

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька академія»
Навчально-науковий інститут соціально-гуманітарного менеджменту
Кафедра громадського здоров'я та фізичного виховання

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня магістра
на тему: **«Особливості когнітивної сфери фахівців зі здоров'я з різною
самооцінкою та стилями лідерства»**

Виконала студентка 2 курсу групи ЗМГз – 21
спеціальності 229 «Громадське здоров'я»
освітньо-професійної програми
«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»
другого (магістерського) рівня вищої освіти
Харченко Оксана Валеріївна

Керівник – кандидат психологічних наук, доцент
Гільман Анна Юріївна
Рецензент – доктор психологічних наук, доцент
кафедри психології
Матласевич Оксана Володимирівна

"РОБОТА ДОПУЩЕНА ДО ЗАХИСТУ"

**Завідувач кафедри громадського здоров'я
та фізичного виховання**

_____ (професор, д.м.н. Гушук І.В.)

Протокол № _____ від « ____ » _____ 2025 р.

Острог, 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ КОГНІТИВНОЇ СФЕРИ ФАХІВЦІВ ЗІ ЗДОРОВ'Я З РІЗНОЮ САМООЦІНКОЮ І СТИЛЯМИ ЛІДЕРСТВА.....	9
1.1.Поняття когнітивної сфери у психологічній науці.....	9
1.2. Самооцінка як психологічне явище: поняття, структура, функції та види..	14
1.3. Лідерство як управлінська навичка. Ознаки та стилі лідерства.....	19
1.4. Самооцінка та лідерство як важливі аспекти ефективної діяльності фахівців зі здоров'я.....	23
Висновки до першого розділу.....	26
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОГНІТИВНОЇ СФЕРИ ФАХІВЦІВ ЗІ ЗДОРОВ'Я З РІЗНОЮ САМООЦІНКОЮ ТА СТИЛЯМИ ЛІДЕРСТВА.....	27
2.1. Характеристика вибірки. Методи та етапи дослідження.....	27
2.2. Результати діагностики когнітивної сфери фахівців зі здоров'я	34
2.3. Дослідження самооцінки та стилів лідерства у фахівців зі здоров'я	44
2.4.Особливості когнітивної сфери фахівців зі здоров'я з різною самооцінкою та стилями лідерства	51
Висновки до другого розділу.....	60
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОГНІТИВНОЇ СФЕРИ ФАХІВЦІВ ЗІ ЗДОРОВ'Я З РІЗНОЮ САМООЦІНКОЮ ТА СТИЛЯМИ ЛІДЕРСТВА.....	63
3.1. Схема когнітивної сфери фахівця зі здоров'я з різною самооцінкою та стилями лідерства.....	63
3.2. Тренінгова програма щодо розвитку когнітивної сфери фахівців зі здоров'я	67
3.3. Практичні рекомендації щодо підвищення самооцінки та лідерських якостей фахівців зі здоров'я для ефективної професійної діяльності	69

Висновки до третього розділу.....	74
ВИСНОВКИ.....	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	78
ДОДАТКИ	84

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасна психологічна наука досить ґрунтовно вивчає когнітивну сферу особистості та її зв'язок з різними психічними явищами. Когнітивна сфера особи включає систему зв'язку пізнавальних процесів, таких як: пам'ять, мислення, відчуття, сприйняття, увага, уява. Внаслідок взаємодії цих психічних процесів особа здатна отримувати, переосмислювати, зберігати та відтворювати інформацію, яку отримує із навколишнього світу, а також творчо переосмислювати накопичений досвід. Когнітивні процеси забезпечують адаптацію до змін у зовнішньому середовищі, зокрема — в умовах невизначеності, турбулентності та екстремальних соціальних викликів. Саме тому у сучасних умовах війни в Україні, дослідження когнітивної сфери набуває особливого значення, адже від її стану напряду залежить здатність людини функціонувати ефективно, ухвалювати виважені рішення та витримувати емоційно-психологічний тиск.

Фахівці зі здоров'я, до яких належать лікарі, медсестри, парамедики, психологи та інші працівники медичної сфери, сьогодні є не лише носіями професійної компетентності, але й критично важливим ресурсом у забезпеченні фізичного і психічного добробуту населення, що потерпає від війни. Вони діють на межі власних можливостей, у ситуаціях дефіциту ресурсів, інформаційної перевантаженості, постійного ризику та відповідальності за життя інших. Водночас професійна ефективність фахівців зі здоров'я великою мірою залежить не лише від рівня їхньої освіти чи клінічного досвіду, а й від індивідуально-психологічних чинників, серед яких провідне місце займають когнітивні особливості, самооцінка та стиль лідерства. Виходячи з того, що ми перебуваємо на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я, політична ситуація в країні зумовлюють потребу у виховуванні інтелектуально розвиненої особистості фахівця зі здоров'я, здатного грамотно, аргументовано та переконливо доводити власну думку, бути обізнаною у багатьох сферах науки.

Дослідження цієї теми сприятиме вдосконаленню підходів до розвитку допоможе розробити практичні інструменти для управління персоналом у сфері медицини та реабілітації, що і зумовлює актуальність нашого дослідження.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Особливості когнітивної сфери вивчали різні вітчизняні та зарубіжні науковці: О. Леонт'єв, Л. Виготський, П. Гальперіна, С. Максименко, Л. Деркач, Е. Кіричевська, М. Касинець, Г. Костюк, М. Холодна, В. Зінченко, Р. Аткинсон, Ж. Піаже, Р. Гарднер, Ф. Хольцман, Дж. Келлі, Дж. Брунер, Р. Олвер, П. Грінфілд, У. Скотт, Х. Шродер, Ф. Бартлетт, С. Пальмер, Дж. Лакофф, Р. Лангакер, Ч. Філлмор, А. Гольдберг, Ж. Фоконьє, Дж. Флінн, У. Найссер, С. Стенберг, О. Рубанець, О. Санніков, К. Селіванова, К. Філатова, Н. Трофайл, Л. Балецька, О. Ганага, Х. Дуве та низка інших.

У своїх працях вони фокусували увагу на фундаментальні дослідження з питань впливу мотивації на продуктивність мнемічних процесів (Б. Вассерман); вивчали когнітивно-емоційні реакції молоді нормотипової та з девіантною поведінкою до та під час пандемії COVID-19 (С. Максименко, Л. Деркач, Е. Кіричевська); клініко-діагностичні особливості когнітивних порушень у хворих на артеріальну гіпертензію, коморбідну з гіпотиреозом (М. Лесів); когнітивну сферу у пацієнтів з різними видами енцефалопатій (Х. Дуве); формування когнітивної складової професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів засобами інформаційно-освітнього блогу (О. Акімова, Л. Дудікова, А. Коломієць, Ю. Остраус); когнітивні порушення, їх рання діагностика та особливості лікування (А. Хиць) тощо.

Дослідженнями питання важливості впливу лідерства на ефективність управління підприємствами та організаціями займалися такі вчені, як П. Друкер, Р.-Л. Дафт, Дж. Террі, Л. В Єременко, Т. С. Кабаченко, Р. Ділтс, І. Кузьмін та ін. Зокрема, у працях Л. Карамушки, С. Вітковського та ін. керівництво розглядається як засіб впливу на людей, врахування потреб та мотивів працівників, спрямований на досягнення певної мети організації, тобто

керівництво є важливим елементом процесу управління, під яким розуміють безпосереднє управління людьми.

Дослідженням самооцінки займалися Б. Ананьєв, С. Рубінштейн, Р.Бернс, Л. Виготський, Д.Ельконін, О. Леонтьєв, О.Лурія, К. Хорні, С. Будасси, А. Петровський, У. Джеймс, Е. Еріксон та ін. У медичних працівників та лікарів аналіз рівня домагань і професійної самооцінки вивчали Т.Перцева, І.Височина, Н.Башкірова, В.Крамарчук, Т.Яшкіна. Моніторинг самооцінки медичними працівниками якості життя під час пандемії гострої респіраторної хвороби, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, у 2020 р. проводили О. Федоренко, К. Коляденко тощо.

Попри низку різних досліджень недостатньо вивченим залишається питання дослідження особливостей когнітивної сфери саме фахівців зі здоров'я з різною самооцінкою та стилями лідерства.

Мета дослідження: емпірично дослідити особливості когнітивної сфери фахівців зі здоров'я з різною самооцінкою та стилями лідерства.

Завдання дослідження:

- 1) проаналізувати поняття когнітивної сфери у психологічній науці;
- 2) охарактеризувати самооцінку та лідерство як важливі аспекти ефективної діяльності фахівців зі здоров'я;
- 3) дослідити особливості когнітивної сфери фахівців зі здоров'я з різною самооцінкою та стилями лідерства;
- 4) побудувати схему когнітивної сфери фахівця зі здоров'я з різною самооцінкою та стилями лідерства;
- 5) розробити тренінгову програму щодо підвищення розвитку когнітивної сфери фахівця зі здоров'я та запропонувати практичні рекомендації щодо підвищення самооцінки та розвитку лідерських якостей фахівців зі здоров'я для ефективної професійної діяльності.

Об'єкт дослідження: когнітивна сфера фахівця зі здоров'я.

Предмет дослідження: особливості когнітивної сфери фахівців зі здоров'я з різною самооцінкою та стилями лідерства.

