

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЧЕРНІВЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЮРІЯ ФЕДЬКОВИЧА**

**Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи
кафедра практичної психології**

СТРЕСОСТІЙКІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

**Кваліфікаційна робота
Рівень вищої освіти – другий (магістерський)**

Виконала:

студентка 2 курсу, 604 групи
Дергач Андрія Олександрович

Керівник:

Проф.док.пед.наук Тимчук.Л.І.

*До захисту допущено
на засіданні кафедри
протокол №4.1 від 3 листопада 2023 р.
Зав. кафедрою _____ Радчук В.М.*

Чернівці – 2023

Анотація

Дергач Андрій Олександрович

Тема роботи: **«СТРЕСОСТІЙКІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ»**

Спеціальність 053 Психологія, ОПП «Практична психологія»

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Чернівці, 2023 рік.

У дипломній роботі у цій кваліфікаційній роботі здійснений аналіз різних підходів до вивчення поняття стресостійкості, виокремлено складові структури стресостійкості медичних працівників, та експериментально доказано, що є взаємозв'язок між стресостійкістю і власне рівнем толерантності до невизначеності саме у медичних працівників.

Дослідження проводилось в Центральній міській лікарні Чернівецької міської респондентами були 32 медичних працівника.

Дипломна робота містить три розділи:

Психологічні аспекти вивчення особливостей прояву стресостійкості у медичних працівників.

У процесі роботи зроблено висновки та пропозиції щодо зменшення рівня тривожності молоді шляхом використання психокорекційних вправ та методик.

Робота містить 6 таблиць, 1 рисунок

Ключові слова: стрес, тривога, тривожний стан, рівні стресостійкості, психокорекційна робота.

ВСТУП

Актуальність теми. Сьогоднішнє суспільство живе у час швидкого розвитку різноманітних галузей науки, постійних нових відкриттів, в техніці, політиці та економіці. Це вимагає стабільної адаптації до таких непостійних умов, бо практично щодня виникають стресові ситуації. Найбільше це стосується медичних працівників, а точніше їх професійної діяльності та особистості.

Критичність становища в Україні зв'язана з незакінченою пандемією та воєнними діями агресора. Медичні працівники змушені працювати в умовах постійної небезпеки, постійної боротьби з пандемією та наслідками воєнних дій, кожен день бачити неприродну смерть людей.

ВООЗ зазначила вагомою причиною емоційного дистресу працівників медичної сфери обмежений доступ їх до психологічної допомоги та підтримки для протидії депресії, тривожними розладами та стресом.

Зважаючи на вищесказане, вирішальним є ґрунтовне дослідження проявів стресостійкості медиків в часі війни та в умовах пандемії, що в подальшому дозволить підготувати програму комплексної психологічної допомоги, котра дозволить зменшити психоемоційний дистрес в поняттях тривожності, страхів, власне симптомів посттравматичного стресу та формування у медичних працівників стресостійкості.

Останні роки проблема стресу та особливо стресостійкості набуває дедалі нової актуальності та розповсюженості. Значно збільшується цікавість досліджень даної проблеми в психологічній науці. Багато науковців розглядають феномен стресостійкості в окремих різних його формах прояву, але вимоги сучасності вимагають комплексного його дослідження.

На даний момент вкрай гостро є вивчення проблеми стресостійкості саме професіоналів, в яких професійна діяльність кожен день відбувається в умовах особливо небезпечних для життя. Л. Дика, П. Зільберман, О. Конопкін, Л. Мітіна, В. Моросанова, Ю. Пунапова, Р. Сагієв базисом у стресостійкості розглядають саморегуляцію людини; в свою чергу Д. Роттер вважає, що при

виборі копінг стратегій великий вплив має локус контролю; Дещо інше розуміння Л. Собчик яка стверджує, що стресостійкість залежить від типу ВНД; інша думка у Е. Чехлатого, Н. Сироти та В. Ялтонського вони стверджують, що психічні та соматичні захворювання мають значний вплив на стресостійкість; Е. Мілерян стверджує про тотожність емоційної стійкості, здатності до саморегуляції емоцій та стресостійкість; ще одна дослідниця Н. Данилова в поняття стресостійкість вкладає здатність особистості видержувати важкі навантаження та одночасно успішно вирішувати різноманітні завдання в екстремальних обставинах; Тоді як В. Маріщук говорить про здатність подолання стану сильного чуттєвого збудження, інтегративну особливість особистості, що акомодує емоційну, вольову, інтелектуальну та мотиваційну складові психічної діяльності людини, та які забезпечують оптимальні можливості та сприяють досягненню цілей діяльності в дуже складних екстремальних ситуаціях.

Мета дослідження: вивчення психологічних чинників формування стресостійкості медичних працівників в умовах війни та визначення засобів і методів подолання дистресу.

Відповідно до мети дослідження визначено наступні **завдання:**

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз психолого-педагогічних джерел вивчення та розуміння поняття стресостійкість, прояву стресостійкості у медиків в часі війни.

2. Провести підбір респондентів, експериментально виокремити психологічні чинники формування у медичних працівників стресостійкості.

3. Знайти взаємозв'язок стресостійкості медичних працівників з толерантністю до невизначеності в професійній сфері.

4. Підготувати психологічні рекомендації стосовно формування у медичних працівників стресостійкості.

Об'єктом дослідження виступає стресостійкість медичних працівників як властивість особистості.

Предметом дослідження виступають психологічні чинники формування стресостійкості медичних працівників в часі війни.

Гіпотеза дослідження: є взаємозв'язок стресостійкості та рівня толерантності до невизначеності у медичних працівників.

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз, порівняння та узагальнення, систематизація, синтез, класифікація, діагностики та корекції стресостійкості медичних працівників.

- емпіричні: клінічний аналіз, психолого-педагогічний аналіз, спостереження, аналіз бесід, опитування медичних працівників, анкетування, методи математичної статистики, психолого-педагогічні експерименти, тестування.

Експериментальна база дослідження: дослідження проводилось в Центральній міській лікарні Чернівецької міської респондентами були 32 медичних працівника.

За отриманими даними розроблено психокорекційну програму формування власне стресостійкості у медичних працівників.

Структура та обсяг роботи. Робота складається з вступу, чотирьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 50 найменувань та 4 додатків. Робота викладена на 68 сторінках друкованого тексту, вміщує 4 таблиці та 10 рисунків.

РОЗДІЛ І. ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПОНЯТТЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ПРАЦІВНИКІВ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ У ПСИХОЛОГІЇ

1.1. Характеристика стресостійкості особистості в психології

Найголовнішим поняттям у психології є особистість та її наукове дослідження. Вплив соціальних чинників таких, зокрема, як професійна діяльність не завжди спричиняють позитивну дію на ріст особистості. Це, насамперед, залежить від особливостей самої психіки особи, тобто властивостей її нервової діяльності. Ще вирішальну роль, саме в цьому випадку, грає спадковість. Не останню роль бере і характер особистості, та й його фізичне здоров'я. Спрямованість особистості, її вмотивованість, її особистісна зрілість саме це входить до загальної картини фахівця. В нашому випадку це медичний працівник.

Фахова діяльність медичних працівників напряду не зв'язана з екстремальними ситуаціями однак в умовах війни більшість медиків зустрічаються з великою кількістю травм непритаманних для мирного життя і це вже виступає для них екстремальною ситуацією. Яку дію ці екстремальні обставини будуть справляти на особистість – значно залежить від власне якості стресостійкості. Багато науковців розглядають стресостійкість особистості з позиції соціально-психологічного рівня та трактують як: збереження здатності людини до соціальної адаптації; збереження вагомих міжособистісних зв'язків; та можливості вдалої самореалізації, досягнення всіх життєвих цілей; звичайно збереження працездатності; та головне не втрати здоров'я [15]. Утримання чи підвищення рівня стресостійкості особистості зв'язане з шуканням ресурсів, які допоможуть людині подолати негативні наслідки екстремальних ситуацій.

Щербатих Ю. з одержаних результатів дослідження щодо факторів, які мають вплив на стресостійкість людини, вказує такі: вроджена особливість

організму, надбані в ранньому дитинстві навички, особистісні якості, фактори соціального оточення, а також когнітивні чинники.

Відповідно до психогенетичного вчення, реакції людей на певні подразники середовища приблизно на 30-40% визначені спадковістю, яку отримали від батьків, та приблизно на 60-70% залежні від виховання, життєвого досвіду, власних тренувань, набутих навичок, вироблених умовних рефлексів тощо. Через це, одні особистості завжди мають більшу схильність щодо переживання стресу, а інші ж показують до нього стійкість [30].

Доцільно зазначити, що кожній людині притаманний власний індивідуальний план поведінки в стресових обставинах. Це питання ще характеризував Ерік Берн у своїх дослідженнях, і людське життя підтверджує його припущення [10]. Цей план формується в дитячому віці, як батьки, переживають власні стреси, ведуть суперечки перед дітьми, проявляють негативні емоції, висловлюють образи в адресу партнера за присутності дітей, і цим самим мимоволі втягують своїх дітей у власні проблеми. Всупереч усьому дитина вловлює собі приклад батьків, і в подальшому не усвідомлено повторює його вже у власному дорослому житті. Цей сформований в дитячому віці індивідуальний стресовий план «запускається» практично автоматично. Тут достатньо незначного погіршення повсякденного ритму життя, як зразу вмикається механізм дії стресу. Причому наслідки від здійснення цього стресорного плану можуть мати вкрай складніші ефекти, чим фактори, що їх спричинили.

Науковці В. Аббакова та М. Перре припускають, що стресостійкість індивіда, залежить від безлічі чинників, а точніше: самої доброякості стресорів, властивостей особистості, знань яким чином подолати перенавантаження, та безлічі соціальних факторів [1].

Б. Ананьєв зазначає, стрес-толерантність особистості її витривалість щодо дії фрустраторів має залежність від якості психологічної допомоги, моральної підтримки, співучасті, емпатії інших людей, власне єдності групи. Тоді як дезінтеграція соціальних зв'язків спонукає до ліквідації

інтраіндивідуальної будови людини, появи негайних внутрішніх криз, які власне саме дезорганізують поведінку [3].

Величезну роль, у побудові стресостійкості відіграє – соціальна підтримка. Видом соціальної підтримки постає соціально-психологічна допомога: інформаційного, емоційного, інструментального чи функціонального характеру. Соціальна як і власне соціально-психологічна допомога помтає певним бар'єром між стресом та його негативними наслідками, знижає патогенну дію стресу, а це в свою чергу безпосередньо впливає на здоров'я. Тому, соціальна допомога виступає важливим джерелом збереження психологічної врівноваженості кожного індивіда в стресових обставинах. Багато науковців стверджують, що власне позитивне суспільне оточення (серед якого друзі, і сім'я, і колеги) також може виступати вирішальним фактором збереження самої стресостійкості індивіда. Отому суспільне оточення може розглядатися соціально-психологічним ключом подолання стресу.

Наступним джерелом стресостійкості постає психологічна компетентність особистості, власне рівень її психологічної освіченості та безпосередньо психологічної культури. Водночас з суспільним досвідом компетентність встановлює конкретні різновиди адаптивних процесів в конкретних екстримальних ситуаціях. Зараз до найбільш досліджених в даній галузі на даний момент власне особистісних ресурсів відносять наступні:

- активне мотивування протиборства, ставлення до стресів як шансу здобуття особистого власного досвіду та резерву особистісного росту;
- сила Я-концепції, власна гідність, самооцінка, особиста значимість, ну і звичайно «самодостатність»;
- активна повсякденна позиція: чим завзятіше відносишся до життя, тим буде вищою психологічна стійкість до стресових обставин;
- позитив та раціональне мислення;
- емоційно-вольові властивості;
- фізичні ресурси (тобто стан тілесного здоров'я та відповідне ставлення до нього як до великої цінності).

У своїх роботах науковці розділяють інформаційні та інструментальні ресурси власне до яких належать:

- змога взяти обстановку під контроль (рівень її впливу на особистість також оцінюється відповідно);
- застосування методів чи власне прийомів досягнення довгоочікуваного результату (здібності, сама майстерність, успішність);
- здібність до адаптації, застосування техніки взаємодії для зміни себе та довколишньої дійсності, власна активність інформаційна та діяльнісна щоб змінити становище взаємодії людини та самої стрес-обстановки;
- матеріальні джерела: саме високий ступінь матеріальних доходів і самих фізичних умов (а це дає змогу поновлювати первинні фізіологічні вимоги), також безпека життєдіяльності. Звичайно стабільна оплата праці тощо) [14].

Е. Фромм виділяє три психологічні джерела, які власне допомагають особистості в пережитті нелегких життєвих ситуацій:

- Надія – виступає психологічною категорією, однозначно сприяє самому життю та особистісному росту. Власне виступає станом активного очікування та одночасно готовністю зустрітися з абичим невідомим;
- Рациональна віра – реальна власна переконаність, що є безліч справжніх можливостей однак потрібно вчасно виявити ці можливості.
- Душевна сила – особистісна мужність. Проявляється як здатність чинити опір потрясінням долі, також перетворювати становище на «голий оптимізм» чи саме в ірраціональну віру [28].

