – 20 балів. Це свідчить про високий рівень організаторських здібностей. Такі люди гарні організатори вони люблять та не відчувають занепокоєння при організації заходів різного роду. Вони керуються не тільки професійними обов'язками та зобов'язаннями, вони проявляють свою ініціативу щоб поліпшити процес роботи. Отримані результати показані в таблиці 3.5

Таблиці 3.5

Визначення рівня комунікативних та організаторських здібностей

	Комунікативні здібності	Організаторські здібності
Оцінка 1 (1-4 бали)	0 %	0 %
Оцінка 2 (5-8 балів)	0 %	0 %
Оцінка 3 (9-12 балів)	19 люд. 40 %	13люд. 27 %

Оцінка 4 (13-16 балів)	23 люд. 48 %	27 люд. 56 %
Оцінка 5 (17-20 балів)	6 люд. 12 %	8 люд. 17 %

Результати даної методики засвідчують що організаторські здібності досліджуваної групи краще розвинуті ніж комунікативні здібності. Організаторські вміння виступають на передній план в організації самого процесу лікування. Виступають важливим критерієм успішності справи, процесу в лікувальному закладі. Комунікативні здібності є також вкрай важливою навичкою медичного працівника, на це може вказати той факт, що серед досліджуваних не виявили результати оцінки 1 та 2. Більшість результатів починається з оцінки 3. Що свідчить про високий рівень комунікативно організаторських здібностей серед досліджуваної групи медиків.

Методика діагностики комунікативної толерантності запропонована В. Бойко. Дуже своєрідний результат отримали опрацювавши цю методику. Високий рівень – це в кількості до тридцяти загальних балів отримало 21 % опитаних це говорить про категорію людей в яких розвинутий високий рівень толерантності. В своїй професійній діяльності важливим фактором для успішної діяльності виступає толерантність до пацієнтів. Особливо при різних емоційних навантаженнях чи стресах важко залишатися терпимим до оточуючих, особливо якщо ці стресові ситуації є постійною нормою. Цей показник є най меншим по результатам даного опитування. Середній рівень толерантності складає 42 % це характеризує лікарів та медсетер які на достатньому рівні проявляють толерантну комунікацію щодо пацієнтів та колег. Показує їх вміння відстоювати свої особисті та прфесіональні межі. Не завжди хворі це слабкі та довірливі люди. Через специфіку хвороби та індивідуальні особливості кожної людини, пацієнти можуть вести себе агресивно, збуджено, можуть проявляти вербальну агресію. В таких випадках інколи необхідно проявляти твердість та рішучість. Які можуть здатись, або за своєю природою не є толерантним ставленням чи відповіддю. Таку

тактику поведінки можуть обирати спеціалісти основна робота пов’язана з хворими які схильні до девіантної поведінки, мають психічні захворювання, це лікарні та відділення психіатричного профілю, пацієнти з захворюванням на алкоголізм та наркоманію, або інші залежності які змінюють свідомість. Важка категорія пацієнтів вимагає спеціального відношення та тактики спілкування з певною категорією людей. Низький рівень толерантності виявили у 37% опитуваних. Достатньо високий рівень для групи людей які мають таку гуманну роботу. Всі результати дослідження при якісному обрахунку мали кількість балів не вище 47 бали при максимальній рівні 135 балів. Не зважаючи на те що, це не самий високий бал, але він все одно свідчить про низький рівень толерантної компентенції. Отриманні данні можна пояснити професійним вигоранням яке достатньо розпоширенне явище серед представників медичної професії. Зважаючи на специфіку роботи медиків які можуть постійно перебувати в стресових ситуація, рівень їхньої задоволеності або гарного настрою може змінюватись, цей факт відображається на комунікативних функція, реакція на сильної дії подразники викликає своєрідну реакцію, не встигаючи пройти крізь фільтри нормативності та загально прийнятих норм. Професійне вигорання відіграє основну роль в психологічному стані медичного працівника. Звичайна втома та незадоволені базові потреби з висококваліфікованого працівника можуть зробити, неуважного та часом агресивного виконавця своєї роботи. Тому рівень толерантної комунікації може змінюватись в гіршу сторону.