Методи дослідження: *теоретичні:* аналіз, порівняння, систематизація даних психологічної, наукової літератури з питань вивчення особливостей когнітивної сфери фахівців зі здоров'я, які можуть мати різну самооцінку та стилі лідерства; *емпіричні:* спостереження, бесіди, тестування (методика визначення стилю мислення А. Харрісона та Р. Бремсона, діагностика аналітичності мислення (варіант VI субтесту шкали Р. Амтхауера), методика виділення суттєвих ознак, дослідження концентрації уваги (бланк тесту П'єрона-Рузера), дослідження переключення уваги (модифікована цифрова таблиця Шульте), методика «Піктограми» О. Лурія щодо визначення продуктивності запам'ятовування, методика «Діагностика переважаючого типу запам'ятовування», дослідження продуктивності уяви, дослідження творчої уяви, діагностика домінуючої перцептивної модальності, дослідження спостережливості, методика дослідження самооцінки особистості, шкала самооцінки Розенберга, експрес-тест діагностика самооцінки лідерства, методика оцінки стилю керівництва (О. Козловська, А. Романюк, В. Урунський), опитувальник «Тип лідера» (М. Белбін, адаптація Л. Кирилук та В. Величко)), *методи описової статистики.*

Наукова новизна одержаних результатів. Наукова новизна дослідження полягає в тому, що вперше: всебічно досліджено особливості когнітивної сфери фахівців зі здоров'я з різною самооцінкою та стилями лідерства; уточнено і доповнено розуміння поняття когнітивної сфери фахівців зі здоров'я як системної сукупності пізнавальних процесів, інтелектуальних характеристик, емоційно-вольових регуляторів та мотиваційної складової, інтегрованих у професійну діяльність; емпірично вивчено особливості когнітивної сфери фахівців зі здоров'я з різною самооцінкою та стилями лідерства, а саме: виявлено високий рівень загального інтелекту, розвинену рефлексивність, схильність до аналітичного мислення, водночас — низький рівень концентрації уваги,

підвищену чутливість до когнітивного виснаження, фрагментарність у сприйнятті інформації під час стресових впливів; з'ясовано, що фахівцям зі здоров'я переважно притаманний демократичний стиль лідерства, а також загалом характерна адекватна самооцінка з тенденцією до компенсаційних стратегій у професійному середовищі; сформовано схему когнітивної сфери фахівця зі здоров'я, що враховує взаємодію рівнів когнітивного розвитку, самооцінних установок і стилів лідерства; поглиблено уявлення про розвиток когнітивної сфери фахівців зі здоров'я з різною самооцінкою та стилями лідерства, зокрема виявлено провідні чинники когнітивного зростання та перешкоди адаптаційного характеру; розроблено тренінгову програму щодо підвищення рівня розвитку когнітивної сфери фахівця зі здоров'я та запропоновано практичні рекомендації щодо підвищення самооцінки та лідерських якостей фахівців зі здоров'я для ефективної професійної діяльності.

Практичне значення дослідження. Результати емпіричного дослідження щодо вивчення особливостей когнітивної сфери фахівців зі здоров'я з різною самооцінкою та стилями лідерства можуть бути застосовані у різних напрямках та сферах діяльності. Зокрема лікарями при розробці стратегій міжособистісної комунікації в команді з метою покращення взаєморозуміння й ефективності командної роботи, психологами та психотерапевтами під час розробки тренінгових програм з метою оптимізації когнітивного функціонування, підвищення професійної ефективності та запобігання емоційному вигоранню фахівців зі здоров'я. Викладачами ЗВО під час читання навчальних дисциплін «Громадське здоров'я», «Лідерство та стратегічне управління в охороні здоров'я», «Психічне здоров'я», «Комунікаційний менеджмент» та ін.

Структура роботи зумовлена логікою дослідження і складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел – 54 та 15 додатків. Основний зміст роботи викладений на 72 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ КОГНІТИВНОЇ СФЕРИ ФАХІВЦІВ ЗІ ЗДОРОВ'Я З РІЗНОЮ САМООЦІНКОЮ І СТИЛЯМИ ЛІДЕРСТВА

1.1. Поняття когнітивної сфери у психологічній науці

Самооцінка є основним психічним регулятором поведінки особистості, який визначає її впевненість, цілеспрямованість, стійкість до стресу, критичність мислення. У воєнних умовах значення адекватної самооцінки зростає вдвічі, оскільки фахівець змушений швидко ухвалювати рішення в умовах невизначеності, діяти автономно або у складі команди, що вимагає стабільного внутрішнього образу «Я». Низька самооцінка може зумовлювати високий рівень тривожності, уникання відповідальності, а завищена – схильність до ризикованих рішень, що не завжди відповідають ситуаційним вимогам. В обох випадках — погіршується когнітивна ефективність.

Стилі лідерства, у свою чергу, визначають характер взаємодії фахівця зі здоров'я з колегами, підлеглими, пацієнтами та адміністративним середовищем. Авторитарний, демократичний, трансформаційний, ситуаційний - кожен із них формує різну когнітивну атмосферу, рівень кооперації та психологічного комфорту в робочому середовищі. Зокрема, лідер, який сприяє горизонтальній комунікації, гнучкому розподілу ролей і підтримує розвиток когнітивної активності колег, позитивно впливає на їхню ефективність у кризових умовах. Натомість жорсткий директивний стиль в умовах надвисокого стресу може спричинити когнітивне пригнічення і втрату внутрішньої мотивації.

У сучасному динамічному та непередбачуваному світі досягнення успіху чи навіть питання виживання окремої людини, організацій, підприємств і навіть цілих націй значною мірою залежить від їхнього когнітивного потенціалу. І

фахівці зі здоров'я не є виключенням. Їхня роль в системі охорони здоров'я посилилась із прийняттям Закону «Про систему громадського здоров'я».

В умовах безперервного руху вперед дедалі актуальним стає поширення когнітивних технологій. Тому головні зміни у сфері науки та технологій у XXI ст. в першу чергу стосуватимуться саме когнітивної сфери. Лідери у цій сфері – країни, корпорації, регіони, окремі наукові та трудові колективи чи індивіди матимуть шанс вирватись уперед через когнітивні технології.

Самооцінка впливає на впевненість у собі, здатність долати стрес та приймати відповідальні рішення. Недооцінка чи переоцінка себе може знижувати якість надання допомоги.

Когнітивна (пізнавальна) сфера особистості охоплює комплекс психічних процесів, за допомогою яких людина здобуває, зберігає та застосовує знання про світ. До цієї сфери належать такі основні процеси, як сприймання, увага, пам'ять, мислення, мовлення, уява, рефлексія та інтелект. Вони тісно пов'язані між собою, утворюючи цілісну систему, що забезпечує пізнання і свідомість індивіда. Когнітивні процеси беруть участь у будь-якій діяльності людини і значною мірою визначають її результативність: завдяки їм особистість може ставити цілі, планувати дії, уявляти наслідки та контролювати їх виконання [1]. Таким чином, розвиток когнітивної сфери є критично важливим для ефективної професійної діяльності та навчання впродовж життя.

Сприймання. Сприймання – це базовий пізнавальний процес, що полягає в цілісному відображенні предметів і явищ реальності при їх безпосередньому впливі на органи чуття. Розрізнені відчуття інтегруються в свідомості у цілісний образ об'єкта з усією сукупністю його властивостей. До характерних особливостей сприймання належать предметність (об'єкт сприймається як єдине ціле, а не набір окремих якостей), структурність та цілісність образу, константність (відносна сталість сприйняття форми, розміру, кольору об'єктів незалежно від умов) та осмисленість (залежність сприйняття від знань, досвіду – явище апперцепції) [2]. Сприймання тісно пов'язане з увагою і пам'яттю: ми

вибірково зосереджуємося на певних об'єктах, а наш минулий досвід впливає на інтерпретацію побаченого. У професійній діяльності сприймання має велике значення, адже точне і своєчасне сприйняття інформації (наприклад, показників приладів, міміки і мовлення співрозмовника, ситуації на виробництві) є передумовою правильних рішень і дій.

Увага. Увага – особлива форма організації психічної діяльності, що виявляється у спрямованості та зосередженості свідомості на певних об'єктах. Увага не має власного змісту, але забезпечує відбір важливої інформації та підтримує ефективність інших психічних процесів. Розрізняють мимовільну увагу (виникає автоматично під впливом сильних або нових подразників), довільну увагу (свідомо спрямовується на об'єкт згідно з поставленою метою) та післядовільну увагу (підтримується без зусиль на основі інтересу після короткого вольового зосередження) [2]. Основними характеристиками уваги є обсяг (кількість об'єктів фокусу), стійкість (тривалість зосередженості), концентрація (інтенсивність уваги), розподіл (увага до кількох об'єктів одночасно) і переключення (свідома зміна об'єкта зосередження). Добре розвинена увага допомагає уникати помилок і працювати продуктивніше, дозволяє ефективно обробляти великі обсяги інформації та вчасно реагувати на зміни обставин у професійній сфері.

Пам'ять. Пам'ять – це психічний процес накопичення, збереження та відтворення індивідуального досвіду. Вона забезпечує єдність і цілісність особистості в часі, пов'язуючи минуле із теперішнім, і розширює пізнавальні можливості людини, дозволяючи використовувати раніше набуті знання та навички. Існують різні види пам'яті – образна, рухова, емоційна, словесно-логічна; також виокремлюють сенсорну, короткочасну і довготривалу пам'ять залежно від тривалості збереження інформації [2]. Основними процесами пам'яті є запам'ятовування, збереження, відтворення і забування. Пам'ять виконує важливі функції у діяльності: вона лежить в основі навчання, професійних умінь і навичок, дозволяє накопичувати знання про світ і себе, а також є підґрунтям

творчості (адже створення нового спирається на засвоєний досвід). У професійній діяльності пам'ять дозволяє фахівцю опановувати великий обсяг спеціальних знань, утримувати інструкції та оперативно викликати потрібну інформацію для розв'язання задач.

Мислення. Мислення – це вищий когнітивний процес, що забезпечує опосередковане та узагальнене пізнання дійсності в її закономірних зв'язках і відношеннях [2]. На відміну від сприймання, яке дає знання про безпосередні ознаки об'єктів, мислення дозволяє зрозуміти приховані причини і закономірності, прогнозувати події. Мислення тісно пов'язане з мовою: людина мислить за допомогою слів і понять, спираючись на досвід, накопичений у пам'яті. Virізняють різні види мислення: практичне (наочно-дійове), образне (оперування образами уяви) та абстрактно-логічне (мислення у поняттях); за новизною розв'язків розрізняють репродуктивне (відтворення відомих алгоритмів) і продуктивне, творче мислення. Властивостями мислення є глибина, гнучкість, самостійність, критичність та швидкість. У професійній діяльності мислення – головний інструмент вирішення проблем: воно дає змогу аналізувати інформацію, приймати обґрунтовані рішення, планувати проєкти і вчитися нового. Розвинене мислення підвищує здатність фахівця адаптуватися до нестандартних ситуацій і пропонувати ефективні ідеї.

Мовлення. Мовлення (мова) є засобом оформлення і передачі думки, основним інструментом людської комунікації. Мова як знакова система дає можливість оперувати поняттями, узагальнювати явища і зберігати знання. Мовлення же є реалізацією мови в дії – процесом продукування і сприймання висловлювань (усно чи письмово) [2]. Основними функціями мовлення є комунікативна (обмін інформацією), мислетворча (формування і вираження думки) та номінативна (позначення предметів і явищ словами); також через мовлення людина може регулювати поведінку (накази, прохання), виражати емоції і накопичувати знання. Види мовлення поділяють на зовнішнє (усне, писемне) і внутрішнє (в думці); за формою – на діалогічне і монологічне

мовлення. У професійній сфері мовленнєва компетентність критично важлива: фахівець має розуміти професійну термінологію, чітко формулювати свої думки усно й письмово, ефективно спілкуватися з колегами та клієнтами. Розвинена мова сприяє також ясності мислення при вирішенні складних задач.