Г. Сельє виокремлює два різновиди адаптаційних джерел власне людського організму який переживає стрес: так звана поверхнева адаптаційна енергія та протилежна глибинна адаптаційна енергія. Тоді, поверхневі ресурси в нашому організмі зразу активізуються при першій же потребі, вони дуже швидко та легко поновлюються. Коли проходить власне поновлення адаптаційних ресурсів, тоді саме організм не переходить у так званий перед хворобливий стан. Щодо поверхневої адаптаційної енергії, то вона власне

відновлюється за рахунок глибинної, а та мобілізується через адаптаційні переобладнання гомеостатичних механізмів самого нашого організму. А сама активація цієї глибинної адаптаційної енергії власне здійснюється тоді, коли особистість тривалий час знаходиться, перебуває в стресовому стані, а поверхневі наші ресурси виснажені. Спостерігається, що в деяких особистостей відрізняється ритм включення цих «глибинних» резервів і буває зовсім безсилим для подавлення дії стресора, і тоді ці особистості вирізняються зниженою стресостійкістю. А власне коли відбувається саме виснаження вже глибинних ресурсів це явище викликає старіння та неминуче веде до загибелі організму [24].

Отже, власне стресостійкість особистості досліджують саме на соціально-психологічному рівні як можливість: збереження спроможності до суспільної адаптації; також збереження міжособистісних зв'язків; здатна сприяти успішній самореалізації, звершенню життєвих цілей; не втрати працездатності; та власне збереження здоров'я.

Збереження чи підвищення рівня стресостійкості людини однозначно пов'язане з шуканням ресурсів, джерел що сприятимуть їй в поборенні негативних ефектів самих стресових ситуацій. Так під джерелами власне розуміють внутрішні, а також певні зовнішні перетворення, які підвищують саме психологічну стійкість даної особистості в стресових обставинах.

Особливу категорію становлять джерела стресостійкості які репрезентують власне характер та прийоми долаття стрес-ситуацій, певні стратегії та шаблони власної поведінки, що дозволяють людині протистояти стресу. Сам характер поведінки, що спроможна здолати стресові фактори, в значній мірі також залежить від самої власної життєвої позиції, від тої активності особистості, та від потреби у власній самореалізації своїх особистих потенціалів і знову ж таки власних здібностей.

Стресостійкість виявляє стан фізичної виснаженості, емоційної знемоги та психічного виснаження, що виникає як наслідок тривалої включеності в емоційно-напружені власне складні і в водночас самі значимі ситуації.

1.2. Психологічні аспекти виконання професійної діяльності в екстремальних умовах

В психологічній науці акцентують увагу на декількох підходах щодо розуміння власне екстремальних умов діяльності. Пропонуємо розглянути їх детальніше.

А. Мартинов у власних працях характеризує екстремальні умови професійної діяльності такими, котрі на особистість спричиняють дію різні шкідливі та однозначно небезпечні чинники, що спроможні породити стійку та навіть раптову втрату здоров'я, можуть травмувати людину, а можуть спровокувати розлади, і однозначно при несприятливих обставинах будуть викликати патологічні зміни в самому організмі [18]. В роботі І. Котенева, крім небезпеки для власної життєдіяльності та особистого здоров'я людини збоку екстремальних умов, акцентується великий ризик появи дистресу та як наслідок виникнення різноманітного характеру нервових та психічних розладів, котрі відомі як синдром посттравматичних стресових розладів.

Похожу думку висловив Ю. Александровський, який засвідчив, спроможність екстремальних умов власне викликати певні порушення саме в психічній діяльності особистості [5].

За В. Маріщуком [28], екстремальність визначають за такими признаками: всілякі емоціогенні впливи, які однозначно пов'язані з небезпекою для людини, появою новизни, підвищеною відповідальністю; небезпекою ураження мас, так би мовити стихійного лиха; діяльністю в нічний період часу, за наявності сенсорної депривації, в отриманні безлічі суперечливої інформації; в наростанні стану паніки, а саме в ситуації війни; поява надлишкової психічної напруги через різноманіття відповідальної розумової, психомоторну діяльність; збільшення зайвого навантаження на вербальні, мовленнєві функції найгірше в умовах зашкалюючих емоцій; надмірне фізичне навантаження; занадто сильна і фізична напруженість, і емоційна напруга в часі прискорень, навантажень та тиску на вестибулярний апарат, в умовах різноманітних

перепадах тиску тощо; також умови тривалої гіпокінезії, дії режиму гіподинамії; впливу несприятливих погодних та кліматичних умов; незручні впливи та дія різноманітних радіочастот, вплив різних шумів, дія частотної вібрації; також присутність у повітрі різних шкідливих часток; нарешті наявність голоду, холоду, спраги тощо.

Беручи до уваги такі чинники як силу та час дії факторів зовнішнього, а також і внутрішнього середовища дослідник розпізнає найкращі умови середовища, саме параекстримальні, далі екстремальні, також паратермінальні та власне термінальні. Така диференціація залежить в основному від відмінностей ступеня та динаміки фізіологічних показників і знову ж таки психологічних ознак людини. Тому, параекстримальні умови виявлятимуться невеликою мобілізацією своїх функціональних резервів, переважно зазвичай на певному рівні нашої економічної такої нейрорефлекторної регуляції і вони пов'язані з мізерним підняттям виділення нашою мозковою часткою самих наднирників катехоламінів (власне адреналіну та норадреналіну).

Коли маємо власне паратермінальні умови, тоді сама динаміка фізіологічних змін та відповідно психологічних змін трактується тим, що певною мірою призупиняється перерозподіл власне функціональних запасів і зазвичай розпочинається їх спад. Тоді можливості організму зазвичай виснажуються, та й починає появлятися виражений яскраво анте-депресивний стан. І навпаки, коли ми не прагнемо зупинити дію екстремальних факторів, зазвичай можуть виникати саме термінальні умови. Власне саме за паратермінальних умов часто може розвинутих якась патологія. Термінальні умови навіть можуть вести до самого летального завершення [16].

Н. Наєнко у своїх роботах екстремальність характеризує саме за трьома щаблями її вияву: умов складних, умов параекстремальних та власне екстремальних [23].

Значна більшість авторів солідарно сходяться на думці, про те, що екстремальні умови власної діяльності людини є таким, які виставляють

занадто підвищенні або навіть взагалі надмірні вимоги саме щодо психічного потенціалу і фізичних можливостей самої особистості.

Екстремальні умови завжди мають свою особливість, тоді сама екстремальна ситуація часто може викликати у людини загалом погіршення критичності мислення, також координації рухів їх точності, навіть зниження властивостей уваги, процесу сприймання, пам'яті.

В різних людей відмінний тип реагування на саму екстремальну ситуацію.

В. Лебедєв пропонує такі типи неадекватної власне психічної реакції в конкретних небезпечних умовах: ажіотаж і власне короткотривалий ступор. При ажіотажі людині властива тривожність, стурбованість, певна автоматизація рухів, сповільнена мислена діяльність, зазвичай порушення сприймання. Зокрема для ступора властиве заціпеніння але зберігається власне інтелектуальна діяльність [19].

К. Платонов пропонує таку класифікацію власних людських емоційних реакцій на саму дію екстремальних ситуацій: – власне астенична реакція страху, яка саме виявляється в заціпенінні, тремтінні, певних неадекватних діях; паніці; нападах тривоги, бентежного очікування; – та стеничне збудження, яке однозначно пов'язане з свідомою саме активною діяльністю у небезпеці [24].

У дослідженнях Є. Мілеряна зазначені такі різновиди поведінки в часі дії екстремальних умов:

✓ Напружена – проявляється в загальмованості, такій загальній сповільненості, надмірній особистій імпульсивності та напруженості в процесі виконання дій.

✓ Ляклива – виявляється у свідомому ухилянні людиною в першу чергу від виконання власних обов'язків, також деколи спостерігається бездіяльність і в окремих випадках відстороненість щодо розуміння справи.

✓ Агресивно-безконтрольна – це надзвичайно небезпечна і яскрава форма вияву власне емоційної нестійкості у людини, вона виявляється безконтрольною, дуже агресивною і практично алогічною діяльністю.

✓ Прогресивна – ця навпаки по відношенню до всіх інших форм виявляється значним покращенням показників діяльності.

Деструктивні різновиди поведінки людини в екстремальних ситуаціях розкриває Т. Томашевський:

– гіпермобілізація – характеризується активізацією фізіологічних функцій, емоційним піднесенням, знервованістю, напругою, погіршенням точності рухів особистості, а це частенько викликає небезпечні ситуації;

– втрата орієнтації – тут спостерігається порушення процесу сприймання та обробки інформації, викривляються процеси контролювання та процес оцінювання причин неуспіхів, також відбувається втрата власне впевненості в собі;

– втрата розуміння головного – відбуваються трансформації співвідношення головних та другорядних вчинків, увага зосереджується на неважливих питаннях, все тому, що погіршується увага до головних питань;

– розвалюється структура операцій, руйнується послідовність – дезорганізується вся внутрішня система і втрачаються взаємозв'язки між окремими елементами операцій. Саме це все призводить власне до втрати загального основного взаємозв'язку усіх операцій;

– спостерігається загострення захисних дій – особистість відволікається від роботи, всю увагу зосереджує на собі, переживає жагу приховати свої невдачі; заперечення всього, апатія, прохолодність, прагнення буквально відсторонитись від даної важкої ситуації [31].

Екстремальні умови дуже негативно відбиваються власне на стані психічного здоров'я тут відбувається ураження не тільки зазвичай характерними екологічними чинниками, а саме: фізичні, хімічні, біологічні, соціальні, але й власне супровідними психогеннотравмуючими станами. Зокрема, до них відносимо:

- безпосередню загрозу особистісному життю чи здоров'ю;
- непрямий вплив подібної загрози як наслідок очікування її реалізації;
- сексуальне чи фізичне насилля;
- участь у воєнних діях;
- тероризм чи його очікування;
- ситуації депривації (зокрема, її різновидів емоційної та рухової, соціальної та сенсорної тощо), явною причиною яких є саме зміна умов життя, може бути спричинена розлучанням з близькими, може втратою роботи, неспроможність до навчання, зміна місця проживання, різні хронічні болі, також втрата фізіологічних функцій.

Вся патогенність ситуацій які переважно стають стресорами визначається: їх раптовим виникненням, їх інтенсивністю, зазвичай достатньою тривалістю, ну і цінністю для конкретної особистості. При цьому також важливе значення відіграють конституційно-типологічні якості самої особистості такі як: сама інфантильність особистості, далі акцентуованість характеру, а також психопатичність особистості, крім того соматоневрологічні ускладнення різного характеру та власне невідповідність самих механізмів психологічного захисту щодо конкретної ситуації [30].

Всі психогенні розлади завжди власне в таких ситуаційних стресорах проявляються психогенними реакціями та певними невротичними станами, а також в свою чергу невротичним та психопатичним розвитком ну і загалом власне психогенними психозами. Психози можуть бути:

1) гострими – власне як відстрочені або і зовсім хронічні реакції по відношенню до стресу (а це зазвичай різного походження афективно-шокові реакції, також реакції ступору, часто може відбуватись психомоторне збудження, крім того помутніння свідомості, істеричні напади);

2) підгострими – тут зазвичай завжди зменшується сила реакцій гострого періоду, проте однак у деякого вони часто переходять в реакції невротичного характеру саме стани (неспецифічно-маніакального, або іпохондричного, астеничного, можливо тривожно-фобічного, депресивного, чи істеричного);

3) посттравматичними – вони саме виникають після закінчення дії самого стресора – тут відбувається дуже складне емоційне та зовсім не менш складне розумове так би мовити переосмислення ситуації, що пережилася, зазвичай посилюються гіркота втрати, або різні страхи, які в більшості по змісту пов'язані з цією власною пережитою екстремальною ситуацією, посилюються також набридливі спогади щодо минулого, які виходять зазвичай на центральний план в реальному житті особистості, вони міняють манеру його життя та й повністю соціальне функціонування, також через що починають мати медично-соціальне значення [29].

Багато науковців пов'язують екстремальні умови власне з виникненням різного роду станів напруженості. Зокрема, з одного боку, саме нервово-психічна напруга постає неодмінною вимогою активізації практично усіх психічних функцій особистості, однак з іншого – власне при інтенсивній дії особливо небезпечних факторів вона негативно позначається на діяльності.

Певною мірою саме нервово-психічне зусилля власне виступає як необхідна умова самої особистісної готовності щодо певних моментів виконання складних дій, адже вона нарощує в принципі як інтелектуальні, однозначно звичайно фізичні особисті запаси людини, причому сприяє успішно здійснювати будь яку діяльність. Найяскравіше це виявляється саме у осіб з високою стресостійкістю. Однак, все-таки, при суттєвому підвищенні самого ступеня напруженості цей специфічний стан конкретної особистості починає набувати патологічного забарвлення, оскільки така напруга однозначно знижує ефективність праці людини, в деякій мірі дезорганізовує її діяльність, та навіть деформує всі її власні міжособистісні стосунки, причому ще й погіршує її власне психічне здоров'я та уражує фізичне здоров'я. Отже, таким чином, при систематичних зіткненнях людини з самими екстремальними ситуаціями, в особистості може спостерігатися розвиток багатоманітних патологічних станів психіки: можуть бути психози, всілякі неврози, різноманітного виду психосоматичні захворювання, які поступово у свою чергу призводять власне до дезадаптації поведінки, значних порушень у пізнавальній

діяльності, також у емоційно-мотиваційній сфері психіки особистості. Найбільш утрудненою формою реакції організму людини на негативні впливи виступає розвиток психосоматичних захворювань: серед яких гіпертонія, зазвичай цукровий діабет, також атеросклероз, звичайно ішемічна хвороба серця та власне виразкова хвороба.