Результати проілюстровані в табличці 3.6

Таблиці 3.6

Рівень комунікативної толерантності

	Кількість досліджуваних	Співідношення у відсотках
Високий рівень	10	21%
Середній рівень	20	42%
Низький рівень	18	37%

Методика діагностики комунікативної толерантності запропонована В. Бойко показала такі результати середній рівень адаптивності має 42 % і високий рівень комунікативної толерантності складає 21 %. Показує що значний відсоток досліджуваної групи проявляється достатній рівень толерантної комунікації. У 37 % виявлено низький рівень толерантної комунівкативності. Хоча зауважемо що по методиці КОЗ – 2 не виявлено результатів які діагностували результат як низький або нжче середнього. Так само в методиці Міхеьсона комунікативних умінь мають 67 % в категорії компетентний тип реагування. Медичні працівники які проходили дане дослідження вкількості 5 стандартизованих методик виявил високі показники в категоріях діагностики комунікативних навичок. Так само в категоріях адаптивності отримали високий відсоткові бали в даній категорії.

Висновок до ІІІ розділу

За результатами опитувальника комунікативних умінь Міхельсона виявили що більша частина опитуваної групи у відсотковому співвідношенні 67 % має компетентний рівень комунікативних вмінь що характеризує досліджувану групу як схильна до компетентного спілкування в професійному та особистому рівні.

Методика діагностики соціально психологічної адаптації К.Роджерса і Р.Даймонда за адаптацією Осинського надали результати по наступним важливим для дослідження шкалам. Рівень адаптація високий налічує 48% і рівень середньої адаптації 40% що говорить про достатньо високий рівень адаптації серед медиків, також важливі показники які мають вагоме значення для дослідження рівень прийняття інших середній рівень 58 % та високий рівень 42 % та шкала емоційного комфорту 52 % високий рівень, 46 % середній рівень. Дані отримані з цих шкал є ключовими для дослідження бо дають інформацію наскільки відсотків та рівень адаптованості, прийняття інших та емоційної комфортності. Відсоткові підрахунки вказують що дана група має достатній рівень адаптованості та емоційного комфорту та прийняття інших.

Для більш інформативного формування дослідження використовували Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» А.Г. Наклашова і С.В.Чернятіна за допомогою чого отримали такі данні що, 69 % мають високий рівень адаптисності . 31 % мають середній рівень. Беручи до уваги шкалу комунікативної компетентності де 70 % мають рівень комунікативності 6 -7 стен, що є високим показником в методиці «Адаптивність». Звертаючи увагу на якісний обрахунок, медики які в попередніх методиках були віднесені до високих процентних показників зберегли таку саму тенденцію і в інших методиках.

За допомогою тесту оцінки комунікативних і організаторських здібностей (КОЗ-2) В.В.Синявського і В.О.Федоришина, отримали на достатньо високому рівні організаторські та комунікативні здібності, зауважимо що організаторські здібності на декілька показників перевищують комунікативні.

Методика діагностики комунікативної толерантності запропонована В. Бойко показала такі результати середній рівень адаптивності має 42 % і високий рівень комунікативної толерантності складає 21 %. Показує що значний відсоток досліджуваної групи проявляється достатній рівень толерантної комунікації. У 37 % виявлено низький рівень толерантної комунівкативності. Хоча зауважемо що по методиці КОЗ – 2 не виявлено результатів які діагностували результат як низький або нжче середнього. Так само в методиці Міхеьсона комунікативних умінь мають 67 % в категорії компетентний тип реагування. Медичні працівники які проходили дане дослідження вкількості 5 стандартизованих методик виявил високі показники в категоріях діагностики комунікативних навичок. Так само в категоріях адаптивності отримали високий відсоткові бали в даній категорії.