Уява. Уява – пізнавальний процес створення людиною нових образів на основі попереднього досвіду. На відміну від мислення, що оперує поняттями, уява оперує образами, виходячи за межі безпосередньо даної реальності. Завдяки уяві людина може передбачати майбутнє, моделювати результати і можливі сценарії розвитку подій, а також творити принципово нові ідеї. Основні функції уяви полягають у прогнозуванні та плануванні діяльності (мисленнєве моделювання кінцевого результату і шляхів до нього), у розв’язанні проблемних ситуацій шляхом «програвання» в думці різних варіантів, а також у креативності – створенні оригінальних задумів, проєктів, образів [3]. Розрізняють відтворюючу (репродуктивну) уяву, що базується на описі чи зразку, та творчу уяву, яка генерує нові образи; також уява буває довільною (свідомо спрямованою, наприклад при фантазуванні) і мимовільною (сни, марення). У професійній діяльності уява необхідна там, де слід придумати новий підхід або результат: інженер уявляє конструкцію перед створенням, підприємець прогнозує розвиток ринку, педагог творчо планує урок тощо.

Рефлексія. Рефлексія – це процес самопізнання і самоаналізу, спрямований на осмислення людиною власних дій, думок і переживань. Її предметом виступає власний досвід суб’єкта, а результатом – глибше розуміння себе та ситуації. Основними функціями рефлексії є контрольна і конструктивна [3]. Перша полягає в критичному оцінюванні своїх думок, рішень, поведінки і співвіднесенні їх із нормами чи цілями, а друга – у перетворенні досвіду, тобто у винесенні уроків, знаходженні способів вдосконалення. Рефлексія виконує роль механізму саморозвитку особистості, оскільки дозволяє людині вчитися зі власного досвіду і уникати повторення помилок. У професійному житті здатність до рефлексії лежить в основі самовдосконалення і майстерності: спеціаліст, що

аналізує результати своєї роботи, швидше прогресує і підвищує якість діяльності, краще усвідомлює етичні аспекти своїх рішень.

Інтелект. Інтелект у психології розуміється як інтегральний показник розвитку пізнавальних здібностей людини – її здатності навчатися, мислити, розв’язувати проблеми та адаптуватися до нових умов. Це комплексна когнітивна здатність, що проявляється у гнучкості і швидкості мислення, обсязі знань, умінні знаходити закономірності. Інтелект не зводиться до окремого процесу – він характеризує ефективність когнітивної сфери загалом. Рівень інтелектуального розвитку значною мірою зумовлює успішність опанування складної діяльності. У професіях, що вимагають аналітичного чи творчого мислення, високий інтелект сприяє досягненню високих результатів, інноваціям, швидкому засвоєнню інформації [3]. Навіть у практичних сферах достатній інтелектуальний розвиток допомагає глибше розуміти причинно-наслідкові зв’язки і приймати обґрунтовані рішення. Розвиток інтелекту пов’язаний з активною розумовою діяльністю, навчанням, розв’язанням нових завдань – тобто він піддається вдосконаленню. Таким чином, інтелект як узагальнена характеристика когнітивної сфери значною мірою визначає потенціал професійної ефективності особистості (хоча для реальних досягнень важливі й мотивація, креативність, соціальні навички).

Отже, когнітивна сфера особистості охоплює широкий спектр психічних явищ – від базових процесів сприйняття і уваги до складних утворень, таких як мовлення, уява, рефлексія та інтелект. Усі ці компоненти разом забезпечують пізнання світу, навчання і продуктивну діяльність. Розуміння їхньої сутності, функцій, видів і властивостей дозволяє цілеспрямовано розвивати відповідні здібності.

1.2. Самооцінка як психологічне явище: поняття, структура, функції та види

Загальноприйнятим є визначення самооцінки як емоційно-оцінного компонента самосвідомості, що фіксує суб’єктивну значущість особистістю

своїх рис, поведінкових моделей, здібностей та місця у соціальному середовищі. Вона формується в процесі інтеріоризації зовнішніх оцінок, соціальних норм, порівняння з іншими, а також на основі успішності виконання певних дій. Самооцінка — це не лише відображення знань про себе, а й відношення до себе, яке виражається у прийнятті, повазі чи, навпаки, запереченні та самокритиці. Її фундамент закладається в дитинстві, через оцінки значущих дорослих (батьків, педагогів), пізніше — через досвід міжособистісної взаємодії, порівняння себе з іншими та досягнення у діяльності. [5]

Структурно самооцінка охоплює когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти. Когнітивний передбачає знання про себе, уявлення про свої сильні та слабкі сторони, здібності та обмеження. Емоційний компонент відображає суб'єктивне переживання задоволеності собою або, навпаки, почуття неповноцінності, тривожності, провини. Поведінковий компонент проявляється в тому, як особистість діє у відповідь на свої оцінки — чи прагне до розвитку, досягнень, чи, навпаки, уникає складних ситуацій, обмежує свою активність. Важливо підкреслити, що ці компоненти не завжди перебувають у гармонії: особа може мати високе уявлення про себе, але відчувати емоційний дискомфорт через невідповідність очікувань і реальних досягнень.[6]

Функціональне навантаження самооцінки в психологічній структурі особистості є багатовимірним. Насамперед, вона виконує регуляторну функцію: визначаючи рівень домагань, цілі, мотивацію, вона впливає на вибір напрямку діяльності та стратегії поведінки. Людина з адекватною самооцінкою схильна брати на себе відповідальність, ініціювати нові дії, прагнути самореалізації. Натомість занижена самооцінка призводить до уникання ризику, страху перед невдачами, соціальної пасивності. Водночас завищена самооцінка може зумовлювати неадекватне сприйняття реальності, переоцінку своїх можливостей, конфліктність.

Інша важлива функція — *мотиваційна*. Самооцінка впливає на силу прагнення досягти успіху, змінити ситуацію, вдосконалити себе. При

позитивному образі «Я» людина здатна зберігати мотивацію навіть за умов труднощів, оскільки вірить у власну ефективність. Люди із стабільною самооцінкою зазвичай демонструють високий рівень внутрішньої мотивації, що є надзвичайно важливим у професійній діяльності, де успіх часто залежить від самостійності та наполегливості. Низька самооцінка, навпаки, може призвести до невпевненості у власних силах, страху перед невдачами та, як наслідок, до зниження мотивації. Людина з низькою самооцінкою може уникати складних завдань, швидко здаватися при виникненні труднощів і не вірити у можливість досягнення бажаного. Таким чином, самооцінка є важливим психологічним фактором, що визначає не лише наше сприйняття себе, але й нашу здатність діяти, прагнути до мети та досягати успіху в різних сферах життя. Підвищення самооцінки може стати потужним інструментом для особистісного зростання та покращення якості життя.

Окремо виділяють також *захисну функцію*: самооцінка забезпечує психологічну безпеку, знижуючи вразливість до зовнішньої критики, формуючи внутрішню опору. Це особливо значуще в кризових чи стресових обставинах, де збереження стійкого «Я-образу» дозволяє зберегти функціональність та емоційну рівновагу. Крім того, захисна функція самооцінки проявляється у здатності людини більш адекватно сприймати негативну інформацію про себе. Люди з високою самооцінкою менш схильні до руйнівних переживань через критику, оскільки мають внутрішнє переконання у власній цінності та компетентності.[6] Вони здатні аналізувати критичні зауваження, виокремлювати корисну інформацію та використовувати її для подальшого розвитку, не відчуваючи при цьому загрози для своєї ідентичності.

У психологічній практиці важливим є поділ самооцінки за рівнем на високу, адекватну та низьку. *Адекватна самооцінка* характеризується реалістичним поглядом на себе, здатністю визнавати як свої досягнення, так і помилки. Такі люди зазвичай мають високий рівень самоприйняття, впевненість, критичність, відкриті до зворотного зв'язку. Вони не схильні до надмірної

самокритики чи самовихваляння, а їхня впевненість базується на об'єктивній оцінці власних здібностей та можливостей. Адекватна самооцінка дозволяє людині ставити перед собою реалістичні цілі та наполегливо їх досягати, не боячись при цьому можливих невдач, оскільки вони сприймаються як частина процесу навчання та зростання.

Люди з адекватною самооцінкою здатні будувати здорові та гармонійні стосунки з оточуючими, оскільки вони не відчують потреби постійно доводити свою цінність чи принижувати інших для піднесення власної самооцінки. [6] Їхня відкритість до зворотного зв'язку сприяє особистісному розвитку та вдосконаленню, адже вони готові прислухатися до конструктивної критики та використовувати її для саморозвитку.

Таким чином, адекватна самооцінка є ознакою психологічної зрілості та запорукою успішної адаптації в різних сферах життя, сприяючи як особистісному зростанню, так і гармонійній взаємодії з навколишнім світом. *Завищена самооцінка* часто пов'язана з ідеалізацією себе, схильністю до домінування, відмовою визнавати помилки. Попри зовнішню впевненість, вона може бути нестійкою і слугувати як компенсаційний механізм для внутрішніх комплексів. *Занижена самооцінка* супроводжується постійною самокритикою, відчуттям меншовартості, сумнівами у своїй значущості, що часто стає бар'єром для розвитку і взаємодії з оточенням. Вона може бути результатом негативного соціального досвіду, критики в дитинстві, неуспішних спроб у діяльності. [4]

Окрім рівня, самооцінку також класифікують за стійкістю: вона може бути стабільною або нестабільною. *Стабільна самооцінка* залишається відносно сталою незалежно від змін у зовнішньому середовищі, тоді як *нестабільна* легко змінюється під впливом обставин, думок інших людей, випадкових невдач чи успіхів. Стабільність важлива для психологічної витривалості особистості. Ще один аспект — це загальна (глобальна) та ситуаційна самооцінка. Перша — це загальне ставлення до себе, друга — оцінка себе у певних сферах (професійна,

соціальна, зовнішність тощо). Висока загальна самооцінка може поєднуватися із низькою самооцінкою в окремих сферах, і навпаки.