Зрештою, наша психічна реакція та поведінкова реакція в умовах виникнення екстремальних ситуацій може набувати як конструктивного, так і деструктивного характеру. Сама специфіка реакції її спрямування залежить від змоги нашого організму, а власне нашої психіки до саморегуляції.

Екстремальні ситуації в організмі людини запускають різноманітні механізми, причому як на фізичному, однозначно на фізіологічному та звичайно психічному рівнях.

Підвищення ефективності діяльності особистості вразі виникнення екстремальної ситуації проявляється мобілізацією всіх ресурсів психіки людини з метою знешкодження загрозливих для неї обставин. Однак, навіть всупереч цьому спостерігається у людини деяке підвищення самоконтролю, раціональності сприймання та оцінки взагалі, того що відбувається, та навіть здійснення вчинків адекватних даний ситуації. Зрозуміло, що така форма реакції є найбільш бажаною, проте не у всіх та й не завжди можна її побачити. Чому? Тому, що така реакція особистості на екстремальну ситуацію буде можливою лише за присутності у неї особливих властивостей та й потребує спеціальної підготовки людини до вчинення адекватних дій в даних ситуаціях.

В разі, коли реакція на особливо небезпечну ситуацію розвиватиметься в напрямку деструкції – виникає загроза розвитку в особистості власне посттравматичних стресових розладів [8].

1.3. Психологічні аспекти впливу посттравматичних стресових розладів на особистість

Посттравматичний стресовий розлад – характеризується як наслідок затяжної реакції власне на стресогенну ситуацію вкрай загрозливої або навіть катастрофічної природи, що може спричиняти виникнення у будь якої особистості дистрес.

Сам термін був запропонований ще у 1980 р. М. Hozowitz та її колегами співавторами, а вже пізніше його добавили в міжнародну діагностичну категорію хвороб МКХ-10. Загалом цей синдром було встановлено на ґрунті аналізу переживань багатьох військових вже після завершення воєнних дій на війні у В'єтнамі, аналогічні спостереження відображались також на основі обстеження військових ще 1-ої світової війни, та після скидання атомних бомб на японське місто Хіросіму (O.I.Liston 1967).

Симптоми посттравматичного стресового розладу або скорочено ПТСР характеризується:

- спалахами вражаючих спогадів, ніби людина заново переживає ту ситуацію;
- жахливі сни, що постають на фоні хронічного “заціпеніння” та загалом притуплення емоцій;
- здригання від гучного звуку або від того, що хтось раптово підходить з заду, за спину;
- почуття пригнічення, отут власний вигляд людини її внутрішній стан перегукується з психотравмою;
- відсутність будь якої реакції людини на оточуючих, зовсім нездатність проявляти любов, чи взагалі мати якісь сильні почуття (такі як радість, певна насолода – ангедонія);
- труднощі з зосередженням уваги, складність мислення та його процесів;

- стурбованість, напруження, певний неспокій або страх: інколи складається думка буцім людина заново пробуває в небезпеці;

- певні труднощі з контролем емоцій – будь які спогади викликають тривогу або навіть смуток;

- страх, прагнення втечі від того, що хоч трішки нагадує пережиту психотравму;

- проникливі, раптові болючі спалахи страху, якоїсь незрозумілої паніки або навіть агресії, що спровоковані стимулами, які навіюють якісь випадкові спогади та зазвичай супроводжуються значним підвищенням вегетативної збудливості (це і тремор, гіпергідроз, і звичайно гіпертонія, тахікардія, тощо);

- з'являються суїцидальні тенденції, окремо спостерігається зловживання багатоманітними психоактивними речовинами.

Посттравматичний стресовий розлад зазвичай появляється вслід за замаскованим періодом на третій фазі в часі від декількох тижнів та аж до шести місяців. Протікання може бути хвилеподібним і може тривати в принципі, аж до декількох років вже після отримання психотравми. Зазвичай, у більшості епізодів хворі особистості видужують або захворювання вже переходить на стадію розладів особистості причому з явними ознаками дезадаптації, а це в свою чергу призводить до порушення будь якого функціонування в міжособистісній, також соціальній і професійній сфері і навіть зниження загальної якості життя [27].

Діагностичні критерії:

- антипатія чи розчарування в усьому оточуючому світі;
- соціальна відторгнутість, навіть відчуження, поведінка уникнення;
- відчуття порожнечі та повної безнадії, депресія;
- хронічний стан тривожності, неабиякого хвилювання від довготривалої небезпеки існування “на межі”.

Посттравматичний синдром виступає в ролі своєрідного наслідка довгострокової дії чи тривалого впливу стресогенного фактора, а дуже часто й низки подібних факторів. Також посттравматичний синдром здатний

проявитись після посиленого, однак не дуже тривалого впливу власне психогенного фактора. Загалом з аналогічними випадками медичні працівники зустрічаються по роду своєї професійної діяльності особливо це стосується епізодів воєнних дій. Тому, психологи, для запобігання ускладненням власне самого протікання посттравматичного синдрому ну і звичайно з метою покращення стану особистості, рекомендують кваліфіковану допомогу фахівця [15].

Професійна діяльність медичних працівників в мирний час, та на звичному місці роботи в принципі напряду не пов'язана з дією складних стресових ситуацій. Хоча за роки роботи вони можуть носити як ситуативний, так і хронічний характер. Саме тому важливою складовою особистості медичного працівника є його власна стресостійкість.

Загалом стресостійкість особистості розглядається на різних рівнях, зокрема науковці на соціально-психологічному рівні розглядають як: певну можливість саме до соціальної адаптації; як власне збереження важливих міжособистісних зв'язків; часто також як можливість успішної самореалізації, перспективу звернення життєвих цілей; звичайно збереження працездатності; ну і власне збереження здоров'я.

Збереження та підвищення стресостійкості особистості зрозуміло пов'язане з пошуком певних ресурсів, які однозначно допомагають їй у боротьбі з негативними наслідками тих самих стресових ситуацій. Відповідно під ресурсами розуміються певні внутрішні трансформації та певні зовнішні зміни, що допомагають бути психологічно стійкими саме в стресогенних скрутних ситуаціях.

Стресогенні ситуації, зокрема їх вплив на психіку особистості залежать від цілої низки факторів: від інтенсивності впливу, від його тривалості, особливостей психіки, звичайно наявності ресурсів та власне умов посттравматичного періоду. Однак, одним з факторів стресогенних ситуацій власне виступають самі екстремальні умови.

Екстремальна ситуація – виступає стилем життєдіяльності особистості, зазвичай суб'єктивно усвідомлюваним нею в принципі як таким, який загрозливий для її власного фізичного та й звичайно психічного здоров'я. І саме він породжує то психічне напруження. Загалом, ключовими факторами, що в принципі є причиною виникнення самої екстремальної ситуації є час, спотворена інформація, власне зміст самої діяльності тощо. Науковці виділяють такі варіанти екстремальних ситуацій: перша швидкоплинна – вона завжди виникає через дуже гострий брак часу для перспективи прийняття та потім виконання ефективних власних рішень та вчинків; друга тривала – вона вирізняється специфікою поступового збільшення напруженості, довго тривалою дією окремих подразників; наступна третя, з елементами невизначеності – вона виникає через брак інформації, певних динамічних стереотипів прийому особистих рішень в дуже складних умовах дії власне різнозначних мотивів тощо; четверта з елементами очікуваності власне розвитку подій – ця характеризується станом загальної постійної готовності щодо прийняття рішення даної надто складної ситуації, в принципі яку ми можемо спробувати передбачити (передстартова лихоманка, період очікування зайвих навантажень або готовність до певних впливів); п'ята «домінантного стану» – виникає через неадекватність власне сприймання дійсності а також певного розуміння необхідності діяти так би мовити на випередження, власне дії надпорогових подразників та чинників (це можуть бути певні ілюзії сприймання, якась певна неадекватність реакцій, думок, зрештою прийняття хибних рішень); та шоста критична – появляється завше від усвідомлення ризикованості щодо фізичного та психологічного здоров'я чи навіть загрози життя особистості.

Звичайно, що будь яка екстремальна ситуація відрізняється різновидами реагування на неї – загалом виділяють деструктивні і конструктивні види реакції.

Патогенність виникнення так званих ситуацій-стресорів характеризується наступним: вони виникають зненацька, мають велику потужність, тривалий час

дії, є надзвичайно значущими для кожної реальної особистості. Величезне значення відіграють конституційно-типологічні якості власне особистості (це і інфантильність, і акцентуації характеру, і звичайно психопатії), можливі соматоневрологічні ускладнення а також неадекватність всіх механізмів психологічного захисту саме у ситуаціях такого типу.

Екстремальні ситуації практично завжди негативно впливають власне на стан психічного здоров'я особистості. Тоді, як наслідок появлятимуться психогенні захворювання.

У появленні психогенних захворювань зазвичай ключову роль відіграють такі два головних компоненти: сам психотравмівний фактор (а точніше його сила та тривалість) ну і звичайно власне сама особистість, що попала під його вплив, так званий персональний бар'єр адаптації. Саме ці чинники головним чином характеризують стан або здоров'я, або хвороби. Посеред головних психогенних чинників виділяють: перше – психічну травму; друге – емоційну напругу; третє – емоційний стрес.

Деструктивний спосіб реакції на будь які стресові умови розвертається у розвиток стресових відхилень.

Посттравматичний стресовий розлад – видається затяжною реакцією на певні стресогенні обставини зазвичай екстраординарного, небезпечного чи інколи навіть катастрофічного характеру, котрий може викликати дистрес у котрої-небудь особистості.

Для запобігання перебігу подій у деструктивній фазі потрібно вчасно побачити викривлення психічного, а можливо і фізіологічного здоров'я медичного працівника звернувшись до відповідного фахівця та діагностичного огляду.

Висновок до розділу I

Фахова діяльність медичних працівників напряду не зв'язана з екстремальними ситуаціями однак в умовах війни більшість медиків зустрічаються з великою кількістю травм непритаманних для мирного життя і це вже виступає для них екстремальною ситуацією. Яку дію ці екстремальні обставини будуть справляти на особистість – значно залежить від власне якості стресостійкості. Багато науковців розглядають стресостійкість особистості з позиції соціально-психологічного рівня та трактують як: збереження здатності людини до соціальної адаптації; збереження вагомих міжособистісних зв'язків; та можливості вдалої самореалізації, досягнення всіх життєвих цілей; звичайно збереження працездатності; та головне не втрати здоров'я. Утримання чи підвищення рівня стресостійкості особистості зв'язане з шуканням ресурсів, які допоможуть людині подолати негативні наслідки екстремальних ситуацій.

Зрештою, наша психічна реакція та поведінкова реакція в умовах виникнення екстремальних ситуацій може набувати як конструктивного, так і деструктивного характеру. Сама специфіка реакції її спрямування залежить від змоги нашого організму, а власне нашої психіки до саморегуляції.

Екстремальні ситуації в організмі людини запускають різноманітні механізми, причому як на фізичному, однозначно на фізіологічному та звичайно психічному рівнях. Звичайно, що будь яка екстремальна ситуація відрізняється різними видами реагування на неї – загалом виділяють деструктивні і конструктивні види реакції. Для запобігання перебігу подій у деструктивній фазі потрібно вчасно побачити викривлення психічного, а можливо і фізіологічного здоров'я медичного працівника звернувшись до відповідного фахівця та діагностичного огляду.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СПЕЦИФІКИ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

2.1. Опис вибірки респондентів та етапів проведення дослідження

Наше дослідження проводилось в Центральній міській лікарні Чернівецької міської ради, респондентами були 32 медичних працівника.

Дослідження було поділено на чотири етапи, на кожному етапі виконувались відповідні завдання, кожному з етапів відповідала відповідна методика (див табл. 2.1.).

Таблиця 2.1.

Методики дослідження

| № | Назва методики | Автор | Спрямована на |
|----|---|--|--|
| 1. | «Аналіз стилю життя» (Бостонський тест на стресостійкість). | Розроблений дослідниками Медичного центру Університету Бостона | Визначення рівня стресостійкості |
| 2. | «Діагностика ступеня готовності до ризику» | Шуберт | Визначення готовності до ризику та наскільки він виправданий |
| 3. | Методика MSTAT-1 (Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance-1) McLain | Мак Лейн шкала адаптована Луковицкой Е. Г. | визначення рівня толерантності до невизначеності |
| 4. | «Інтегральна самооцінка особистості «Хто я є в цьому світі» | | Визначення самооцінки |

Метою дослідження є вивчення психологічних чинників формування стресостійкості медичних працівників в умовах війни.