ВИСНОВКИ

Специфічне значення комунікативних здібностей щодо комунікативної діяльності виявляється в наступному: включення комунікативних здібностей в комунікативну діяльність індивіда означає якісну зміну протікання останньої. Комунікативні здібності не просто виявляються в комунікативній діяльності, а керують нею таким чином, що вся подальша комунікативна діяльність стає іншою, тобто відбувається переструктуризація комунікативної діяльності відповідно до індивідуальних цілей і індивідуальних особливостей особистості.

Емоційний інтелект має ключове значення для розвитку і формування професійної свідомості, оскільки основою професійної рефлексіх та самоаналізу є поєднання власне діяльності у професійній сфері і емоційних переживань індивіда.

Високий емоційний інтелект виступає регулятором емоцій і розуму, дає можливість відчути відповідальність за своє життя і свої рішення, усвідомити власні потреби та мотиви поведінки. Корегуюча функція емоційного інтелекту розширює можливості вибору в тому числі зміни чи повної відмови від попередніх рішень, стратегій у житті та стилів у професійній діяльності.

За своєю специфікою професійна діяльність медичного працівника є стресогеною. Високий рівень стресу пов'язаний з рівнем відповідальності який покладають на спеціалістів лікувального процесу в отриманні позитивного результату лікуваня, чи консультації. Виникають випадки коли очікуваний результат не можливо досягти через фізіологічні особливості, ускладнення симптоматики, захворювання пацієнтів, чи інші не контрольовані обставини. Емоційне включення та реагування відображається в психофізіологічних реакція спеціаліста у вигляді занепокоєння, розчаруваня власних силах, чи загального лікувального процесу. Певний тип

реакції притаманий переважно молодим спеціалістам. З отриманям досвіду та накопичиння стресоемоціних переживань відбувається формування захисного механізму, який передбачає емоційне відстороннення від переживань потенційних клієнтів. При різних способів престосування проявляється відповідна стратегія поведінки в професійному спілкувані.
Що відображається на комунікації лікувального процесу, як в позитивну так і негативну сторону. У випадку не ефективної адаптації або повільності процеса зростають ризики винекнення профксійного вигорання.

Рівень адаптаційних можливостей організму та безпосередньо робочій адаптації залежить від фізіологічних психоемоційних особливостей та емоційного стану особистості. Взаємозвязок з зовнішнім світом відбувається безпосередньо через зовнішні подразники на людську психіку, рекакці які проявляє особистість є наслідком роботи складного процесу психологічно адаптаційного механізму роботи забезпечення соціальних норм та пристосувальних реакцій.

Високий рівень відповідальності в роботі медичного працівника приводить високого рівня внутрішнього контролю. Що може викликати сильне емоційне напруження не тільки в професійній діяльность а також переноситься на всі інші сфери людини.

Постійне психологічне та емоційне напруження, без можливості розслабленя та відпочинку приводить до емоційного вигорання яке має вагомий впливає на рівень комунікативної взаємодії. Що впливає на рівень та якість професіаналізму представника медичної професії.

Спостерігається цікава тенденція рівень організаторських здібностей надекілька показників вище ніж комунікативні здібності, що може говорити про більшу важливість якостей організатора ніж здатність до відкритої комунікації. У більшості представникі медичної професії основна діяльність пов’язана з комунікатинвною взаємодією з іншими людьми. Рівень соціальних зв’язків пербуває з дебільшого на високому рівні, тому можна

допусти що медичні працівники не потребують через мірної організації додаткових джерел комунікації.