У контексті професійної діяльності, зокрема в галузі охорони здоров'я, самооцінка набуває особливого значення. Медичні працівники, які щодня перебувають у ситуації високої відповідальності, часто стикаються з емоційними навантаженнями, необхідністю приймати швидкі рішення та ефективно комунікувати. Адекватна самооцінка в цьому випадку виступає запорукою впевненості в професійній компетентності, дозволяє протистояти стресу та зберігати продуктивність навіть в умовах невизначеності чи тиску. Вона впливає також на міжособистісну взаємодію в колективі: особи з низькою самооцінкою можуть уникати відповідальності або бути надмірно залежними від думки керівництва, а з високою — брати на себе лідерські функції, що не завжди узгоджується з реальними вміннями. [7]

Самооцінка може проявлятися у двох формах — загальній і частковій. Загальна відображає ставлення особистості до себе, її загальну життєву установку. З самооцінкою пов'язана самоповага до себе. Не менш важливим є те, що загальна самооцінка визначає ставлення до інших, проявляючись у вигляді гордовитості, зазнайстві, або навпаки — в повазі і доброзичливості. Часткова самооцінка відображає оцінку людиною своїх конкретних якостей, вчинків, фізичних даних і може мати для людини різну значущість. Так, вона торкається головних ліній її життя і тому гостріше переживається, інша належить до яких-небудь другорядних, і тому навіть негативні оцінки у цих сферах можуть бути байдужими для особистості.[7] Наприклад, для жінки матері важливо, правильно чи неправильно виховує вона своїх дітей, а вміння співати чи малювати, якщо це не пов'язано з її роботою, менш актуальне. Геніальний художник може виявитися поганим батьком, але це не відобразиться на його професійній оцінці.

1.3. Лідерство як управлінська навичка. Ознаки та стилі лідерства

У психологічній та управлінській науці лідерство трактується не лише як соціально-психологічне явище, що виявляється у процесі впливу на інших, а передусім як критично важлива управлінська навичка, яка визначає ефективність діяльності як окремого фахівця, так і всієї організаційної структури. В умовах медичної сфери, де професійна діяльність пов'язана з високим ступенем відповідальності, постійною взаємодією з людьми, необхідністю прийняття рішень у стресових або часово обмежених ситуаціях, лідерство виступає ключовим фактором професійного успіху та організаційної адаптації. Його важливість посилюється у контексті трансформаційних процесів у системі охорони здоров'я, реформ, потреби швидко впроваджувати нові практики, мотивувати персонал і ефективно комунікувати з пацієнтами.[7]

Лідерство, на відміну від суто адміністративного управління, передбачає не лише формальний вплив, а й наявність глибокого авторитету, здатності вести за собою, надихати, координувати зусилля команди й створювати сприятливий соціально-психологічний клімат. Лідер не просто роздає вказівки, а є взірцем, мотиватором та наставником для своєї команди. Його вплив ґрунтується на довірі, повазі та вірі послідовників у його бачення та компетентність. Лідер здатний об'єднати людей навколо спільної мети, пробудити в них ентузіазм та спонукати до максимальної віддачі. Створення сприятливого соціально-психологічного клімату є однією з ключових функцій лідера. Він дбає про комфортну та підтримуючу атмосферу в колективі, де кожен член команди відчуває свою значущість, може вільно висловлювати свої думки та ідеї, а також отримує необхідну підтримку. Такий клімат сприяє підвищенню продуктивності, зниженню рівня стресу та покращенню загального самопочуття працівників. Ефективний лідер вміє розпізнавати сильні та слабкі сторони членів своєї команди, делегувати завдання відповідно до їхніх здібностей, заохочувати ініціативу та надавати конструктивний зворотний зв'язок. Він також бере на себе

відповідальність за результати роботи команди, підтримує її в складних ситуаціях та вміє знаходити компроміси при розв'язанні конфліктів. У психологічному сенсі лідер — це не просто керівник, а особистість, яка має вплив на інших завдяки своїм особистісним, комунікативним, мотиваційним та організаторським якостям. Саме тому вважається, що ефективне лідерство формується не лише за рахунок формального статусу, а завдяки розвитку низки управлінських компетентностей — стратегічного мислення, емоційного інтелекту, здатності до делегування, вирішення конфліктів, обґрунтованого прийняття рішень та рефлексії. [8]

Сучасна психологія виділяє декілька ключових ознак лідерської поведінки, які слугують базисом для формування управлінських навичок. Це, зокрема: 1) здатність бачити цілісну картину ситуації (системне мислення), 2) уміння ефективно комунікувати з представниками різних соціальних і професійних груп, 3) готовність до відповідальності та ініціативності, 4) гнучкість у прийнятті рішень, 5) здатність надихати команду та стимулювати її до досягнення цілей. У науковій літературі широко обговорюється класифікація стилів лідерства, серед яких найбільш поширеними є авторитарний, демократичний та ліберальний (попустительський). *Авторитарний стиль* базується на жорсткому контролі, ієрархії, концентрації повноважень у руках лідера. [9]

Характеризується централізацією влади та прийняття рішень в руках однієї особи — лідера. Він здійснює одноосібний контроль над усіма аспектами діяльності команди або організації, мінімізуючи або повністю виключаючи участь підлеглих у процесі прийняття рішень.

Основні характеристики авторитарного стилю: одноосібне прийняття рішень: лідер приймає всі важливі рішення самостійно, не консультуючись і не враховуючи думки членів команди; чіткі вказівки та контроль: лідер чітко визначає завдання, методи їх виконання, терміни та очікувані результати, а також здійснює жорсткий контроль за їх виконанням; мінімальна комунікація "знизу-вгору": зворотний зв'язок від підлеглих не заохочується або ігнорується.

Комунікація переважно одностороння – від лідера до підлеглих; суворі дисципліна та ієрархія: підтримується чітка вертикаль управління та суворе підпорядкування. Невиконання наказів може призводити до покарань; персональна відповідальність: лідер несе повну відповідальність за результати діяльності команди; можлива відсутність ініціативи: підлеглі часто не проявляють ініціативи та самостійності, оскільки очікують чітких вказівок від керівника; орієнтація на результат: головним пріоритетом є досягнення поставлених цілей, іноді за рахунок задоволеності та мотивації співробітників.

Переваги авторитарного стилю: швидке прийняття рішень: в критичних ситуаціях або при необхідності швидких дій, одноосібне прийняття рішень може бути дуже ефективним; чіткість завдань та відповідальності: кожен член команди чітко розуміє свої обов'язки та очікувані результати; ефективність у кризових ситуаціях: у періоди невизначеності або криз сильне та одноосібне керівництво може забезпечити стабільність та порядок; підходить для виконання рутинних завдань: у випадках, коли завдання є чіткими та не потребують творчого підходу, авторитарний стиль може забезпечити високу продуктивність; ефективний з недосвідченими працівниками: для новачків або працівників з низькою кваліфікацією чіткі інструкції та контроль можуть бути необхідними. [9]

Недоліки авторитарного стилю: придушення ініціативи та творчості: відсутність можливості висловлювати власні думки та пропонувати ідеї може знижувати мотивацію та креативність співробітників; низька задоволеність та висока плинність кадрів: відчуття контролю та відсутності впливу на прийняття рішень може призводити до незадоволеності та бажання змінити роботу; погіршення соціально-психологічного клімату: авторитарний стиль може створювати напружену атмосферу, знижувати рівень довіри та співробітництва в команді; залежність від лідера: ефективність команди сильно залежить від компетентності та рішень лідера. У разі його помилок або відсутності, робота може бути паралізована; недостатнє використання потенціалу команди: ігнорування ідей та досвіду членів команди може призвести до втрати цінних

ресурсів та можливостей; можливість виникнення опору та саботажу: при надмірному тиску та відсутності зворотного зв'язку підлеглі можуть чинити пасивний або активний опір. [10]

Хоча такий стиль може забезпечити оперативність у прийнятті рішень, у довгостроковій перспективі він часто породжує напругу, знижує мотивацію працівників і ускладнює креативне мислення. *Демократичний стиль* передбачає активне залучення членів колективу до обговорення рішень, делегування повноважень, побудову відносин на засадах довіри й відкритості. Він вважається найефективнішим у колективах, де важлива командна робота, емоційна безпека та особиста відповідальність кожного. Основними характеристиками демократичного стилю є залучення до прийняття рішень, так як лідер активно консультується з членами команди, проводить обговорення та враховує їхні думки перед прийняттям важливих рішень. Також заохочується відкритий обмін інформацією та ідеями між лідером та підлеглими, а також між самими членами команди. [10] Лідер може делегувати частину своїх повноважень та відповідальності членам команди, сприяючи їхньому розвитку та залученості. Акцент робиться на спільній роботі, взаємодопомозі та підтримці в колективі. Лідер проявляє увагу до потреб, інтересів та думки членів команди, створюючи сприятливий соціально-психологічний клімат. Підлеглі відчують себе більш вільними у висловленні своїх ідей та пропозицій, що сприяє розвитку інновацій.

Хоча остаточне рішення часто залишається за лідером, члени команди відчують більшу відповідальність за його виконання, оскільки брали участь у його прийнятті. Демократичний стиль лідерства є цінним інструментом для створення залученої, мотивованої та відповідальної команди. Однак його ефективне застосування вимагає від лідера вміння організовувати дискусії, слухати та враховувати думки інших, а також здатності приймати остаточні рішення, навіть якщо вони не повністю збігаються з думкою більшості. *Ліберальний стиль*, або стиль «невтручання», надає працівникам значну автономію, однак часто призводить до хаосу в управлінні, якщо не поєднується з

високим рівнем самодисципліни персоналу. Його роль зводиться до надання загальних вказівок, забезпечення необхідними ресурсами та періодичного контролю за результатами. Перевагами ліберального стилю є розвиток ініціативи та самостійності. [10] Відчуття довіри та свободи може позитивно впливати на мотивацію та задоволеність роботою членів команди. Стиль є ефективним при роботі з досвідченими та компетентними професіоналами, які здатні самостійно організовувати свою діяльність. Атмосфера довіри та відсутності надмірного контролю може сприяти формуванню позитивних міжособистісних відносин. Лідер може звільнити свій час для вирішення стратегічних завдань, делегуючи оперативне управління команді. Але є і недоліки ліберального стилю, такі як ризик низької продуктивності. Можливість виникнення хаосу та безладдя. Команда може втратити фокус та рухатися в різних напрямках, не досягаючи спільних цілей. Ефективність стилю повністю залежить від рівня самоорганізації та відповідальності кожного члена команди. Цей стиль вимагає високого рівня зрілості та відповідальності від підлеглих.

1.4. Самооцінка та лідерство як важливі аспекти ефективної діяльності фахівців зі здоров'я

Як показує аналіз наукових джерел, зокрема праць Міляєвої О. Г., Буняка Н. А., та Перцевої Т. О., самооцінка та стиль лідерства суттєво модифікують як когнітивну поведінку фахівця, так і його взаємодію з професійним середовищем.