Для досягнення нашої мети ми підібрали цілий комплекс психодіагностичних методів:

- психологічне спостереження;

- психологічна бесіда;
- психологічне тестування;
- математична обробка результатів.

2.2. Характеристика основних методик дослідження

На першому етапі нашого експериментального дослідження з метою отримання результатів рівня стресостійкості медичних працівників ми скористались методикою «Аналіз стилю життя» чи її ще називають Бостонський тест на стресостійкість. Дана методика використовується для дослідження власне рівня стресостійкості особистості. Ця методика складається з 20 тверджень. Кожне твердження має декілька варіантів відповідей серед яких наступні: «Завжди» – за цю відповідь досліджуваному нараховується 1 бал; наступна відповідь «Часто» – за неї 2 бали; відповідь «Іноді» – досліджуваному нараховується 3 бали; за наступну відповідь «Майже ніколи» – принесе досліджуваному 4 бали; і остання відповідь «Ніколи» – досліджуваний отримає 5 балів. Наступним кроком підбивається сума всіх набраних балів за всіма 20 твердженнями. Бали по кожному твердженню залежать від обраної відповіді. За підсумками загальній кількості набраних балів визначають рівень вираженості стресостійкості. Також треба акцентувати, що дана методика має шкалу оберненого характеру – тобто, стресостійкість особистості досліджуваного буде вище вираженою якщо у нього буде мало балів. Чим менше набрано балів – тим вища вираженість стресостійкості, чим більше набрано балів – тим менше виражена стресостійкість медичних працівників.

Результати інтерпретуються наступним чином:

Коли випробуваний медик отримав до 10 балів або рівно 10 балів – це свідчить про занадто високий прояв стресостійкості (однак при умові, що відповіді досліджуваного були чесними);

коли вся кількість балів котрі отримані досліджуваним знаходиться в межах від 11 балів до 30 – мова йде власне про нормальний (або середній) рівень прояву стресостійкості;

якщо досліджуваний отримав більше 30 балів, то це трактується як низький рівень вираженості стресостійкості;

ну і вже коли понад 50 балів – можемо говорити про дуже низький рівень вияву стресостійкості.

На другому етапі нашого експериментального дослідження ми визначали у медичних працівників рівень їх толерантності до певної невизначеності у своїй професійній діяльності. Для цього нами була обрана методика MSTAT-1 (Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance-1) McLain, а точніше її модифікація адаптована Е. Луковіцкою [34].

Ця методика складається з запропонованих 22 ситуацій на котрі потрібно відповісти за принципом семантичного дефіренціалу, в межах від -3 до 3. Однак сам тестовий бал може знаходитися у межах від – 66 до +66.

При проведенні інтерпретації та підведенні підсумків сума позитивних показників є ознакою толерантності до невизначеності, а, відповідно, сума негативних показників виступає ознакою інтолерантності до невизначеності.

На третьому етап нашого дослідження ми визначали схильність до ризику, а точніше ступінь схильності до ризику у медичних працівників. Для досягнення цієї мети ми скористалися методикою «Діагностика ступеня готовності до ризику» яка розроблена та запропонована автором Г. Шуберта.

Методика є тестовою та містить 25 тестових запитань. Кожне питання може оцінюватися балами в межах від -2 до +2.

Досліджуваний отримає 2 бали при умові, що він повністю погоджується з даним твердженням, «Так» повністю згідний;

Якщо досліджуваний вибирає відповідь швидше мабуть «Так» аніж «Ні», йому додається 1 бал;

Коли ж вибір досліджуваного зупинився на відповіді ні «Так», ні «Ні», йому складно визначитись, обирає дещо посереднє, йому нараховується 0 балів;

При обрані відповіді досліджуваним швидше «Ні», чим «Так» тоді йому нараховується - 1 бал;

Коли досліджуваний обирає повністю стверджувальну однак негативну відповідь точно «Ні» він отримує - 2 бали.

Усі відповіді в цьому тесті можуть бути в межах від – 50 і до +50 балів.

Інтерпретація результатів:

За умови, що досліджуваний набирає в сумі по тесту менше -30 балів, це говорить про його надміру обережність;

Якщо загальна сума після проходження тесту знаходиться в межах від -10 балів до +10 балів це виступає середнім показником;

І в тому випадку якщо сума всіх отриманих балів по тесту є більшою + 20 балів, такий досліджуваний реально схильний до ризику.

Четвертий етап нашого експерименту передбачав дослідження самооцінки особистості медичного працівника і для досягнення цієї мети ми скористалися методикою «Інтегральна самооцінка особистості» та скористалися субтестом «Хто в цьому світі я є» [35]. Ця методика складається з 10 інтегральних шкал, кожній з тих шкал відповідає певна якість людини: чесність, здоров'я, розум, принциповість, доброта, комунікабельність, щастя, відвертість, привабливість, сміливість. Кожну з цих шкал та відповідно якостей потрібно оцінити за семибальною шкалою при умові врахування ступеня їх наявності у себе. До прикладу, шкала здоров'я має межі від дуже хворий, що складає відповідно 1 бал і до цілком здоровий – відповідно 7 балів. Також потрібно врахувати, що показник 4 бали є середнім показником. Коли досліджуваний закінчить оцінювати всі шкали виводимо суму по всіх 10 шкалах індексах та обчислюємо показник самооцінки.

Таким чином проводимо інтерпретацію:

Якщо ознака самооцінки перебуває в межах від 60 до 70 балів, то це говорить про очевидне завищення самооцінки;

Діапазон від 46 до 49 балів вимальовується тенденція до завищення самооцінки;

Показник у межах 35-45 балів говорить про наявність адекватної самооцінки;

Якщо показник самооцінки в діапазоні від 34 до 21 балу з повним правом констатуємо тенденцію в особистості до заниженої самооцінки;

І коли показник самооцінки знаходиться в діапазоні 20-10 балів можемо говорити про наявність явно заниженої самооцінки.

Для математичного обчислення одержаних результатів ми використовували статистичну програму SPSS 17.0. А також для виявлення вагомих відмінностей у показниках середніх результатів ми скористалися t-критерієм Стьюдента. Ну і для з'ясування наявності значимих кореляційних зв'язків власне між показниками нами був обраний кореляційний аналіз Пірсона.

2.3. Аналіз отриманих результатів

З метою визначення специфіки прояву стресостійкості у медичних працівників в часі війни ми використали методику «Аналіз стилю життя» або так званий Бостонський тест на стресостійкість. Отримані результати після проведення методики та здійснення інтерпретації ми представили у вигляді таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Рівень стресостійкості медичних працівників

| Рівень стресостійкості | Кількість медичних працівників (осіб) n=32 | Кількість медичних працівників % |
|------------------------|--|----------------------------------|
| Високий | 5 | 16 |
| Середній | 21 | 65 |
| Низький | 6 | 19 |

Як відображено в таблиці найвищий відсоток досліджуваних притаманний середньому рівню стресостійкості 65%, що складає 21 медичний працівник. За шкалою даної методики це є нормальним рівнем стресостійкості властивий для сучасної особистості з помірним емоційним напруженням така людина веде активний спосіб власного життя. Для кращої наочності ми відобразили отримані результати на рисунку 2.1.



Рис. 2.1. Рівень стресостійкості медичних працівників

Як відображено на рисунку у 16% досліджуваних виявляється високий рівень стресостійкості, себто вони готові до будь якого рівня стресових ситуацій. Проте, задуматись над власним стилем життя та відповідно ставленням до особистих справ потрібно 19% наших досліджуваних, що складає 5 медичних працівників, адже в найгіршому випадку вони мають високу імовірність нервого зриву, а також у них можливий розвиток психосоматичних захворювань.

З метою більш детальнішого проведення аналізу специфіки прояву стресостійкості у медичних працівників ми поділили їх вибірку на 2 групи беручи до уваги показник стажу роботи. До першої групи увійшли медичні працівники які мають стаж роботи більше 5 років (n=21); а в другу групу –

медичні працівники зі стажем роботи звичайно менше 5 років (n=11). Отримані за таким поділом результати відображені на рисунку 2.2.

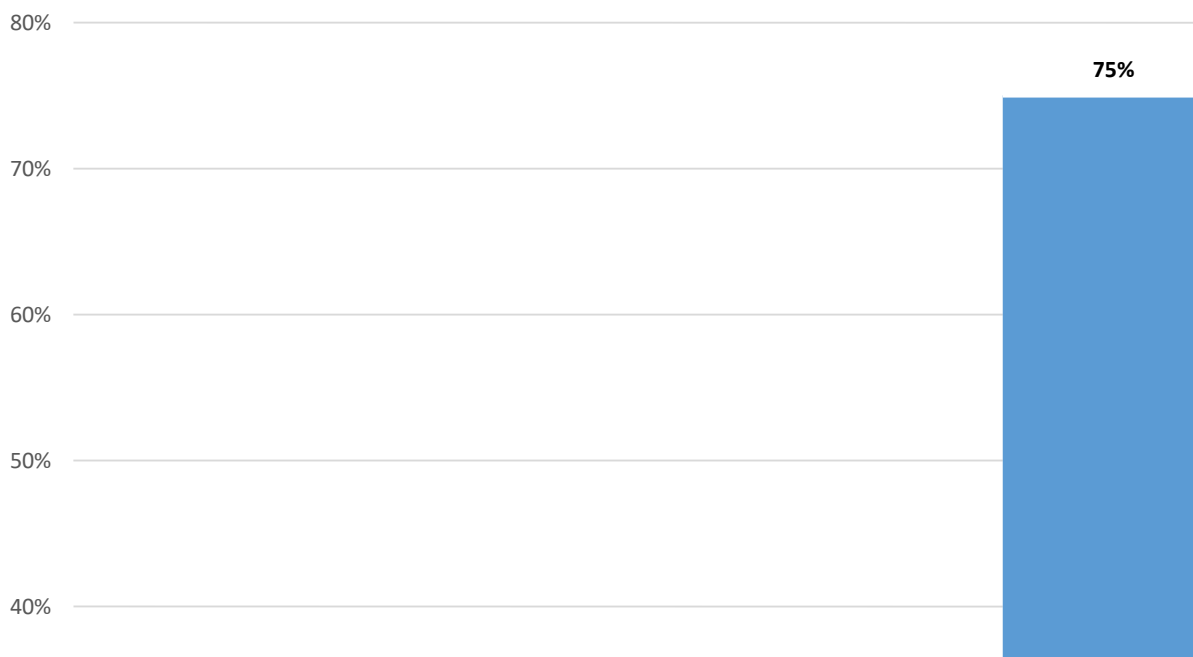


Рис. 2.2. Рівень стресостійкості медичних працівників залежно від стажу роботи

Як можемо відстежити на рисунку в більшості учасників першої групи, а це 69% притаманний середній рівень, аналогічно бачимо і в учасників другої досліджуваної групи але тут 75% медиків мають середній рівень. Таким чином медичні працівники з меншим стажем роботи, виявилися більш стійкішими до стресових ситуацій. Також це підтверджують і показники низького рівня стресостійкості. Як видно на рисунку в другій групі лише 7% медиків він притаманний тоді як високого рівня в другій групі 18% досліджуваних на протигагу результатам 13% власне у першій групі.

Теж, виходячи з даних результатів, ми зацікавилися та вирішили відстежити рівень стресостійкості з врахуванням ще одного показника – віку і також поділили учасників на дві групи. До першої групи увійшли медичні працівники до 30 років (n=18), а до другої відповідно медики після 30 років (n=14) (див. рис. 2.3.).

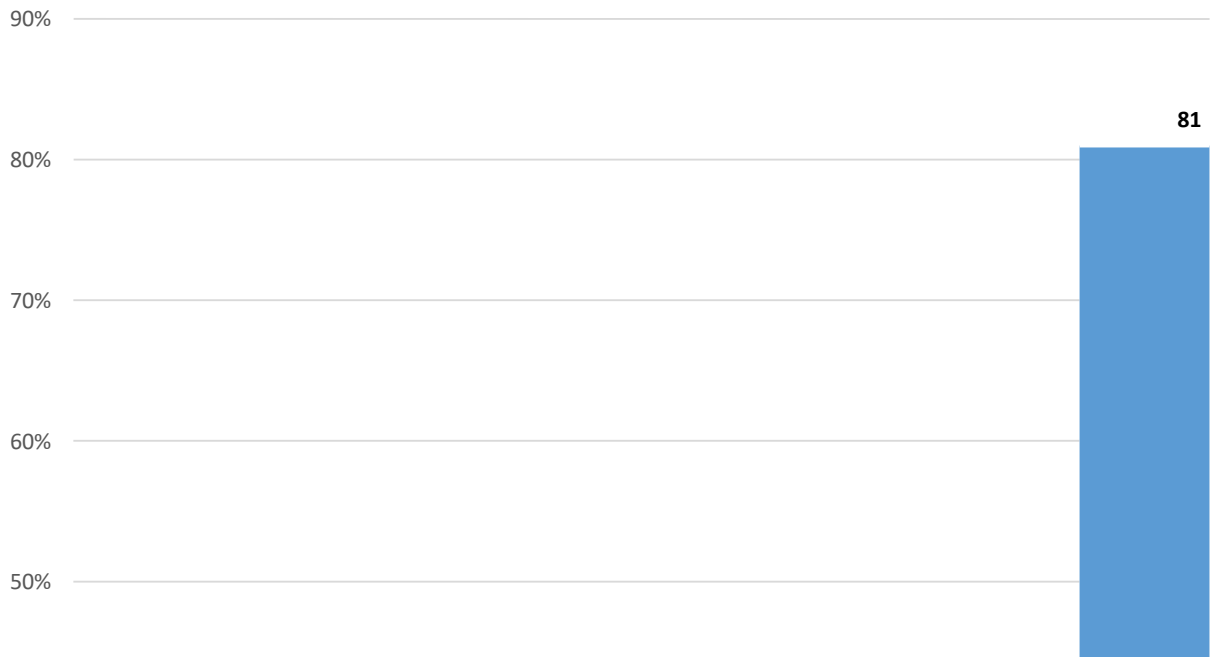


Рис. 2.3. Рівень стресостійкості медичних працівників залежно від віку

На рисунку можемо побачити, що у групі наших досліджуваних до 30 років середній рівень стресостійкості найбільше притаманний 81% учасників та лише 5% медиків цієї групи властивий низький рівень. Тобто медичні працівники молодого віку мають більший рівень стійкості до стресових ситуацій.