Потреби у високому рівні комунікаці опесередковані професійною діяльністю можуть визивати певного роду професійну деформацію. Специфічні умови ооботи спеціалізованих відделень формують що до пацієнтів певний шаблоний тип поведінки. В професійній діяльності це допомагає зменшити рівень емоційного включення яке позитивно відзначається на самому працівнику. Такий механізм медичної професійної декопенсації часто слугує не на користь ефективності індивідуального лікарського процесу, часто не враховує індивідуальні осбливості особистості.

Розвинені комунікативні здібності створють умови для формування комфортних умов професійної та соціальної життідіяльності. При адеватному адаптативному процесі рівень емоційного комфорту та задоволенесті виявляється на високому рівні, допомагає уникнути передчасного професійного та емоційного вигоранння.

Список використаної літератури

1. Абакірова Т.П. Основні типи комунікативних здібностей. *Практична психологія та соціальна робота*. №8 С.11-13

2. Андрієва І.Н. Практична психологія та соціальна робота. Зв'язок емоційного інтелекту з особливостями соціально-психологічної адаптації. 2010 №12. С.10-20.

3. Бодалев А.А. Психологія спілкування. Психологічна робота. 2 вид.: Київський соціальний інститут. 2012. -256 с.

4. Вітенко І.С. Медична психологія. Психологічні основи підготовки медичних кадрів. Харків, 1996, 156 с.

5. Вінник Н. Проблематика концепцій ключових кваліфікацій і компетенцій у професійнійному світі. *Соціальна психологія*. 2008. №1. С.149-157.

7. Губенко І.Я. Основи загальної медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування, Київ: Академвидав, 2013. С. 13 -24.

9. Жуков Ю.М., Петровська Л.А., Растянніков П.В. Діагностика комунікативної компетентності в спілкувані. Київ: Видавництво Академвидав, 1990. 140 с.

10. Зданевич Л.В. Адаптація студентів педагогічних училищ до нових умов життєдіяльності. Дис. канд. пед. наук: 13.00.04. К., 2010. 189 с.

11.Зегайгарник Б. В. Николаєва В.В. Николаєва Психологічні проблеми в медицині. 1977 №3. С. 13-23.

12. Зотова О.І., Кряжева І.К. Аспекти социально-психологічної адаптації особистості. 2009. Харків. – 304 с.

13. Рогинська Т.І. Синдром вигорання в соціальних професіях. *Психологічний журнал* 2002. Т.23 №3. С. 85 -95.

14. Істартова О.Н. Психодіагностика: колекція кращих тестів. Львів : Фенікс, 2010. 375 с.

15. Кабардов М.К., Арцишевська Е.В. Мовні та комунікативні здібності і компетенції. *Питання психологии*, 1996. № 6. С. 34-49

16. Кавалеров А.І., Бондаренко А.М. Соціальна адаптація: феномен і прояви. Монографія. Одесса, 2005. С. 24- 30.

17. Кджанян М.Г. Проблеми соціальної адаптації. Автореф. дис. канд. філос. наук: 09.00.01. Ереван, 2012. 190 с.

18. А.А. Комунікативна здібність та вдосконалення. дис. канд. психол. наук. Харків ,2001. 199с.

19. Клочан Ю. В. Концепції зарубіжних та радянських учених щодо проблеми соціальної адаптації Ю.В. Клочан Соціальна педагогіка: теорія і практика. 2007. №1 С.63-70

20. Коломінский Я.Л. Розвиток комунікативних та соціальних здібностей. Львів. Видавництво Арбуз, 2005. С. 134-135.

21. Крушельницька О.В., Мельничук Д.П. Управління персоналом. Навчальний посібник. Київ: Видавництво Академвидав. 2003. С. 45 – 60.

22. Кузьмина Н.В. Здібності, талант вчителя. Л.: Литва. 2005. С. 32-42.

23. Кук С. Клієнт в фокусі: Як помістити інтереси клієнта в центр вашої організації. Пер. с англ. – Дніпропетровск: Баланс-Клуб. 2004. С 50 - 75.