Самооцінка – це багаторівневе інтегральне утворення особистості, що відображає суб'єктивне ставлення індивіда до власних якостей, здібностей та соціального значення. Вона виконує регуляторну функцію, що виявляється у модифікації поведінки, ступеня активності та стратегій розв'язання проблем. [11] Фахівці зі здоров'я з адекватною самооцінкою зазвичай демонструють високу емоційну стійкість, впевненість у професійних діях, здатність адекватно

оцінювати свої межі та приймати допомогу в разі потреби. Вони відкриті до зворотного зв'язку, гнучкі у прийнятті рішень і вміють адаптуватися до нових умов, не втрачаючи при цьому впевненості у власних силах. Крім того, фахівці з адекватною самооцінкою здатні ефективніше керувати стресом та емоційним вигоранням, що є важливим аспектом у сфері охорони здоров'я. Їхня впевненість у власних професійних діях дозволяє їм приймати обґрунтовані рішення навіть у складних та непередбачуваних ситуаціях, що безпосередньо впливає на якість надання медичної допомоги. Здатність адекватно оцінювати свої межі є ознакою зрілості та відповідальності. Такі фахівці не бояться визнати, коли їм потрібна допомога або консультація колег, що сприяє запобіганню помилок та підвищенню безпеки пацієнтів. У той час як особи з заниженою самооцінкою схильні до сумнівів у собі, надмірної тривожності, зниження мотивації, уникнення відповідальності, що істотно знижує якість їхньої професійної діяльності. Вони часто відчувають страх перед помилками та критикою, що може призводити до нерішучості та зволікання у прийнятті важливих рішень. [11] Їхня невпевненість у власних силах може проявлятися у недостатній наполегливості при розв'язанні складних клінічних випадків або у відмові від нових професійних викликів. Особи з заниженою самооцінкою можуть бути більш вразливими до стресу та емоційного вигорання, оскільки постійні сумніви у власній компетентності створюють додатковий психологічний тиск. Вони також можуть мати труднощі у встановленні здорових професійних меж, що призводить до перевантаження та відчуття безпорадності. У командній роботі фахівці з низькою самооцінкою можуть проявляти пасивність, уникати висловлювання власної думки або, навпаки, надмірно залежати від схвалення колег. Це може негативно впливати на ефективність спільної роботи та якість прийнятих рішень. Крім того, їхня схильність до самокритики та негативного сприйняття зворотного зв'язку може перешкоджати професійному розвитку та вдосконаленню навичок. Вони можуть сприймати конструктивну критику як підтвердження власної некомпетентності, замість того щоб використовувати її як можливість для зростання. Навпаки,

завищена самооцінка може супроводжуватися надмірною самовпевненістю, ігноруванням колегіальних порад, ухиленням від самокритики, що в умовах медичної помилки становить небезпеку для пацієнта.

Не менш значущим аспектом є лідерський стиль фахівця, особливо коли йдеться про керівників відділень, старших медсестер, лікарів-тренерів чи координаторів клінічних груп. Ефективне лідерство не лише забезпечує організаційний порядок, а й підтримує мотивацію, емоційний комфорт і командну згуртованість. Дослідження сучасних авторів (Маркіна І. А., Швіндіна Г. [12]) свідчать про перевагу демократичного та трансформаційного стилю лідерства, що базуються на принципах довіри, прозорості, делегування та командної відповідальності. Такі лідери здатні мотивувати персонал через позитивний приклад, створювати середовище, сприятливе для навчання і розвитку, що особливо важливо в умовах медичних реформ і змін.

Дисципліноване лідерство, яке характеризується жорстким контролем часу, емоцій і планування, забезпечує чіткість у функціонуванні підрозділів, проте часто не сприяє гнучкості й інноваційності. Далекоглядні лідери з високим рівнем комунікативних навичок мають стратегічне бачення, вміють надихати команду та задавати напрям руху. Продумане лідерство дозволяє формулювати чіткі цілі та засоби їх досягнення. Лідерство формування відносин базується на соціальній підтримці, довірі, емпатії, що сприяє утриманню персоналу та підвищенню лояльності. Водночас адаптивні стилі лідерства передбачають поєднання різних моделей поведінки залежно від ситуації, що є особливо цінним у кризових обставинах — епідеміях, надзвичайних подіях, нестачі ресурсів. У таких умовах адаптивний лідер здатний швидко переорієнтувати команду, знаходити нестандартні рішення, підтримувати бойовий дух та мотивувати до подолання труднощів. [12] Він вміє гнучко змінювати свій стиль керівництва, залежно від потреб моменту, використовуючи елементи як директивного управління для швидкого реагування, так і підтримуючого лідерства для збереження емоційної стабільності колективу. Крім того, далекоглядні лідери усвідомлюють важливість

постійного розвитку та навчання своєї команди. Вони заохочують набуття нових знань та навичок, підтримують ініціативу та створюють можливості для професійного зростання, що підвищує стійкість організації до майбутніх викликів. Ефективне лідерство в кризових ситуаціях також передбачає вміння лідера чітко та прозоро комунікувати з командою, інформуючи про поточну ситуацію, прийняті рішення та подальші плани. Це допомагає знизити рівень тривожності, зміцнити довіру та забезпечити єдність дій.

Висновки до першого розділу. Отже, аналіз теоретико-методологічних засад вивчення когнітивної сфери фахівців зі здоров'я з різною самооцінкою та стилями лідерства засвідчив, що когнітивна сфера виступає основою їхньої професійної ефективності, а такі чинники, як самооцінка та лідерський стиль, суттєво модифікують її функціонування.

Адекватна самооцінка сприяє емоційній стійкості, ефективному прийняттю рішень та розвитку професійної ідентичності, тоді як гнучкі, демократичні та трансформаційні стилі лідерства позитивно впливають на когнітивну продуктивність, мотивацію та адаптивність медичних працівників. Таким чином, цілісне розуміння когнітивної сфери неможливе без урахування її зв'язків із психологічними і поведінковими характеристиками фахівців, що відкриває перспективи для подальших емпіричних досліджень і розробки інтервенційних програм.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОГНІТИВНОЇ СФЕРИ ФАХІВЦІВ ЗІ ЗДОРОВ'Я З РІЗНОЮ САМООЦІНКОЮ ТА СТИЛЯМИ ЛІДЕРСТВА

2.1. Характеристика вибірки. Методи та етапи дослідження

З метою здійснення емпіричного дослідження ми провели комплексну оцінку когнітивної сфери, особливостей самооцінки та стилів лідерства у фахівців зі здоров'я. Дослідження було спрямоване на виявлення взаємозв'язків між когнітивними процесами (мислення, увага, пам'ять, уява, сприймання), рівнем і типом самооцінки, а також домінуючим стилем лідерства у представників трьох ключових категорій медичних професій.

Вибірка була сформована стихійно, з урахуванням доступності респондентів. До неї увійшли 36 фахівців зі здоров'я, що працюють у закладах охорони здоров'я Рівненської, Хмельницької і Тернопільської областей. Зокрема, групу склали: 12 керівників закладів охорони здоров'я (головні лікарі, завідувачі відділень, адміністратори установ), 12 лікарів (загальної практики, вузькопрофільні спеціалісти), а також 12 середніх медичних працівників — медсестри та фельдшери.

У результаті анкетування для збору соціально-демографічних даних було встановлено, що серед опитаних фахівців зі здоров'я 72% становили жінки, а 28% — чоловіки. Віковий діапазон респондентів — від 26 до 59 років, при цьому середній вік становив 42,3 роки. Стаж професійної діяльності коливався від 2 до 33 років, що дозволило охопити як початківців, так і досвідчених фахівців.

Для вимірювання особливостей когнітивної сфери, самооцінки та лідерства ми використані низку різних методик (таблиця 2.1).

Таблиця 2.1

Дослідження когнітивної сфери особистості, особливостей самооцінки та лідерства у фахівця зі здоров'я

<i>Вимірювання когнітивної сфери</i>		
Професійно важливі психічні процеси фахівців зі здоров'я	Якості/Властивості особистості	Методики оцінювання
Мислення	1. Аналітичний, ідеалістичний, прагматичний, реалістичний, синтетичний. 2. Прояв аналітичного мислення.	Методика «Визначення стилю мислення (А. Харрісон, Р. Бремсон)». Діагностика аналітичності мислення (варіант VI субтесту шкали Р. Амтхауера).
Увага	1. Концентрація уваги. 2. Переключення уваги	Дослідження концентрації уваги (бланк тесту П'єрона-Рузера). Дослідження переключення уваги (модифікована цифрова таблиця Шульте)
Пам'ять	1. Продуктивність запам'ятовування. 2. Слуховий, зоровий, моторно-слуховий, комбінований тип пам'яті.	Методика «Піктограми» О. Лурія щодо визначення продуктивності запам'ятовування. Методика «Діагностика переважаючого типу запам'ятовування».
Уява	1. Продуктивність уяви. 2. Творча уява.	Дослідження продуктивності уяви. Дослідження творчої уяви.
Сприймання	1. Візуальний тип. 2. Аудіальний тип. 3. Кінестетичний тип. 4. Рівень спостережливості.	Діагностика домінуючої перцептивної модальності. Дослідження спостережливості.
<i>Вимірювання особливостей самооцінки</i>		
Самооцінка	Рівні самооцінки. Завищена, занижена, адекватна самооцінка.	Методика дослідження самооцінки особистості. Шкала самооцінки Розенберга.
<i>Вимірювання лідерства</i>		
Лідерство (стиль лідерства)	Стили лідерства (авторитарний, ліберальний, демократичний). Тип лідера (практичний організатор, природний лідер, людина дії, людина ідеї, людина контактів, суддя, людина групи, перфекціоніст).	Методика оцінки стилю керівництва (О. Козловська, А. Романюк, В. Урунський). Опитувальник «Тип лідера» (М. Белбін, адаптація Л. Кирилук та В. Величко).

Для комплексного дослідження когнітивної сфери, особливостей самооцінки та лідерських якостей фахівця зі здоров'я використовуються валідні психодіагностичні методики, що дозволяють охопити ключові психологічні характеристики, важливі для професійної діяльності у сфері охорони здоров'я.

Методика А. Гаррісона та Р. Бремсона визначає стиль мислення – ідеалістичний, аналітичний, прагматичний тощо – що дає змогу зрозуміти, як фахівець приймає рішення у складних ситуаціях. Вимірюваними шкалами є п'ять основних стилів мислення. Опитувальник зазвичай містить серію питань або тверджень, на які респондент відповідає, виражаючи ступінь своєї згоди або переваги. Результати обробки дозволяють визначити профіль стилів мислення індивіда, вказуючи на домінуючі та менш виражені стилі. Рівні вираженості кожного стилю можуть інтерпретуватися як сильна, помірна або слабка перевага.