Порівнявши середні значення отриманих результатів за допомогою t-критерія Стюдента, по показниках віку та стажу роботи істотних відмінностей ми не спостерігали. Також ми не побачили кореляційного зв'язку між цими показниками. Отже, можна з впевненістю стверджувати, що вік та й власне стаж роботи не впливають загалом на рівень стресостійкості, так і на рівень стресостійкості зокрема.

Наступним кроком ми обробили отримані результати по методиці «Готовність до ризику» автора Шуберта. Підводячи підсумки отриманих показників нами простежується схильність до ризику всіх наших учасників експерименту. Зрозуміло, що це є нормою, так як робота медичного працівника в умовах війни кожен день передбачає різного рівня ризику.

Результати нами оформлені у таблиці 2.3.

Готовність до ризику медичних працівників

| Готовність до ризику | Кількість медичних працівників (осіб) n=32 | Кількість медичних працівників % |
|----------------------|--|----------------------------------|
| Дуже обережні | 5 | 15 |
| Середні значення | 12 | 38 |
| Схильні до ризику | 15 | 47 |

Як видно з таблиці найбільший відсоток (47%) медичних працівників схильні до ризику, 38% мають середні значення і лише 15% є дуже обережними.

Для більшої наочності та детальнішого аналізу ми знову зробили поділ вибірки на дві групи за показником стажу роботи (див. рис. 2.4.).

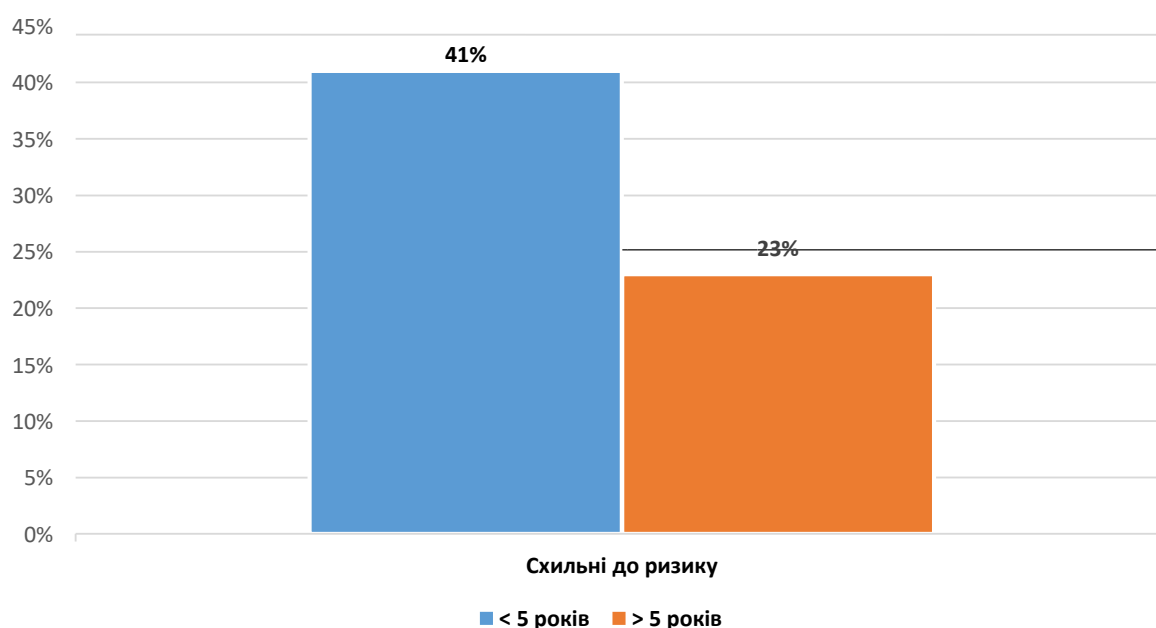


Рис. 2.4. Порівняння показників схильності до ризику медичних працівників за показником стажу роботи

На рисунку детально відображено, що більш високий показник схильності до ризику спостерігається у групі учасники якої є зі стажем до п'яти років, на відміну від тих досліджуваних стаж роботи яких триваліший за 5 років.

Аналогічно ми здійснили спостереження щодо відмінностей схильності до ризику за показником віку наших учасників експерименту (див. рис. 2.5.).

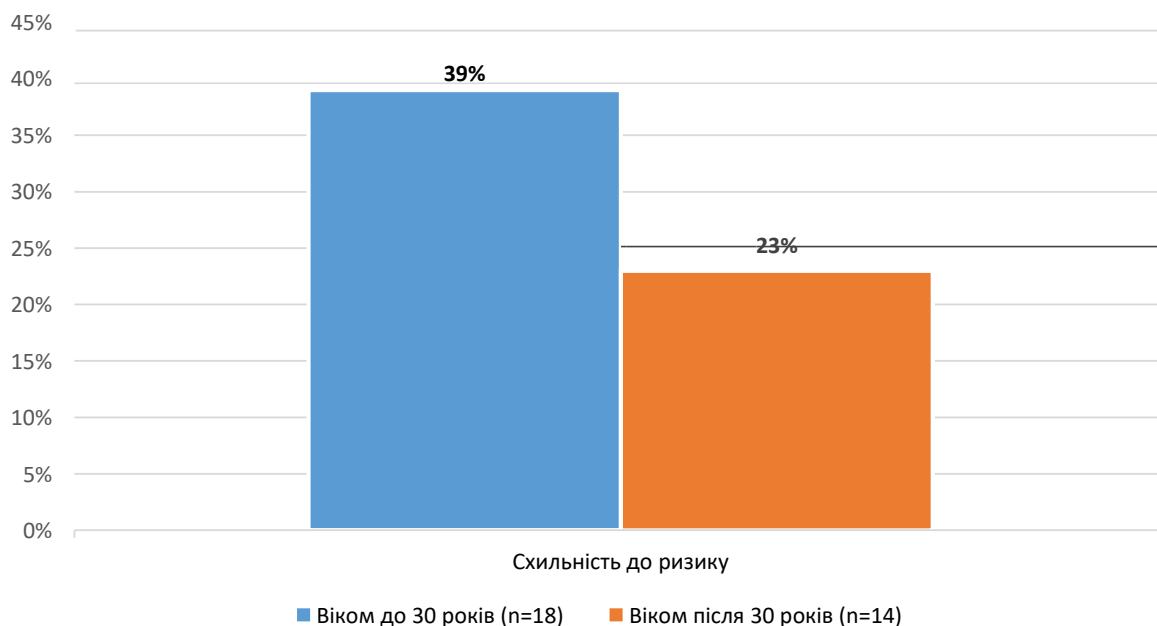


Рис. 2.5. Порівняння показників схильності до ризику медичних працівників за показником віку

Як видно на рисунку більша схильність до ризику притаманна учасникам дослідження тим котрі молодші 30 віку, тобто молодші медичні працівники. Ще одним доказом того, що молоді медичні працівники більше схильні до ризику є значима відмінність середніх значень щодо t-критерію Стьюдента $t = -7,348$; при $p = 0,001$ між учасниками даних груп.

Провівши кореляційний аналіз за шкалою «Вік» та шкалою «Схильність до ризику» ми побачили також значимі отримані показники $r = -0,897$; при $p = 0,01$. Іншими словами, чим молодшого віку медичний працівник тим вищий рівень в нього схильності до ризику.

Порівнюючи результати отриманих середніх значень між групами за стажем роботи ми одержали також досить значимі розбіжності $t = -7,751$; при $p = 0,001$, що демонструє, медичні працівники які є менш досвідченими, за стажем роботи, більше схильні до ризику.

На наступному етапі ми здійснювали аналіз результатів отриманих за наступною методикою та показником «Толерантність до невизначеності (MSTAT-1)». В цій методиці нас цікавив саме тільки показник вираженості толерантності до невизначеності у медичних працівників, тому ми одразу порівнювали результати в залежності від стажу роботи медиків (див. рис. 2.6.).

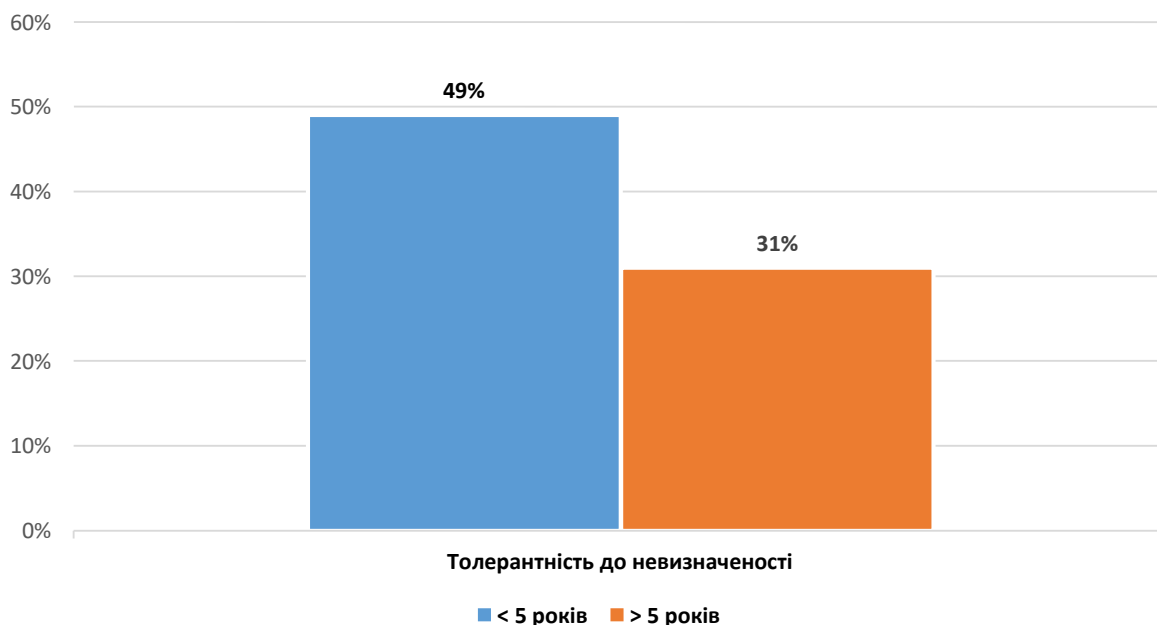


Рис. 2.6. Порівняння показників толерантності до невизначеності медичних працівників за показником стажу

На рисунку добре видно відсоток прояву власне толерантності до невизначеності у медичних працівників. Він у сумі складає 80%, що дає можливість говорити про доволі хороший результат. Однак, ми також можемо констатувати, що цей власне середній показник переважає та є вищим у групі досліджуваних в яких стаж роботи менший п'яти років, на відмінно від учасників стаж роботи в яких є більшим за 5 років. Ці результати підтверджують, що з досвідом роботи у багатьох працівників багато вже є напрацювань, більшість дій відбуваються автоматично, або з дотриманням чіткої інструкції, тому непередбачувані ситуації зазвичай викликають додаткове напруження, потребують більших затрат ресурсів, а з віком це може створювати додаткові певні труднощі.

Те, що медичні працівники в яких менший стаж роботи показують більший показник схильності вияву толерантності до невизначеності підтверджують значимі відмінності результатів середніх значень $t = -3,378$; при $p = 0,002$.

Наступним чином ми зіставляємо отриманні результати експерименту толерантності до невизначеності у медичних працівників з врахуванням показника віку досліджуваних (див. рис. 2.7.).