24. Леонтьев А.А. Психологія спілкування. 3-те вид. Харків: 1999. С.325 - 365.

25. Леонтьев, А. А. Мова та мовленнева діяльність в загальній психології. Зб. наук. Праць. Х. 2011. С 12 -20.

26. Лисина М. І. Спілкування та мова. Х.: Педагогіка. 1995. С. 200.

27. Матвійчук І.В. Ефективність оптимізації структури кадрового медичної структур. Проблеми підвищення ефективності інфраструктури. – *Збірник наукових праць*: Випуск 26. Київ: НАУ, 2010. 270с.

28. Матулене Г.О Соціальна адаптація в діяльності. *Психологічний журнал.* 2002. №5. С.108-112

29. Милославова І.А. Адаптація як соціально-психологічне явище. Соціальна психологія та філософія. Під ред. Б.Д.Паригіна. *Учбові записи*. Л., 2003. №2 С. 111-120

30. Митник М. Навчання іншомовних презентаційних умінь студентів спеціальності «Лікувальна справа». Науково-методичний журнал «Нова педагогічна думка». 2011. №3. С.16- 20

31. Налчаджян А. А. Соціально-психологічна адаптація особистості. Ереван, 1998. С. 10–12.

32. Немов Р.С. Психологія. Загальні основи психології. Х., «Владос», 2010. За С. 200-250.

33. Немов Р.С. Психологія. Психологія навчання. Вип. 3, ч. ІІ Х., «Владос», 2011. С. 130 -160.

34. Никишина В.Б., Василенко Т.Д. Психодіагностика в системі соціальної роботи. Підручник для студ. вищ. навч. зак. Соціальна робота. Х.: Видавництво ВЛАДОС-ПРЕСС, 2004. С. 208 – 218.

35. Орбан-Лембрик Л.Е. Психологія професійної комунікації. Навчальний посібник. – Чернівці: Книги ХХІ, 2010. С 234- 248.

36. Оробейко Е.С., Шредер Н.Г. Організація сестринської справи. Навч. посібн. – Ніжин. Видавництво Ліра, 2006. С. 18 -19.

37. Панфилова А.П. Теорія и практика спілкування: навч. посіб. для студ. сред. навч. заклад А.П. Панфилова. – К.: Видавничий центр «Академія», 2007. С. 220 - 288.

38. Педаяс М.-І.Я. Професійна адаптація медичної сестри. Медичний журнал. 2013 №17. С. 3 – 4.

39. Платонов К.К. Проблеми здібностей. Харків. Видавництво «Харків», 2002. С.312.

40. Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам’янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології. Г.С. Костюка АПН України За ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. – Вип. 3. – Кам’янець-Подільський: Аксіома. 2009. С. 300-305.

41. Психологія соціальної роботи. Під ред. М.А. Гулиной. СПб.: Полтава. – 2012. – 384 с.

42. Розум С.І. Психологія соціалізація та соціальна адаптація людини. СПб.: Друк, 2006. С. 365.

43. Рэдклифф-Браун А. Р. Структура та функції в примітивному суспільстві. Записи та лекції. К., 2011. С 230.

44. Сидоренко Е.В. Тренінг коммунікативної компетентности в діловому взаємодії. – СПб.: Друк, 2007. С. 208.

45. Кузьмина Н.В Правильні взаємовідносини з дітьми. *Соціальна психологія*. 2008. №1. С.149-157.

46. Схильності та здібності: комплексне дослідження. Під ред. Э.А. Голубевой. – К.: Педагогіка, 1999. С. 100-112.

47. Станкін М.І. Психологія спілкування. Київ: Академвидав 2011. С. 296-300.

48. Теплова Б.М. Психологія. Навч. посіб. Ніжин: Видавництво НДУ ім. М. Гоголя, 2011. – 623 с.

49. Чайкіна Н.А. Психологічна структура професійної адаптації молодчого спеціаліста. Дис. канд. психол. наук: 19.00.07. – К., 2006.