Діагностика аналітичності мислення (варіант VI субтесту шкали Р. Амтхауера) є частиною структурного тесту інтелекту (IST-70 або IST-2000), розробленого Рудольфом Амтхауером. Її метою є оцінка здатності до логічного аналізу, виявлення закономірностей та встановлення зв'язків між поняттями на вербальному рівні. Вимірюваною шкалою в цьому субтесті є саме аналітичність вербального мислення або здатність до класифікації та узагальнення понять. Рівні оцінки за цим субтестом зазвичай інтерпретуються в контексті загального результату тесту інтелекту та порівнюються з нормативними даними для відповідної вікової та соціально-культурної групи. Результати виконання використовуються для визначення рівня розвитку аналітичного мислення особистості порівняно з іншими.

Дослідження концентрації уваги за допомогою тесту П'єрона-Рузера має мету оцінити такі характеристики уваги, як стійкість, концентрація, переключення та обсяг уваги, а також темп психомоторної діяльності та точність виконання завдань. Вимірювані шкали в тесті П'єрона-Рузера включають: продуктивність, точність, якість, динаміка уваги. Рівні оцінки за тестом П'єрона-

Рузера, зазвичай, визначаються шляхом порівняння індивідуальних результатів з нормативними даними, отриманими на репрезентативних вибірках досліджуваних відповідного віку, статі та інших соціально-демографічних характеристик.

Дослідження переключення уваги за допомогою модифікованої цифрової таблиці Шульте має мету оцінити швидкість та точність переключення уваги між різними типами стимулів, а також гнучкість когнітивних процесів та контроль імпульсів. Вимірюваними шкалами зазвичай є час виконання кожної серії, загальний час виконання, кількість допущених помилок. Рівні оцінки визначаються шляхом порівняння отриманих часових показників та кількості помилок з нормативними даними для відповідної вікової групи. Зазвичай виділяють такі рівні: високий рівень, середній рівень, низький рівень.

Методика «Піктограми» О. Лурія має мету дослідити опосередковане запам'ятовування, тобто здатність використовувати наочні образи (піктограми) як допоміжний засіб для кращого запам'ятовування вербальної інформації. Вимірюваними шкалами є кількість відтворених слів, якість піктограм, характер помилок при відтворенні. Рівні оцінки продуктивності запам'ятовування за цією методикою зазвичай визначаються якісно, на основі аналізу кількості відтворених слів та особливостей створених піктограм. Висока продуктивність, середня продуктивність, низька продуктивність. Основний акцент робиться на якісному аналізі стратегії опосередкованого запам'ятовування, яку використовує обстежуваний, та ефективності створених ним піктограм.

Методика «Діагностика переважajúчого типу запам'ятовування» має мету визначити домінуючий канал сприйняття та переробки інформації, який є найбільш ефективним для запам'ятовування конкретної особистості. Вимірюваними шкалами є показники продуктивності запам'ятовування для різних модальностей: вербальна (слухова) пам'ять, зорова пам'ять, моторна (кінестетична) пам'ять. Рівні оцінки визначаються шляхом порівняння

результатів запам'ятовування для кожної модальності. Переважаючим вважається той тип пам'яті, за яким були показані найвищі результати (найбільша кількість відтвореної інформації). Кількісні показники (кількість запам'ятованих одиниць інформації) використовуються для порівняння ефективності різних каналів сприйняття.

Дослідження продуктивності уяви. У процесі виконання завдання аналізують кількість, оригінальність, смислова завершеність створених образів, а також логічність і емоційна насиченість. Дослідження дозволяє не лише виявити загальний рівень уяви, а й провести якісну диференціацію між репродуктивною і творчою уявою, що має безпосереднє прикладне значення для професійного добору та психологічного супроводу працівників медичної галузі. Метою є оцінка здатності генерувати нові образи, ідеї та рішення на основі наявної інформації або стимулів. Фокус на кількості та швидкості генерування уявлень. Вимірювані шкали це кількість створених образів/ідей, швидкість генерування. Оцінюються переважно кількісно шляхом порівняння з нормативними показниками або критеріями завдання (наприклад, "висока", "середня", "низька" продуктивність залежно від кількості згенерованих ідей за певний час).

Методика дослідження творчої уяви. Мета: оцінка здатності створювати оригінальні, незвичайні, унікальні та доцільні образи, ідеї або рішення. Фокус на якісних характеристиках уяви. Вимірювані шкали: оригінальність, гнучкість, розробленість, доречність. Рівні "високий", "середній", "низький" на основі сукупності якісних показників. Діагностика домінуючої перцептивної модальності має мету визначити основний канал сприйняття інформації, через який людина отримує та обробляє більшість інформації з навколишнього світу найбільш ефективно. Вимірюваними шкалами є показники переваги різних сенсорних систем: візуальна, аудіальна, кінестетична. Ступінь переваги сприйняття інформації через логічне осмислення та внутрішній діалог. Рівні

оцінки визначаються шляхом аналізу відповідей на спеціальні опитувальники або виконання завдань, що виявляють перевагу певного каналу. Результати часто представляються у відсотковому співвідношенні або за шкалою, що відображає ступінь вираженості кожної модальності. Домінуючою вважається модальність з найвищим показником.

Дослідження спостережливості має мету оцінити здатність людини помічати деталі, зміни та важливі аспекти в навколишньому середовищі або в представлений інформації. Вимірюваними шкалами можуть бути кількість помічених деталей, загальна кількість правильно виявлених елементів або відмінностей у представлених об'єктах, зображеннях або ситуаціях, точність спостереження, час, витрачений на спостереження, характер помічених деталей. Рівні оцінки зазвичай визначаються кількісно на основі кількості та точності виявлених деталей, порівнюючи результати з критеріями. Можуть виділятися високий рівень, середній рівень, низький рівень.

Методика дослідження самооцінки особистості має мету оцінити загальне ставлення людини до себе, рівень її самоприйняття, відчуття власної цінності та компетентності. Вимірюваними шкалами зазвичай є загальна самооцінка, оцінка окремих аспектів "Я", рівень самоповаги, відчуття власної гідності та поваги до себе, рівень самоприйняття, рівень самовпевненості, віра у власні сили та можливості. Рівні оцінки зазвичай поділяються на високу, середню, низьку. Самооцінка аналізується за шкалою А. Є. Розенберга (з рівнями: низький, середній, високий), яка має мету виміряти глобальну самооцінку особистості, тобто загальне почуття власної цінності та позитивне ставлення до себе.

Методика оцінки стилю керівництва (О. Козловська, А. Романюк, В. Урунський) має мету діагностувати переважаючий стиль керівництва особистості, виявляючи її орієнтацію на завдання та на міжособистісні відносини в колективі. У межах цієї методики також враховується вираженість лідерських якостей, схильність до делегування, контроль поведінки, рівень емоційної

дистанції та характер взаємодії з підлеглими. Вимірюваними шкалами є вираженість основних стилів керівництва. Рівні оцінки визначаються на основі балів, отриманих за кожною шкалою. Результати представляються у вигляді профілю стилів керівництва, що відображає відносну силу кожного з них.

Опитувальник «Тип лідера» (М. Белбін, адаптація Л. Кирилюк та В. Величко) визначає рольові переваги особистості в команді, виявляючи її схильність до виконання певних функцій, важливих для ефективної командної роботи та лідерства. Вимірюваними шкалами є дев'ять командних ролей Белбіна. Рівні оцінки визначаються на основі балів, отриманих за кожною роллю. Ефективний лідер часто демонструє високі показники за кількома ключовими ролями або вміє ефективно використовувати сильні сторони членів своєї команди, які доповнюють його власні.

Вважаємо, що такий комплекс психодіагностичних методик дозволить якісно виміряти усі необхідні показники межах нашого дослідження.

Емпіричне дослідження передбачало такі *етапи*: аналіз наукової літератури з теми дослідження з метою з'ясування теоретичних підходів та попереднього досвіду вивчення проблеми, підбір обґрунтованих методик, проведення дослідження, обробка та інтерпретація отриманих результатів із застосуванням статистичних методів, формулювання висновків і узагальнень за результатами дослідження.

1. Аналіз наукової літератури.
2. Формування гіпотез і визначення завдань.
3. Формування вибірки респондентів.
4. Підбір та адаптація методик.
5. Проведення діагностичних процедур.
6. Збір і первинна обробка даних.
7. Статистичний аналіз результатів.
8. Побудова таблиць і діаграм.

9. Інтерпретація результатів.

2.2. Результати діагностики когнітивної сфери фахівців зі здоров'я

У цьому підпункті подано аналіз результатів емпіричного дослідження, спрямованого на виявлення специфіки когнітивної сфери фахівців зі здоров'я, зокрема таких ключових її компонентів, як мислення, увага, пам'ять, уява та сприймання. Діагностика була проведена за низкою стандартизованих методик, детальний опис яких представлено в додатках. У межах цього підрозділу зосереджено увагу виключно на результатах, що представлені у табличній і графічній формах.

За результатами методики «Визначення стилю мислення» (А. Харрісон, Р. Бремсон) ми з'ясували специфіку розподілу переважних стилів мислення серед представників трьох основних професійних категорій у сфері охорони здоров'я — керівників, лікарів та медичних сестер. Дані подано у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Розподіл стилів мислення за категоріями фахівців зі здоров'я за методикою «Визначення стилю мислення (А. Харрісон, Р. Бремсон)» (у %)

Стиль мислення	Керівники	Лікарі	Медсестри
Аналітичний	41,7	33,3	16,7
Ідеалістичний	8,3	16,7	25,0
Прагматичний	16,7	25,0	33,3
Реалістичний	25,0	16,7	16,7
Синтетичний	8,3	8,3	8,3

Представимо графічно результати за категоріями для наочності (рис.2.2.).