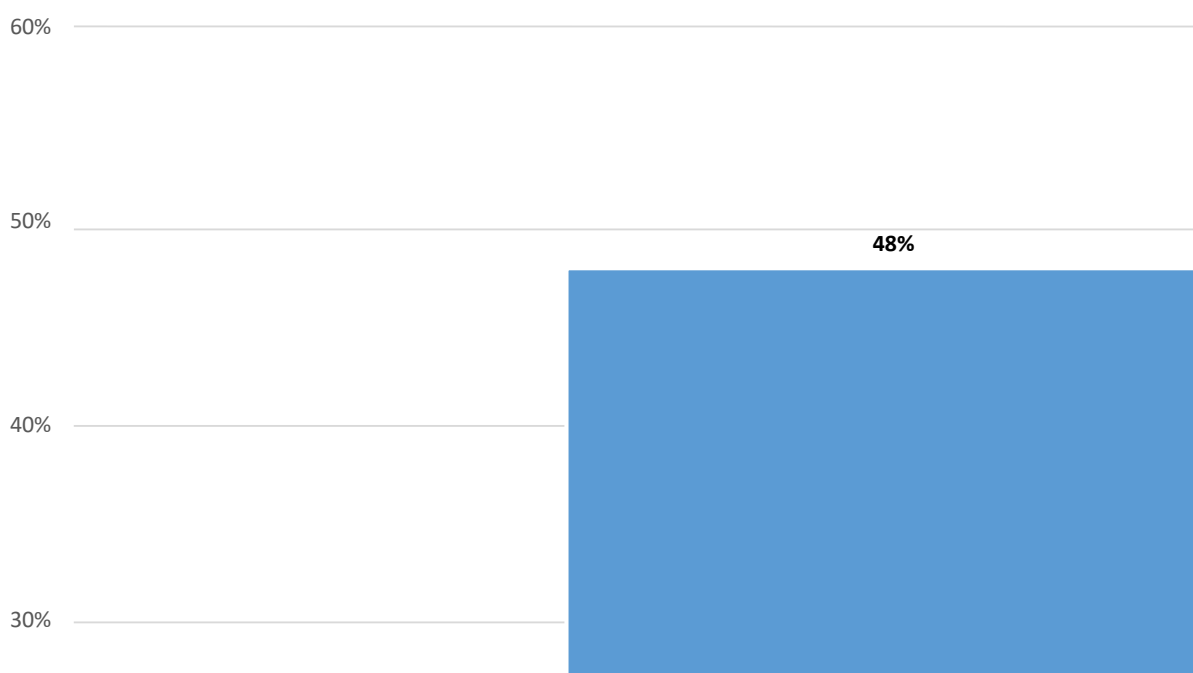


Рис. 2.7. Порівняння показників толерантності до невизначеності медичних працівників за показником віку

Зіставляючи дані показники можемо констатувати, що учасники дослідження віком до 30 років є більш схильними до прояву власне толерантності до невизначеності. Відповідно, це демонструє, що в молодому віці будь що нове, невідоме набагато легше сприймається. Приймати певні рішення в ситуації невизначеності набагато важче, оскільки вона сприяє виникненню саме додаткової напруги. Тому багато людей цього намагаються уникати і прагнуть діяти стереотипно, чи за чіткими отриманими вказівками, що є набагато простіше та з віком стає буденною справою.

При встановленні кореляційного зв'язку за шкалами «Вік» та «Толерантність до невизначеності» можемо спостерігати значимі кореляції $r = -0,489$; при $p = 0,01$, що є підтвердженням факту зі збільшенням віку значно зменшується прояв толерантності до невизначеності.

Також ми помітили між шкалами «Стресостійкість» та власне «Толерантність до невизначеності» чіткий кореляційний зв'язок з показником «-» $r = 0,465$; при $p = 0,01$. Можемо також констатувати факт зворотнього характеру в шкали «Стресостійкості», таким чином чим нижчі бали здобуває особистість, тим більше виражається якість, це дає нам право засвідчити нашу гіпотезу: особистість що має високу стресостійкість проявляє високий показник рівня толерантності до невизначеності але при рівні $p = 0,01$.

Потім з метою визначення рівня самооцінки у нашому дослідженні ми використали методику так званої інтегральної самооцінки особистості «Хто в цьому світі я є?» та отримані результати відобразили на рисунку 2.8.

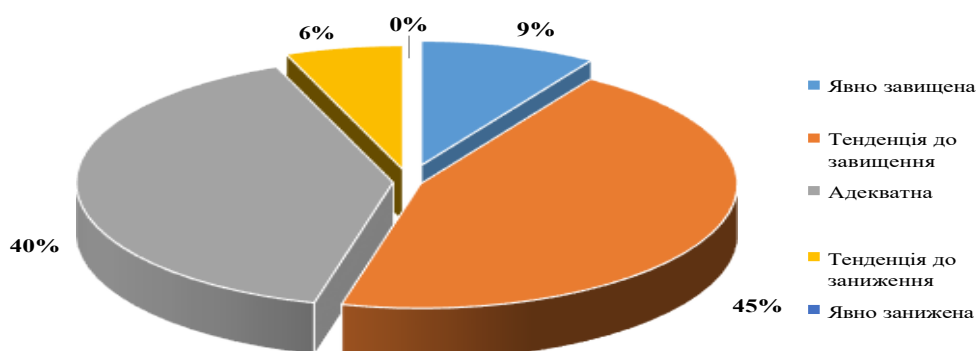


Рис. 2.8. Показники рівня самооцінки

Як видно на рисунку в цілому за нашою вибіркою простежується тенденція саме до завищеної самооцінки (45%) та властива адекватна самооцінка (40%) в більшості учасників дослідження. Для більшої наочності

результатів отриманих в експерименті ми провели аналіз рівня самооцінки з врахування показчика стажу медичних працівників (див. рис. 2.9.).

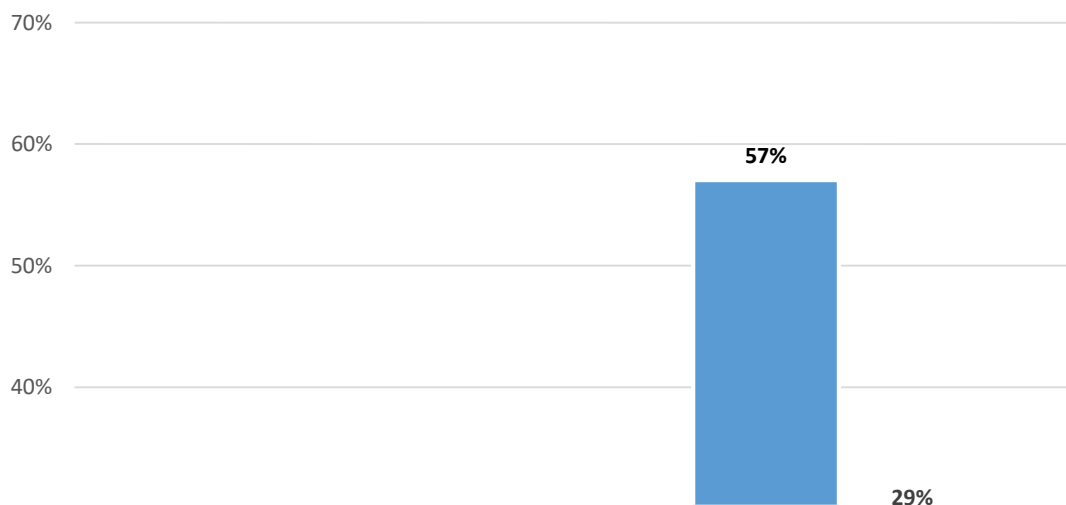


Рис. 2.9. Показники рівня самооцінки медичних працівників за показником стажу

На рисунку відображаються результати самооцінки медичних працівників з врахуванням показника стажу досліджуваних. Зокрема, бачимо що 64% медики які працюють більше за п'ять років мають адекватну самооцінку, в той же час як 57% медичних працівників що мають стажу менше п'яти років проглядається тенденція до завищеної самооцінки. В цій же групі 24% медиків мають явно виражену завищену самооцінку. За цими показниками спостерігається на значимому рівні відмінність $t = -3,782$; при $p = 1$.

Здійснивши кореляційний аналіз ми побачили значимий зв'язок у двох шкал між шкалами «Самооцінка» та «Вік» $r = -0,524$; при $p = 0,01$), а це дає можливість підтвердити: адекватного рівня самооцінка набувається з віком.

Отримані в ході експерименту середні показники за всіма методиками графічно представлені на рисунку 2.10.

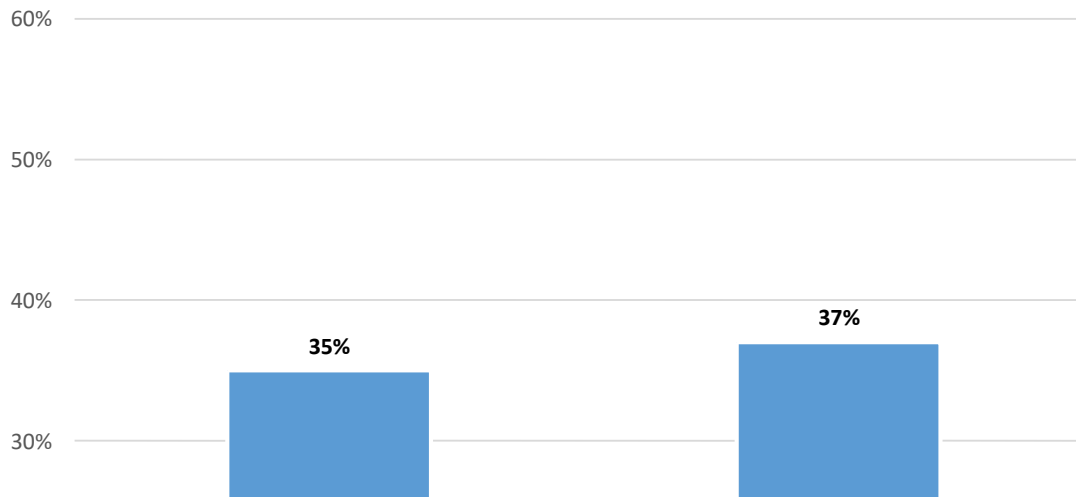


Рис. 2.10. Середні показники по всіх шкалах

Якщо зіставити з максимально ймовірними значеннями, що можна отримати по зазначеним шкалам, то показники медичних працівників за методикою власне «Бостонський тест стресостійкості» перебувають на рівні норми (норма 11-30 балів); щодо методики «Діагностика ступеню готовності до ризику» то її результати вказують на наявність високого рівня готовності до ризику; відповідно за методикою субтестом «Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance-1) McLain» результати толерантності до невизначеності знаходиться на досить високому рівні; ну і звичайно за методикою інтегральної самооцінки особистості власне «Хто я є в цьому світі» проглядається тенденція до завищеної самооцінки.

Висновок до розділу II

Провівши емпіричне дослідження та аналіз за темою «Стресостійкість як умова ефективної діяльності медичних працівників під час війни» ми можемо сформулювати основні результати за даними. По всій вибірці, в цілому, можна зауважити що всі показники учасників нашого дослідження знаходяться у межах вказаної норми. Так відповідно за методикою питальником «Бостонський тест стресостійкості» перебуває на рівні норми саме (в межах 11-

30 балів); щодо методики субтесту «Інтегральна самооцінка особистості...» однозначно спостерігається тенденція до завищеної самооцінки; тоді як за методикою субтестом «Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance-1) McLain» ми констатуємо, що толерантність до невизначеності власне перебуває на досить високому рівні; ну і відповідно до методики питальника «Діагностика ступеню готовності до ризику» одержані результати показують високий рівень готовності медичних працівників до ризику.

У більшості медичних працівників проявився середній рівень стресостійкості. Що за шкалою даної методики діагностується як нормальний (11-30 балів) – 67% учасників.

– Низький рівень стресостійкості спостерігається у 19% від вибірки (n=32). Саме на цю категорією учасників нашого експерименту вартує звернути увагу психологу.

– Здійснивши аналіз прояву стресостійкості в медичних працівників зважаючи на стаж роботи – ми помітили найбільший відсоток (75%), у представників власне середнього рівня прояву стресостійкості медичних працівників що працюють менше п'яти років.

– Виконавши аналіз прояву стресостійкості у медичних працівників звертаючи увагу на їх вік ми помітили середній рівень їхньої стресостійкості у 81% особистостей вікової категорії до 30 років і зафіксували лише у 5% досліджуваних низький рівень стресостійкості. Медичні працівники віком старші за 30 років показали середній рівень стресостійкості саме у 59% учасників експерименту; тоді як низький рівень у 25% медиків та високий рівень спостерігається у 16%.

– Провівши порівняння середніх показників саме за допомогою t-критерія Стюдента, нами не було виявлено значимих відмінностей ні за віком, ні по стажу роботи. Крім того не було виявлено також між віком та стресостійкістю ніяких кореляційних зв'язків. Таким чином, можемо стверджувати що в цьому конкретному випадку ані вік, ані стаж не мають впливу на прояв стресостійкості.