50. Шпак Л. Л. Соціокультурна адаптація: філософско-соціологічні проблеми Л.Л.Шпак. Харків: Видавництво Харківського ун-та, 2001. С 231.

51. Якимчук Ю.В. Структурні особливості комунікативних здібностей Ю.В. Якимчук. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України імені Богдана Хмельницького. Хмельницький, 2007. – № 38, част. ІІ. – С. 210 – 212.

52. Практична психодіагностика. Методики та тести. Підручник ред.-сост. Райгородский Д.Я. – Харків: Видавничий Дім «БАХРАХ». 1998. С.672.

53. Anderson, J. A. Borkowski. Experimental Psychology. Research Tactics and their Applications./ USA, 2008. – P.350-355

ДОДАТКИ

Додаток №1

№	ПІБ	Тип реагування		
		Залежний	Компетентний	Агресивний
1	Ч.А.П		+	
2	В.В.К		+	
3	К.О.Д		+	
4	Р.Е.О		+	
5	П.А.С	+		
6	П.О.А			+
7	Т.М.А		+	
8	Р.М.О.			+
9	В.О.О		+	
10	П.Е.В	+		
11	А.А.Р	+		
12	Р.Т.О		+	
13	Т.О.А		+	
14	В.Н.В		+	
15	У.В.В		+	
16	С.С.Д		+	
17	Н.Н.Е		+	
18	А.М.Л	+		
19	Г.Ф.І		+	
20	Р.Д.Я			+
21	К.А.І			+
22	Р.Н.О	+		
23	О.М.Ф		+	
24	Л.Л.Л		+	
25	Л.А.М		+	
26	Н.В.М		+	
27	Н.О.А		+	
28	Н.О.Л		+	
29	К.Е.О		+	
30	К.Ж.О		+	
31	К.В.А		+	
32	Л.Д.Д			+
33	Г.Т.В		+	
34	Ц.Б.В			+
35	Х.Я.А		+	
36	П.С.В			+
37	Д.В.О		+	
38	Ж.О.С		+	
39	Ч.Р.К	+		
40	Я.С.Д		+	
41	С.Р.В			+
42	І.Л.Г		+	
43	Ж.В.Г		+	
44	Б.К.Е		+	
45	Ю.П.А		+	
46	Щ.О.Г		+	

47	З.В.Е			+
48	Ф.Ф.В		+	

Додаток № 2

№	ПІБ	Інтегральні показники					
		A	S	L	E	I	D
1	Ч.А.П	49	51	78	50	56	60
2	В.В.К	50	51	87	52	57	57
3	К.О.Д	53	57	56	54	76	44
4	Р.Е.О	50	54	57	56	56	41
5	П.А.С	38	39	64	39	87	34
6	П.О.А	57	55	87	53	67	45
7	Т.М.А	66	52	56	67	58	52
8	Р.М.О.	39	40	67	43	41	39
9	В.О.О	40	60	78	44	56	53
10	П.Е.В	54	54	68	56	87	47
11	А.А.Р	38	42	56	44	39	57
12	Р.Т.О	52	47	65	46	56	58
13	Т.О.А	69	66	76	61	87	53
14	В.Н.В	68	55	66	59	54	56
15	У.В.В	70	63	87	72	65	47
16	С.С.Д	67	60	76	50	76	43
17	Н.Н.Е	66	65	84	55	67	42
18	А.М.Л	62	60	76	54	54	44
19	Г.Ф.І	61	58	75	54	56	57
20	Р.Д.Я	57	56	70	49	76	55
21	К.А.І	67	63	67	60	87	54
22	Р.Н.О	68	67	86	57	54	49
23	О.М.Ф	68	64	58	52	87	53
24	Л.Л.Л	62	59	59	48	56	58
25	Л.А.М	57	54	78	51	67	53
26	Н.В.М	76	70	56	62	87	56
27	Н.О.А	79	78	87	55	87	43
28	Н.О.Л	76	70	90	63	65	47
29	К.Е.О	87	86	74	76	45	48
30	К.Ж.О	78	70	65	66	56	45
31	К.В.А	86	90	50	80	76	78
32	Л.Д.Д	79	93	74	89	87	77
33	Г.Т.В	85	84	84	92	97	86
34	Ц.Б.В	84	81	77	80	65	85
35	Х.Я.А	79	70	76	72	66	89
36	П.С.В	66	70	87	56	87	51
37	Д.В.О	39	40	75	43	40	53
38	Ж.О.С	77	70	64	67	54	56
39	Ч.Р.К	38	50	67	43	65	37
40	Я.С.Д	69	52	64	54	56	53
41	С.Р.В	62	60	55	60	76	55
42	І.Л.Г	50	57	65	48	87	47
43	Ж.В.Г	76	65	76	60	54	48
44	Б.К.Е	61	51	65	59	56	49
45	Ю.П.А	80	78	56	71	54	48
46	Щ.О.Г	78	70	68	88	59	54
47	З.В.Е	52	50	69	51	49	57
48	Ф.Ф.В	59	60	50	56	50	56