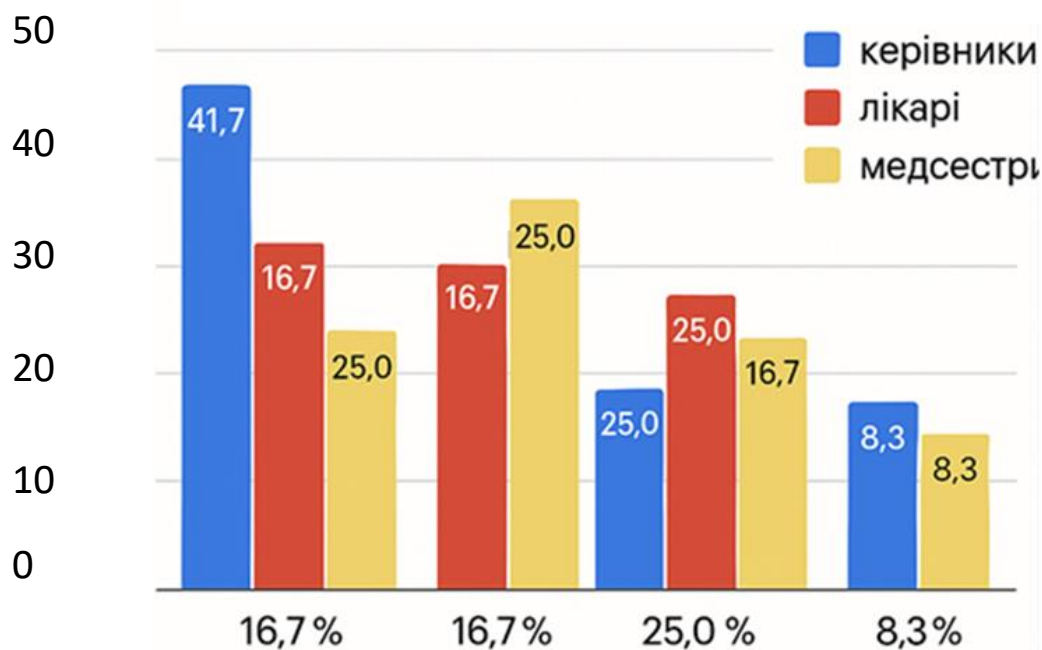


Рис.2.2. Стилі мислення за методикою «Визначення стилю мислення (А. Харрісон, Р. Бремсон)» (у %)

Аналітичний стиль мислення є найбільш вираженим серед керівників (41,7%), тоді як серед медсестер переважає прагматичний (33,3%) та ідеалістичний (25,0%) стилі. Загалом, спостерігається тенденція до зниження рівня аналітичного мислення від керівників до медсестер, що може відображати різницю в характері та складності виконуваних професійних завдань.

За результатами *методики діагностики аналітичності мислення за шкалою Р. Амтхауера* ми з'ясували рівні аналітичності мислення фахівців - керівників, лікарів та медичних сестер. Дані подано у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Результати діагностики аналітичності мислення за шкалою Р. Амтхауера

<i>Посада фахівця зі здоров'я/ Рівень прояву аналітичності мислення</i>	Висока аналітичність мислення	Середня аналітичність мислення	Низька аналітичність мислення	Дуже низька аналітичність мислення
керівники	7	4	1	0
Лікарі	6	5	1	0
Медсестри	2	5	3	2

За методикою діагностики аналітичності мислення (варіант VI субтесту шкали Р. Амтхауера) було такі зроблено висновки, що більшість досліджуваних фахівців зі здоров'я мають середній та високий рівні аналітичності мислення. Однак, певна частина персоналу потребує уваги щодо розвитку цих когнітивних навичок, особливо серед молодшого медичного персоналу. (табл.2.3.)

За методикою дослідження концентрації уваги (П'єрона–Рузера) було кількісно оцінено рівень зосередженості та уважності у представників різних професій охорони здоров'я: керівників, лікарів і медсестер (табл.2.4.).

Таблиця 2.4.

**Коефіцієнт концентрації уваги за методикою дослідження
концентрації уваги (П'єрона–Рузера) (середнє значення у %)**

<i>Посада фахівця зі здоров'я/</i>	Дуже високий рівень	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень	Дуже низький рівень
Керівники	4	5	3	0	0
Лікарі	3	6	3	0	0
Медсестри	1	3	6	2	0

За результатами дослідження, найбільша частка медичних працівників (38.9%) демонструє високий рівень концентрації уваги за методикою П'єрона–Рузера. Значна частина також має середній (33.3%) та дуже високий (22.2%)

рівні. Лише невелика кількість досліджуваних (5.6%) показала низький рівень концентрації уваги, і жоден не потрапив до категорії дуже низького рівня. Спостерігається тенденція до вищих рівнів концентрації уваги серед керівників та лікарів порівняно з медичними сестрами, проте і в групі медичних сестер є особи з високими та дуже високими показниками. Низький рівень концентрації уваги зафіксовано лише серед медичних сестер.

За методикою «Дослідження переключення уваги (модифікована цифрова таблиця Шульте)» було визначено особливості переключення уваги у керівників, лікарів та медсестер (табл.2.5.)

Таблиця 2.5.

Результати переключення уваги за методикою «Дослідження переключення уваги (модифікована цифрова таблиця Шульте)»

<i>Посада фахівця зі здоров'я/ Рівень переключення уваги</i>	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Керівники	7	4	1
Лікарі	4	6	2
Медсестри	2	7	3

Більшість медичних працівників (17 осіб) демонструють середній рівень переключення уваги за модифікованою цифровою таблицею Шульте. Значна частина (13 осіб) показує високий рівень, а найменша кількість (6 осіб) – низький рівень. Спостерігається тенденція до вищого рівня переключення уваги серед керівників, за ними йдуть лікарі, а медичні сестри в середньому демонструють нижчі показники. Однак, в кожній групі є індивідуальні відмінності.

За методикою «Піктограми» (О. Лурія) було здійснено психодіагностичне обстеження продуктивності довільного запам'ятовування. Методика дозволяє оцінити, наскільки ефективно людина може за допомогою символічного зображення закодувати, утримати і відтворити вербальну інформацію.

Застосування методики у нашому дослідженні дозволило оцінити здатність фахівців охорони здоров'я (керівників, лікарів, медсестер) до створення внутрішніх когнітивних схем, їхню оперативну пам'ять і схильність до креативних стратегій запам'ятовування (таб.2.5.)

Таблиця 2.5.

Розподіл рівнів пам'яті за методикою «Піктограми» О. Лурія у (%)

Категорія	Високий (%)	Середній (%)	Низький (%)
Керівники	58,3	41,7	0
Лікарі	41,7	41,7	16,6
Медсестри	16,6	33,3	50,0

Представимо графічно результати за категоріями для наочності (рис.2.4.).



Рис.2.4. Розподіл рівнів пам'яті за методикою «Піктограми» О. Лурія у (%)

Серед керівників переважає високий рівень пам'яті (58,3%), а низький рівень не спостерігається. У лікарів високий та середній рівні представлені однаково (по 41,7%), тоді як у медсестер домінує низький рівень пам'яті (50,0%), з найменшою часткою високого рівня (16,6%). Отримані дані підтверджують

тенденцію, що серед керівників переважає високий рівень опосередкованого запам'ятовування, а серед медичних сестер частіше зустрічається низький рівень. У лікарів спостерігається більш рівномірний розподіл між високим та середнім рівнями. Ці відмінності можуть бути пов'язані зі специфікою професійної діяльності та вимогами до когнітивних функцій у кожній групі.

За методикою «Діагностика переважаючого типу запам'ятовування» було визначено рінні типи запам'ятовування у керівників, лікарів та медсестер (табл.2.6.).

Таблиця 2.6.

**Результати переважаючого типу запам'ятовування за методикою
«Діагностика переважаючого типу запам'ятовування»**

<i>Посада фахівця зі здоров'я/ Тип запам'ятовування</i>	Слуховий	Зоровий	Моторно- слуховий	Комбінований
Керівники	2	5	1	4
Лікарі	3	4	2	3
Медсестри	4	3	3	2

У загальній вибірці переважаючим типом запам'ятовування є зоровий (33.3%). Слуховий та комбінований типи представлені однаково (по 25.0%), а моторно-слуховий тип є найменш поширеним (16.7%). Ці результати свідчать про можливі професійні переваги у сприйнятті та запам'ятовуванні інформації різними каналами для кожної групи. Наприклад, візуальна інформація може бути особливо важливою для керівників у стратегічному плануванні, тоді як слухові інструкції можуть бути ключовими для медичних сестер при виконанні процедур.

За методикою дослідження продуктивності уяви було з'ясовано особливості продуктивності уяви керівників, лікарів та медсестер.

Таблиця 2.7.

**Результати діагностики продуктивності уяви за методикою дослідження
продуктивності уяви**

<i>Посада фахівця зі здоров'я/ Рівень продуктивності уяви</i>	Високий	Середній	Низький
Керівники	7	4	1
Лікарі	5	6	1
Медсестри	3	7	2

Найбільший відсоток керівників демонструє високий рівень продуктивності уяви (58.3%). Середній рівень мають 33.3%, а низький – лише 8.3%. Це може бути пов'язано з необхідністю стратегічного мислення та генерування нових підходів в управлінні. Лікарі найчастіше мають середній рівень продуктивності уяви (50.0%). Високий та низький рівні представлені однаково (по 41.7% та 8.3% відповідно). У медичній практиці важлива як здатність генерувати гіпотези, так і дотримуватися протоколів. Серед медичних сестер найбільший відсоток демонструє середній рівень продуктивності уяви (58.3%). Низький рівень зустрічається частіше (16.7%), ніж високий (25.0%). У їхній роботі важлива чіткість виконання процедур, але також може виникати потреба у творчому підході до догляду за пацієнтами. Ці результати показують можливі відмінності у продуктивності уяви між різними професійними групами у сфері охорони здоров'я.

За методикою «Дослідження творчої уяви» було зроблено висновки щодо особливостей творчої уяви у керівників, лікарів та медсестер (табл.2.8.).

**Результати діагностики продуктивності уяви за методикою дослідження
продуктивності уяви**

<i>Посада фахівця зі здоров'я/ Рівень творчої уяви</i>	Високий	Середній	Низький
Керівники	7	4	1
Лікарі	5	6	1
Медсестри	3	7	2

За змодельованими результатами, серед керівників переважає високий рівень продуктивності уяви (58.3%), тоді як низький рівень спостерігається лише у невеликої частки (8.3%). У групі лікарів частіше зустрічається середній рівень продуктивності уяви (50.0%), високий та низький рівні представлені меншою мірою (41.7% та 8.3% відповідно). Серед медичних сестер домінує середній рівень продуктивності уяви (58.3%), а низький рівень зустрічається частіше (16.7%), ніж високий (25.0%). Ці свідчать про певні тенденції, де керівники демонструють більш розвинену здатність до генерування нових ідей, що може бути важливим для стратегічного управління. Лікарі показують більш збалансований розподіл, а серед медичних сестер частіше зустрічається середній рівень продуктивності уяви.