– Таким чином, присутність «-» кореляційного зв'язку саме між шкалою «Стресостійкості» та шкалою «Толерантності до невизначеності» з показником ($r = -0,465$; $p = 0,01$) та врахування специфіки шкали «Стресостійкості» яка побудована за зворотнім проявом, тобто чим вищий прояв якості, тим буде нижчий бал по даній шкалі, дозволяє нам підтвердити висунуту на початку дослідження гіпотезу про: «існує взаємозв'язок між власне стресостійкістю та самим рівнем толерантності до невизначеності серед медичних працівників» при $p = 0,01$.

Тому в нашому дослідженні власне толерантність до невизначеності виступає головним фактором стресостійкості медичних працівників в часі війни.

– За всією експериментальною вибіркою ($n=32$) простежується дуже висока готовність до ризику.

– У медичних працівників що працюють за стажем менше п'яти років у них схильність до ризику вища в них (X ср. = 41) аніж в тих медичних працівників які працюють понад п'ять років в них (X ср. = 23).

– Що стосується співставлення за показниками віку, то тут спостерігається готовність до ризику більшою у медиків молодших 30 років приблизно (X ср. = 39), а в тих які старше 30 років середній показник складає X ср. = 23.

– За результатами кореляційного аналізу по шкалах «Вік» та «Схильність до ризику» ми також спостерігаємо значимі показники а саме ($r = -0,897$; $p = 0,01$). Тобто зрозуміло, що схильність до ризику вища у молодих медичних працівників.

– Також нами були опрацьовані показники та отримані значимі відмінності власне середніх значень щодо даних груп по стажу ($t = -7,751$; $p = 0,001$), відповідно це вказує що медичні працівники які професійно працюють до 5-ти років мають більшу схильні до ризику.

– Також було виявлено і чіткі значимі відмінності в порівнянні середніх значень за віком ($t=-7,348$; $p=0,001$) і це вказує, на більшу схильність до ризику молодих медичних працівників.

– В свою чергу, медичні працівники які працюють до п'яти років, виявляють в більшій мірі власне толерантність до невизначеності а саме ($t=-3,378$; $p=0,002$) поміж груп за стажем.

– Що стосується самої шкали «Вік» та шкали саме «Толерантність до невизначеності», нами також виявлений між ними значимий кореляційний зв'язок точніше ($r=-0,489$; $p=0,01$), і це дозволяє стверджувати сам факт – високий прояв власне толерантності до невизначеності більш притаманний молодим медичним працівникам.

– В загальному по всій вибірці самооцінка одержала адекватний рівень 40% та показник з тенденцією до завищення точніше 45% медичних працівників.

– У осіб медичних працівників які працюють за стажем більше п'яти років спостерігається адекватна самооцінка 64%. Медичні працівники зі стажем роботи до п'яти років проявляють яскраво виражену тенденцію до завищеної самооцінки (57%). Ця ж група медиків характеризується учасниками яким притаманна явно завищена самооцінка (24%). Тим часом відмінності між групами по стажу роботи спостерігаються також на значимому рівні тобто ($t=-3,782$; $p=1$), що дозволяє стверджувати медики котрі мають стаж менше п'яти років володіють значно вищою самооцінкою.

– Також спостерігається дуже значимий кореляційний зв'язок і між шкалами «Самооцінка» та «Вік» і це ($r=-0,524$; $p=0,01$), що означає адекватна самооцінка формується з віком.

РОЗДІЛ III. ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ СТОСОВНО ФОРМУВАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ СТРЕСОСТІЙКОСТІ

3.1. Психокорекційна програма формування стресостійкості медичних працівників

На даний момент у сучасному світі практично кожна особистість переймається питаннями щодо психологічних станів, та зокрема, і питаннями стресу який практично кожного дня нас супроводжує ну і само собою зрозуміло поняттям стресостійкості яка допомагає нам побороти той стрес.

Сучасні люди, багатьох професій щоденно стикаються з неприємними несподіванками, і з надмірними навантаженнями, також різного роду психологічними стресами. Для них дуже важливо усвідомлювати власне які саме чинники викликають у них сильні стресові реакції, які з часом накопичуються, адже від цього наряду наряду залежить подальше життя особистості та її професійної діяльності.

Звичайно зрозуміло є те, що від того наскільки для себе ми створимо умови для профілактики стресу, формування дуже високого рівня стресостійкості відповідно буде залежати розвиток багатьох нинішніх галузей життя суспільства, найбільш це стосується представників тих професій які практично щоденно стикаються з різними екстремальними, небезпечними умовами. Власне це актуалізує та якісно по новому обумовлює створення психокорекційної програми для формування стресостійкості медичних працівників особливо в часі війни. Тому перед психологами однозначно постає складне завдання – сформувати у медичних працівників спеціальні навички для самостійного вміння долати стрес чи пониження інтенсивності дії більшості стресогенних чинників, що можуть впливати на особистість медичного

працівника та на високу ефективність виконання медиком професійних обов'язків особливо в часі війни.

Мета програми – формування та розвиток стресостійкості у медичних працівників, з допомогою усвідомлення ними власної життєвої позиції, через формування ефективної комунікації та опануванням навичками самоконтролю своїх емоцій та поведінки.

Завдання створеної програми:

1. Інформування медичних працівників щодо психологічного трактування самого поняття стресу, власне різного роду стресогенних факторів та певних прийомів їх подолання;

2. Формування у медиків позитивного образу «я», власне позитивної самооцінки та раціональної світоглядної позиції;

3. Проведення з медичними працівниками психологічної корекції негативних особистісних властивостей та якостей; поступове зниження як ситуативної так і особистісної тривожності;

4. Розвиток у медичних працівників почуття власної значущості, як фактору для формування їх стресостійкості та здатності бороти складні життєві ситуації.

Форми роботи: може бути особистісна (індивідуальна) та групова.

Методи роботи: це проведення бесід на задану тематику, лекцій та власне соціально-психологічних тренінгів.

Ми розробили та пропонуємо психокорекційну програму щодо формування стресостійкості у медичних працівників в умовах навчання та на базі центрів соціально-психологічної служби та кабінетів розвантаження. Структуру програми відображаємо у таблиці 3.1.

Дана програма передбачає проходження учасниками чотирьох блоків: перший лекційно-інформативний передбачає прослуховування лекції на дану тематику, другий включає роботу над власним «я» та своєю самооцінкою, третій – робота над тривожністю, ну і четвертий – роботу над власною значущістю.

**Структура психокорекційної програми формування стресостійкості
медичних працівників**

| Назва | № заняття | Мета | Вправи | Тривалість |
|---------------------------------------|------------------|--|--|--|
| Лекційно - інформативний блок | 1 | Інформувати молодь щодо поняття стресу, стресогенних факторів та теоретично окреслити способи подолання стресу | 1. Вправа «Знайомство» 2. Лекція на тему «Як подолати стрес і навчитися керувати емоціями» Зворотній зв'язок | 80 хв: Вправа 1 - 20 хв Лекція - 45 хв Зворотній зв'язок - 15 хв |
| Робота над образом «я» та самооцінкою | 2 | Розвиток позитивного образу «я» сучасної молоді, розвиток позитивної самооцінки та позитивної світоглядної позиції сучасної молоді | Вправа «Привітання» Вправа «Не помиляється той, хто нічого не робить»» Техніка складення списку прояву проблем Зворотній зв'язок | 85 хв: Вправа 1 - 15 хв Вправа 2 - 35 хв Вправа 3 - 20 хв Зворотній зв'язок - 15 хв |
| | 3 | | 1. Вправа «Посмішка по колу» 2. Вправа «Снігова куля» 3. Обговорення техніки складення списку прояву проблем Техніка створення нових передумов Зворотній зв'язок | 100 хв: Вправа 1 - 15 хв Вправа 2 - 35 хв Вправа 3 - 15 хв Вправа 4 - 20 хв Зворотній зв'язок - 15 хв |
| Робота з тривожністю | 4 | Психологічна корекція негативних особистісних утворень; зниження ситуативної й особистісної тривожності | 1. Вправа «Незакінчене речення» 2. Вправа «Потік вітру» 3. Вправи з глибоким диханням Зворотній зв'язок | 80 хв: Вправа 1 - 20 хв Вправа 2 - 25 хв Вправа 3 - 20 хв Зворотній зв'язок - 15 хв |
| Робота з власною значущістю | 5 | Розвиток почуття власної значущості сучасної молоді, як чинника здатності до подолання складних життєвих ситуацій. | 1. Вправа «Позитивне мислення» 2. Вправа «Компліменти» 3. Тест «Твій рівень стресостійкості та психологічного благополуччя». 4. Вправи на релаксацію Зворотній зв'язок | 90 хв: Вправа 1 - 20 хв Вправа 2 - 15 хв Вправа 3 - 15 хв Вправа 4 - 20 хв Зворотній зв'язок - 20 хв |

Лекційно-інформативний блок нашої програми має за мету сформувати у медичних працівників загальне уявлення наукового трактування психологічного поняття стресу, також їх ознайомлення з ймовірними стресогенними факторами, та впливом їх на організм особистості, розкриття прийомів подолання стресу та різноманітних технік розвитку стресостійкості.

На базисі цього блоку ми розробили лекцію на тему згідно нашої «Як навчитися долати стрес, керувати емоціями та розвивати стресостійкість». Дана лекція базується на трьох основних тезах.

Перша теза ґрунтується на тому, що під здоров'ям особистості – ми маємо на увазі і фізичне, і психічне яке напряду зв'язане із нашим світовідчуттям, з нашою «налаштованістю» та власне способом життя. Саме спосіб нашого мислення, наші відчуття, поведінка, наші прагнення, однаково визначають наше здоров'я, так як і здоров'я визначає наше життя.

Друга теза стверджує: особистість в тій самій мірі відповідає за власне здоров'я та своє життя, що й за здоров'я, благополуччя та життя своїх рідних. Саме осмислення цього дає можливість людині змінювати практично все життя.

Третя теза включає наступний контекст: неможливо певним чином зберегти або відновити наше здоров'я, коли не співпадають в людини можливості та домагання. В ході лекції розкривається власне суть поняття «стрес» як певного тиску, напруги, переживання і відповідно дається детальна характеристика саме цього стану. Науковці виділяють три стадії самого розвитку стресу. Перша – так звана мобілізуюча, підключає всі необхідні ресурси, вона має ще назву «реакція тривоги». Наступна друга стадія – опір, коли організм людини справляється із багатоманітними стресогенними впливами, настає підвищена його стресостійкість. Якщо ж це не получається, не виходить нейтралізувати чи подолати довготривалу дію шкідливих факторів, настає наступна третя стадія власне – це виснаження. Саме тут на цьому етапі сам організм людини неспроможний чинити відповідний супротив шкідливим впливам, тому виникає величезна небезпека виникнення захворювання.

Лекційно-інформативний блок обов'язково завершується зворотнім зв'язком для усіх учасників програми. У зворотному зв'язку учасники можуть задавати запитання власне лектору-тренеру, якщо вони в них виникли під час прослухування лекції, можуть уточнити чи доповнити певну інформацію або навіть навести наглядні приклади конкретних ситуацій.

У другому блоці здійснюється робота над власним «я», та своєю самооцінкою. Тут формується позитивний образ «я» у медичних працівників, відбувається розвиток позитивної самооцінки та позитивної світоглядної позиції. На нашу думку позитивна світоглядна позиція власне виступає однією з головних структурних одиниць саме формування високого рівня стресостійкості, адже створює певні перепони для дії негативних чинників на особистість. В цьому блоці пропонуються декілька профілактично-розвивальних вправ, які входять в побудову двох тренінгових занять.

У третьому блоці відбувається робота з тривожністю медичних працівників. Основна мета даного блоку проведення психологічної корекції прояву негативних виражень особистості, зниження тривожності.

Четвертий, та останній, блок запропонованої програми на меті має розвиток самого почуття власної значущості яке сприяє можливості особистості вирішувати самостійно складні життєві ситуації.

Наведемо кілька рекомендацій щодо попередження виникнення стресу та формування стресостійкості медичних працівників, дотримання яких дозволить вберегти себе від жорстокої дії стресогенних ситуацій, що практично кожного дня з різною інтенсивністю здійснюють свій вплив.

1. Вчасне виявлення стресу. Перш за все необхідно взяти для себе фактори існуючого стресу та здійснити аналіз, як особистість готова впоратися з цим стресом власне у контексті дії того чи іншого його джерела. Пропонується аналізувати власні думки, певні ідеї, почуття, звички та власне наше ставлення до факторів які викликають стрес. Варто зазначити, що самі чинники стресу не завжди очевидні, тому аналіз сприятиме особистості істотніше постановити, як варто ставитись до стресових подій, і відповідно чого

саме потрібно уникати. Відтак тоді необхідно задуматися, чи існують якісь ефективніші методи, щоб зміцнювати ваше фізичне та звісно ж психологічне здоров'я та які з них саме вам допомагають спокійно почуватися й тримати усю ситуацію під контролем.

2. Потрібно визначати стратегії управління стресом. Тут вкрай важливо, для особистості вибрати собі власний курс подолання стресу. Це можна робити зміною ситуації, чи зміною самого ставлення до ситуації. Зазвичай змінити ситуацію можливо двома шляхами:

- *уникання* стресорів – себто, уникання тих тем, що визивають дискомфорт, якісь суперечки, коли це здатні зробити але разом не втратити контекст ситуації;

- *перетворення* стресорів – тут є потреба визначити для себе певні стратегії, які дозволять трансформувати ситуацію або розв'язати її таким чином, коли однозначно мінімізуються показники ризиків її повторення. Дуже часто це торкається трансформації саме буденної життєвої діяльності, або ситуації комунікації із заданим колом людей, чи з однією конкретною особистістю тощо.