Ддодаток №3

№	ПІБ	Рівень достовірності	Особистісний адаптаційний потенціал	Рівень психо-фізіологічного потенціалу	Рівень комунікативних здібностей
1	Ч.А.П	8	8	7	6
2	В.В.К	8	6	7	7
3	К.О.Д	7	6	6	6
4	Р.Е.О	5	8	7	6
5	П.А.С	6	5	6	6
6	П.О.А	7	5	6	7
7	Т.М.А	5	8	6	7
8	Р.М.О.	4	5	5	5
9	В.О.О	6	8	7	6
10	П.Е.В	5	8	7	7
11	А.А.Р	4	5	6	6
12	Р.Т.О	7	7	6	6
13	Т.О.А	8	6	7	5
14	В.Н.В	5	7	7	8
15	У.В.В	6	8	6	8
16	С.С.Д	5	8	5	7
17	Н.Н.Е	8	9	6	6
18	А.М.Л	7	5	8	7
19	Г.Ф.І	6	7	4	8
20	Р.Д.Я	6	6	6	4
21	К.А.І	6	7	6	5
22	Р.Н.О	4	7	5	6
23	О.М.Ф	5	6	4	8
24	Л.Л.Л	4	6	6	6
25	Л.А.М	5	6	7	8
26	Н.В.М	4	6	5	5
27	Н.О.А	4	7	6	5
28	Н.О.Л	6	7	7	6
29	К.Е.О	5	5	6	6
30	К.Ж.О	4	5	7	7
31	К.В.А	6	8	8	9
32	Л.Д.Д	7	7	9	8
33	Г.Т.В	8	8	9	7
34	Ц.Б.В	6	7	8	8
35	Х.Я.А	4	7	8	9
36	П.С.В	5	6	7	8
37	Д.В.О	7	6	5	4
38	Ж.О.С	5	6	6	5
39	Ч.Р.К	7	7	6	7
40	Я.С.Д	4	5	4	4
41	С.Р.В	8	7	6	5
42	І.Л.Г	6	6	5	7
43	Ж.В.Г	6	7	7	8
44	Б.К.Е	6	5	8	9
45	Ю.П.А	8	9	4	6