Зміна ставлення до ситуації може містити наступні стратегії:

- *адаптація* до стресорів – трактується як вміння особистості бачити проблему в інакшому ракурсі, більш ширше, вбачати позитивні моменти, утверджувати самому собі реалістичні цілі, могли аргументувати принципи власної життєдіяльності тощо.

- *прийняття* стресорів – ця стратегія ймовірна тоді, коли людина не спроможна самостійно змінити ситуацію, і разом не здатна контролювати також певні аспекти власного життя, приміром, поведінку навколишніх людей. Тоді найліпше порекомендувати сфокусувати її увагу на ті аспекти, які, навпаки, потрапляють під її вплив та особистість спроможна їх контролювати.

3. Застосування технік релаксації. Використання цих технік дає нам спроможність переключатися бодай на декілька хвилин. Однак тут має бути тиша, зконцентрованість, контроль дихання тощо. Також дуже ефективним є

застосування уяви та інших можливостей, наприклад любитися природою, мальовничими краєвидами чи приємними фото, квітами, слуханням музики, чи навпаки цілковитою тишою, повною відсутністю звуків. Доволі корисно в таких обставинах застосовувати прийоми масажу, ароматерапії тощо.

4. Використання фізичних вправ. Безліч науковців розкривають фізичне навантаження одним з найефективніших прийомів формування стресостійкості та невідкладного подолання стресу. Зокрема фізичні вправи модернізують змогу організму вживати кисень збагачують кровообіг, сприяють виробленню ендорфіну, оздоровлюють дихальну систему тощо [31-32].

Висновок до розділу III

Отаким чином, дотримуючись доволі простих рекомендацій, людина готова доволі швидко упоратися з стресом та розвинути в себе таку властивість як стресостійкість, яка допоможе їй більш ефективно діяти в процесі власної життєдіяльності. Акцентуємо увагу, що наша програма, цілеспрямована на формування структурних компонентів стресостійкості, зокрема позитивного ставлення до себе та до довколишнього світу, формування низького рівня тривожності та відповідно високої значущості себе. Також хочемо зауважити, що робота щодо формування стресостійкості у медичних працівників можлива за умови комплексного використання профілактично-розвивальних вправ, вмінь позитивно ставитись до ситуації та виробленням навичок зменшення інтенсивності впливу стресорів та вдалого поєднання фізичного навантаження з використанням релаксації.

ВИСНОВКИ

Стресостійкість медичних працівників є однією з визначальних особистісно-професійних властивостей, що дуже потрібна для успішної самореалізації у цій професії. Стабільне навантаження, безліч екстремальних ситуацій, постійне нервово напруження, дуже часто ненормований графік праці, велика потреба в комунікації особливо з важким контингентом – всі ці речі дуже негативно відбиваються на психоемоційному стані особистості медичного працівника. Акурат тому психологу та й звичайно самій особистості медичного працівника дуже важливо отримати розуміння про стан його психологічного здоров'я та й специфіку вираження його складових.

Проробивши теоретичний аналіз психологічної проблеми на тему: «Стресостійкість як умова професійної діяльності медичних працівників під час війни» ми присвятили свою увагу наступним теоретичним аспектам:

– Власне стресостійкість особистості, яку трактуємо як: збереження в певній мірі здатності до соціальної адаптації; також збереження важливих міжособистісних взаємозв'язків; допомога в успішній самореалізації, досягнення основних життєвих цілей; збереженні працездатності; та збереження здоров'я.

– Ми аналізували психологічні ресурси які дозволяють зберігати стійкість індивідуальності у стресових ситуаціях, зокрема такі: соціальна підтримка, власне індивідуально-психологічні властивості, особистісний рівень готовності саме до професійної діяльності, власне загальний рівень теоретичної так і практичної підготовки, рівень самооцінки, психологічна компетентність, енергійне відношення до життя, гідність, емоційно-вольові якості та толерантності до невизначеності.

– Екстремальні умови праці, досліджуємо фактори, що спричиняють шкідливі та особливо небезпечні впливи на особистість, які включають стійку та несподівану втрату здоров'я, також отримання травм, всякого роду розладів,

та за незручних обставин призводять до складних патологічних змін в організмі.

– Яким чином діють екстремальні ситуації на особистість і відповідно як реагувати на ці ситуації, конкретніше, реакція ступору, розгальмованість автоматичних рухів, уповільнення розумової діяльності чи навпаки її активація.

– Посттравматичний стресовий розлад – полягає у затяжній реакції на стресогенні ситуації не тільки загрозливі, а й катастрофічні, які можуть викликати дистрес у кожної особистості.

Провівши емпіричне дослідження з обраної тематики ми отримали ряд результатів.

– Загалом в учасників експериментального дослідження за шкалами: «Стресостійкість», шкалою «Схильність до ризику», та шкалою «Толерантність до невизначеності», і «Самооцінка», результати знаходяться на високому або навіть вище середнього рівнях.

– У більшості медичних працівників виявляється середній рівень стресостійкості особистості.

– Рівень стресостійкості, щодо показника стажу роботи, є більшим у медичних працівників котрі працюють за стажем до п'яти років, однак вагомих відмінностей не має.

– Рівень стресостійкості, у досліджуваних за показником віку, найвищий у медичних працівників віком до 30 років, однак знову ж значних відмінностей тут також не має.

– Таким чином, ані вік, чи сам стаж роботи мають впливу на рівень стресостійкості.

– Простежується достатньо високий рівень власне толерантності до невизначеності у людей з стресостійкістю, що в свою чергу доводить правдивість запропонованої нами на початку нашого дослідження, гіпотези на рівні $p = 0,01$.

– Тому, в загальному за вибіркою у всіх досліджуваних знаходиться на високому рівні показник готовності до ризику, однак значимий рівень виразніше проявляється у медичних працівників які за віком до 30 років.

– Також простежується особливий обернений зв'язок між здатністю до ризику та віком, таким чином спостерігається вища схильність до ризику у молодших за віком медичних працівників.

– Показник рівня толерантності до невизначеності доволі вищий у медичних працівників, що працюють за стажем роботи менше за п'ять років і відповідно до 30 років за віком.

– Самооцінка на значимому рівні, показує відмінності між молодшими та дорослішими співробітниками. Так у молодих медичних працівників до 30 років спостерігається тенденція до завищеної самооцінки.

– У осіб за віком за 30 років спостерігається адекватно висока самооцінка.

– Також нами було помічено вагомий кореляційний зв'язок між власне віком та самооцінкою медичних працівників – чим доросліший медик тим адекватніша його самооцінка і наоборот – чим молодший вік медичного працівника, тим більше завищена самооцінка.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Магда В.А. Дослідження «коефіцієнту емоційної насиченості діяльності» як визначального критерію професійної деформації в діяльності фахівців МНС / Вісник національної академії державної прикордонної служби України імені Б. Хмельницького Сер.: Педагогіка і психологія: [збірник наукових праць]: Хмельницький, 2010. С. 204-207.
2. Магда В.А. Дослідження проявів професійної деформації керівного складу ОВС крізь призму самосприйняття власної особистості / Вісник національної академії оборони України Сер.: Педагогіка і психологія: [збірник наукових праць]: – Київ : НАОУ, 2010. Вип.1 (14). С. 146-151.
3. Магда В.А. Особливості взаємозв'язку мотивації вибору професії рятувальника і локусу контролю особистості та їх вплив на розвиток професійної деформації працівників МНС / Сучасний стан розвитку екстремальної та кризової психології: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (м. Харків, 18 листопада 2010 р.), Харків. Харківський національний університет цивільного захисту України, 2010. С. 310-319.
4. Овсяннікова Я.О., Христенко В.Є. Взаємодія працівників МНС України з постраждалими у епіцентрі надзвичайної ситуації / Проблеми екстремальної та кризової психології: [збірник наукових праць]. – Харків: УЦЗУ, 2007. Вип.1. С. 330–336.
5. Овсяннікова Я.О. Підвищення стресоусталеності персоналу МНС методами інноваційних технологій / Наукове забезпечення службово-бойової діяльності внутрішніх військ МВС України: матеріали наук.-практ. конф., (9-10 квітня 2009 р., м. Харків). Харків: Академія внутрішніх військ МВС України, 2009. С. 52.
6. Овсяннікова Я.О. Формування стресостійкості рятувальників з використанням інноваційних технологій / Проблеми екстремальної та кризової психології: [збірник наукових праць]. Харків: УЦЗУ, 2007. Вип.3, ч.2. С. 87-93.
7. Особливості професійної деформації у працівників аварійно-

рятувальних підрозділів МНС України: монографія / Н.В. Оніщенко, В.А. Старик, О.В. Тімченко, В.Є. Христенко. Харків.: Нац. ун-т цив. зах. України, 2012. 150 с.

8. Сергієнко, Н.П. Стресостійкість працівників МНС на різних етапах професіоналізації / Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць. Вип. 11. Харків : НУЦЗУ. 2012. С. 200-201.

9. Старик В.А. Взаємозв'язок особистісної установки та типових форм поведінки у рятувальників / Вісник національної академії оборони України Сер.: Педагогіка і психологія: [збірник наукових праць]: Київ : НАОУ. 2013. Вип.1 (32). С. 305-308.

10. Старик В.А. Правові засади професійної діяльності фахівців аварійно-рятувальних підрозділів МНС України як передумови формування їх професійної деформації / Вісник національної академії оборони України Сер.: Педагогіка і психологія: [збірник наукових праць]: Київ : НАОУ. 2012. Вип.1 (26). С. 251-255

11. Стрюк М.І. Особливості визначення зв'язку медичних наслідків проходження служби особовим складом аварійно – рятувальних формувань та визначенням професійної придатності [Матеріали 14 – і Всеукраїнської науково-практичної конференції рятувальників 26-27 вересня 2012 року]. Київ : ІДУЦЗ. С. 375.

12. Титаренко Т. М. Профілактика порушень адаптації молоді до повсякденних стресів і кризових життєвих ситуацій: навч. посіб. / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології; за наук. ред. Т. М. Титаренко. Київ : Міленіум. 2011. 272 с.

13. Тімченко, О.В. Професійний стрес працівників органів внутрішніх справ України (концептуалізація, прогнозування, діагностика та корекція). Автореф. дис. ...д-ра. психол. наук (19.00.06) Харків. 2003. 35 с.

14. Ткаченко Н.В. Особливості стресостійкості банківських працівників / Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова Серія 12: Психологічні науки. Випуск 2(47) С. 133-139.

15. Perrez M. Stress and Coping with stress in the Family / Perrez M. – Forschungsbericht. Psychologisches Institut. Universitat Freiburg (Schweiz), 1994.
16. Bundzen P. Psychophysical and Genetic Determination of QuantumField Level of the Organism Functioning. // *Frontier Perspectives*, 2002. – V. 11, – № 2. – 59–64 p.
17. Horowitz M. J. Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders / M. J. Horowitz // *Hosp. Community Psychiatry*. – 1986. – Vol. 37, № 3. – 241–249 p.
18. Kajantie E, Phillips D.I. The effects of sex and hormonal status on the physiological response to acute psychosocial stress // *Psychoneuroendocrinology*. - 2006. - № 31(2). - 151-178 p.
19. Kudielka B.M., Kirschbaum C. Sex differences in HPA axis responses to stress: a review // *Biol. Psychol.* – 2005. -113 – 132 p.
20. Li Y. Construct of emotional stability and its moderating effects between proximal organizational conflicts and individual outcomes. AOM Conference. Paper, 2005.
21. Mechanic D. Students under stress: A study in the social psychology of adaptation. - Madison: University of Wisconsin Press, 1978. – 231 p. 50
22. . Motzer S.A., Hertig V. Stress, stress response and health // *Nurs. Clin. North Am.* – 2004. - № 39(1). – 1-17 p.
23. . Reyes D., Lew S.Q., Kimmel P.L. Gender differences in hypertension and kidney disease // *Med. Clin. North Am.* – 2005. - № 89(3). – 613 – 630 p.
24. Shalev A. Y. Stress versus traumatic stress: from acute homeostatic reactions to chronic psychopathology / A. Y. Shalev // *Traumatic stress: the 227 effects of overwhelming experience on mind, body, and society / Eds. Van der Kolk, McFarlane, Weisaeth.* – New York–London : Guilford Press, 1996. –77–101 p.
25. Unestahl L. E., Bundzen P. Integrated mental training. Neurobiochemical mechanism and psycho-physical consequences. // *J Hypnosis*. –1996. – № 23 (3). –148–156 p.
26. Weiss D. S. The Stress Response Rating Scale: a clinician’s measure for

rating the response to serious life-events / Weiss D. S., Horowitz M. J., Wilner N. //
British Journal of Clinical Psychology. – 1984. – Vol. 23, № 3. –202–215 p.