46	Щ.О.Г	6	6	7	5
47	З.В.Е	5	6	7	8
48	Ф.Ф.В	4	5	6	7

№	Рівень показників умінь		
	ПІБ	комунікативних	організаторських
1	Ч.А.П	високий	високий
2	В.В.К	високий	високий
3	К.О.Д	високий	високий
4	Р.Е.О	високий	високий
5	П.А.С	високий	високий
6	П.О.А	високий	високий
7	Т.М.А	високий	високий
8	Р.М.О.	середній	середній
9	В.О.О	високий	високий
10	П.Е.В	високий	високий
11	А.А.Р	середній	середній
12	Р.Т.О	високий	високий
13	Т.О.А	високий	високий
14	В.Н.В	високий	високий
15	У.В.В	високий	дуже високий
16	С.С.Д	високий	високий
17	Н.Н.Е	високий	високий
18	А.М.Л	високий	високий
19	Г.Ф.І	високий	високий
20	Р.Д.Я	високий	дуже високий
21	К.А.І	високий	високий
22	Р.Н.О	високий	високий
23	О.М.Ф	високий	високий
24	Л.Л.Л	високий	високий
25	Л.А.М	високий	високий
26	Н.В.М	дуже високий	високий
27	Н.О.А	високий	високий
28	Н.О.Л	дуже високий	високий
29	К.Е.О	високий	високий
30	К.Ж.О	дуже високий	дуже високий
31	К.В.А	високий	високий
32	Л.Д.Д	дуже високий	дуже високий
33	Г.Т.В	дуже високий	дуже високий
34	Ц.Б.В	високий	високий
35	Х.Я.А	високий	високий
36	П.С.В	дуже високий	дуже високий
37	Д.В.О	високий	високий
38	Ж.О.С	високий	високий
39	Ч.Р.К	середній	середній
40	Я.С.Д	високий	високий
41	С.Р.В	високий	високий
42	І.Л.Г	високий	високий
43	Ж.В.Г	високий	високий

44	Б.К.Е	високий	дуже високий
45	Ю.П.А	високий	дуже високий
46	Щ.О.Г	високий	високий
47	З.В.Е	високий	високий
48	Ф.Ф.В	високий	високий

Додаток №4

Додаток № 5

№	ПІБ	Рівень комунікативної толерантності
1	Ч.А.П	Середній рівень
2	В.В.К	Низький рівень
3	К.О.Д	Низький рівень
4	Р.Е.О	Високий рівень
5	П.А.С	Середній рівень
6	П.О.А	Високий рівень
7	Т.М.А	Низький рівень
8	Р.М.О.	Високий рівень
9	В.О.О	Низький рівень
10	П.Е.В	Низький рівень
11	А.А.Р	Середній рівень
12	Р.Т.О	Низький рівень
13	Т.О.А	Низький рівень
14	В.Н.В	Високий рівень
15	У.В.В	Середній рівень
16	С.С.Д	Низький рівень
17	Н.Н.Е	Середній рівень
18	А.М.Л	Низький рівень
19	Г.Ф.І	Високий рівень
20	Р.Д.Я	Високий рівень
21	К.А.І	Середній рівень
22	Р.Н.О	Середній рівень
23	О.М.Ф	Середній рівень
24	Л.Л.Л	Середній рівень
25	Л.А.М	Низький рівень
26	Н.В.М	Середній рівень
27	Н.О.А	Низький рівень
28	Н.О.Л	Високий рівень
29	К.Е.О	Середній рівень
30	К.Ж.О	Низький рівень
31	К.В.А	Середній рівень
32	Л.Д.Д	Середній рівень
33	Г.Т.В	Низький рівень
34	Ц.Б.В	Високий рівень
35	Х.Я.А	Середній рівень
36	П.С.В	Низький рівень
37	Д.В.О	Середній рівень
38	Ж.О.С	Середній рівень
39	Ч.Р.К	Низький рівень
40	Я.С.Д	Низький рівень

41	С.Р.В	Середній рівень
42	І.Л.Г	Середній рівень
43	Ж.В.Г	Низький рівень
44	Б.К.Е	Середній рівень
45	Ю.П.А	Низький рівень
46	Щ.О.Г	Високий рівень
47	З.В.Е	Середній рівень
48	Ф.Ф.В	Середній рівень