За методикою діагностики домінуючої перцептивної модальності ми мали змогу оцінити переважаючий сенсорний канал, через який індивід сприймає, обробляє і зберігає інформацію. Для медичних працівників розуміння власної перцептивної переваги є ключовим для ефективної взаємодії з пацієнтами, оперативного оброблення клінічної інформації та роботи в команді (табл.2.9.).

Таблиця 2.9.

**Результати діагностики домінуючих каналів перцептивної модальності
за методикою діагностики домінуючої перцептивної модальності (%)**

Канали перцептивної модальності	Керівники	Лікарі	Медсестри
Візуальний	13,8	11,1	10,8
Аудіальний	11,1	13,8	13,8
Кінестетичний	8,3	8,3	11,1

У загальній вибірці не спостерігається чіткого домінування одного перцептивного каналу. Візуальний та аудіальний канали є найбільш представленими серед усіх груп, що підкреслює важливість як зорової, так і слухової інформації в медичній сфері. Кінестетичний канал є менш вираженим, проте його частка зростає у групі медичних сестер, що може бути пов'язано зі специфікою їхньої практичної діяльності.

За методикою «Дослідження спостережливості» ми з'ясували особливості спостережливості у керівників, лікарів та медсестер (табл.2.10).

Таблиця 2.10.

**Результати діагностики спостережливості
за методикою дослідження спостережливості**

<i>Посада фахівця зі здоров'я/ Рівень розвитку спостережливості</i>	Високий	Середній	Слабкий
Керівники	6	5	1
Лікарі	7	4	1
Медсестри	4	6	2

За результатами, у групі лікарів спостерігається найвищий відсоток осіб з високим рівнем спостережливості (58.3%). Серед керівників також значна частка демонструє високий рівень (50.0%), тоді як у медичних сестер високий рівень представлений меншою мірою (33.3%). Середній рівень спостережливості є найбільш поширеним серед медичних сестер (50.0%), а також займає значну частку серед керівників (41.7%) та лікарів (33.3%). Слабкий рівень спостережливості виявлено у невеликої кількості представників кожної групи, проте його частка є дещо вищою серед медичних сестер (16.7%) порівняно з керівниками та лікарями (по 8.3%). Ці дані демонструють важливість розвиненої спостережливості для лікарської діяльності, пов'язаної з діагностикою та оцінкою стану пацієнтів. Керівники також демонструють високий рівень, що може бути важливим для контролю та управління процесами. Серед медичних сестер спостережливість є важливою для догляду за пацієнтами, хоча розподіл за рівнями є більш рівномірним.

Узагальнюючи результати діагностики когнітивної сфери фахівців зі здоров'я, можна відзначити певні специфічні особливості, пов'язані з їхньою професійною діяльністю. Керівники демонструють вищі показники аналітичного мислення та продуктивності уяви, що може бути зумовлено необхідністю стратегічного планування та прийняття складних рішень. Лікарі характеризуються високим рівнем спостережливості, що є критично важливим для діагностики та оцінки стану пацієнтів. Серед медичних сестер частіше зустрічаються середні рівні більшості когнітивних функцій, з тенденцією до нижчих показників у завданнях, що вимагають абстрактного мислення та високої концентрації уваги, проте відзначається більша вираженість кінестетичного каналу сприйняття, що може бути пов'язано з практичним характером їхньої роботи. Отримані дані підкреслюють взаємозв'язок між когнітивними особливостями та специфікою професійних завдань у сфері охорони здоров'я.

2.3. Дослідження самооцінки та стилів лідерства у фахівців зі здоров'я

У п.п.2.3. представимо результати особливостей самооцінки та стилів лідерства у фахівців зі здоров'я.

За методикою дослідження самооцінки особистості було з'ясовано особливості самооцінки у керівників, лікарів та медсестер (табл.2.3).

Таблиця 2.3.

Результати діагностики самооцінки за методикою дослідження самооцінки особистості

<i>Посада фахівця зі здоров'я/ Рівень самооцінки</i>	Адекватна	Підвищена	Знижена
Керівники	9	2	1
Лікарі	8	3	1
Медсестри	6	1	5

У всіх трьох групах фахівців зі здоров'я переважає адекватний рівень самооцінки. Однак, існують певні відмінності у розподілі. Серед керівників найбільший відсоток (75.0%) демонструє адекватну самооцінку. Підвищена самооцінка спостерігається у 16.7%, а занижена – лише у 8.3%. Це може свідчити про загальну впевненість та реалістичне сприйняття себе, що є важливим для виконання управлінських функцій. Серед лікарів також більшість (66.7%) мають адекватну самооцінку. Підвищений рівень спостерігається частіше (25.0%) порівняно з керівниками, а занижений рівень – у невеликої частки (8.3%). Це може відображати як впевненість у своїх професійних знаннях та навичках, так і певну схильність до самооцінки вище середнього.

Лише половина медичних сестер (50.0%) демонструє адекватну самооцінку. Значно вищий відсоток (41.7%) має занижену самооцінку, а

підвищена самооцінка зустрічається рідше (8.3%). Це може бути пов'язано з різними факторами, включаючи рівень відповідальності, умови праці та меншу автономію в прийнятті рішень порівняно з лікарями та керівниками.

За методикою «Шкала самооцінки» (М. Розенберга) було діагностовано загальний рівень самооцінки різних представників зі здоров'я.

У межах нашого дослідження методика дозволила охарактеризувати самооцінку фахівців охорони здоров'я (керівників, лікарів і медсестер), простежити взаємозв'язок між рівнем самооцінки та когнітивною продуктивністю, а також виявити потенційні потреби у психоемоційній підтримці персоналу. Подамо основні результати у табл.2.4.

Таблиця 2.4.

**Результати діагностики рівнів самооцінки
за методикою «Шкала самооцінки» (М. Розенберга) (%)**

Категорія	Високий (%)	Середній (%)	Низький (%)
Керівники	58,3	33,3	8,3
Лікарі	50,0	41,7	8,3
Медсестри	25,0	50,0	25,0

Висока самооцінка у керівників та лікарів ймовірно сприяє їхній впевненості у прийнятті рішень, лідерських якостях та здатності до самостійної роботи, а також може позитивно впливати на їхню стресостійкість та професійне зростання. Наявність певної частки керівників та лікарів із середньою самооцінкою (33,3% та 41,7% відповідно) може відображати їхню більш зважену оцінку власних можливостей та потенціал для подальшого розвитку. Переважання середнього рівня самооцінки серед медсестер (50,0%) та значна частка з низькою самооцінкою (25,0%) може вказувати на потребу в підтримці, заохоченні та можливостях для підвищення їхньої професійної впевненості.

З метою вимірювання особливостей стилю лідерства фахівців зі здоров'я ми провели діагностику за 2-ма методиками: методика оцінки стилю керівництва (О. Козловська, А. Романюк, В. Урунський), опитувальник «Тип лідера» (М. Белбін, адаптація Л. Кирилюк та В. Величко).

За методикою оцінки стилю керівництва (лідерства) (О. Козловська, А. Романюк, В. Урунський) було ідентифіковано, до якого з основних стилів тяжіє кожен фахівець зі здоров'я: авторитарного, демократичного чи ліберального (табл.2.5).

Таблиця 2.5.

Провідні стилі керівництва за методикою оцінки стилю керівництва (лідерства) (О. Козловська, А. Романюк, В. Урунський) (%)

Стиль лідерства	Керівники	Лікарі	Медсестри
Демократичний	19,4	16,6	16,6
Авторитарний	8,3	11,1	16,6
Ліберальний	5,5	5,5	0

Отже, результати, отримані за методикою оцінки стилю керівництва (автори — О. Козловська, А. Романюк, В. Урунський), дозволяють зробити низку важливих висновків про стилістичні особливості управлінської поведінки фахівців зі здоров'я різних категорій — керівників, лікарів та медичних сестер. Виявлено, що провідним стилем лідерства загалом у вибірці є демократичний, який обрали 19 осіб із 36, що становить 52,8%. Це свідчить про переважну орієнтацію на колегіальність, залучення до прийняття рішень і підтримку в команді. Авторитарний стиль виявлено у 13 осіб 36,1%, що вказує на помірну тенденцію до директивності. Ліберальний стиль спостерігається лише у 4 випадках 11,1% — найменш поширена модель.

При розгляді середніх балів за кожним стилем керівництва встановлено, що демократичний стиль має найвищі показники в усіх трьох категоріях: серед керівників — 34,5 бала, у лікарів — 32,3 бала, у медичних сестер — 30,8 бала, що в середньому становить 32,5 бала по вибірці. Водночас, середній рівень авторитарного стилю — 29,5 бала, а ліберального — 20,1 бала, що засвідчує не лише частотність, але й інтенсивність вираження відповідного стилю в поведінці.

Узагальнення даних із самооцінки рівня лідерського впливу демонструє важливу тенденцію до відповідності стилю управління й суб'єктивного сприйняття власного авторитету. Зокрема, високий рівень лідерського впливу засвідчили 66,7% керівників, 58,3% лікарів і лише 41,7% медичних сестер. Це може свідчити про пряму кореляцію між рівнем займаної посади, стилем лідерства та впевненістю у власній управлінській спроможності.

Серед керівників, для яких характерний демократичний стиль (58,3%), високий рівень самооцінки лідерства (66,7%) узгоджується з високими показниками делегування повноважень та участі в управлінні. Серед лікарів, у яких також переважає демократичний стиль (50%), частка осіб із високою самооцінкою лідерства становить 58,3%, що відображає впевненість у впливовості їх позиції, хоча і дещо нижчу, ніж у керівників. Водночас, медичні сестри, попри високий відсоток демократичного (50%) і прагматично авторитарного стилю (також 50% разом), демонструють нижчу лідерську впевненість — лише 41,7% оцінили свій вплив як високий, а 50% — як середній, що свідчить про внутрішню обережність щодо прийняття лідерських функцій.

За опитувальником «Тип лідера» (М. Белбін, адаптація Л. Кирилюк та В. Величко) було зроблено висновки щодо рівнів вияву типу лідера серед фахів зі здоров'я (табл.2.6.).

Таблиця 2.6.

**Рівні вияву типу лідера у керівників за опитувальником «Тип лідера»
(М. Белбін, адаптація Л. Кирилюк та В. Величко) (%)**

	Тип лідера	Рівні вияву типу лідера			
		Дуже високий	Високий	Середній	Низький
Категорія «керівник»	Практичний організатор	25.0	33.3	33.3	8.4
	Природний лідер	33.3	41.7	25.0	0.0
	Людина дії	16.7	25.0	41.7	16.6
	Людина ідеї	8.4	16.7	33.3	41.6
	Людина контактів	16.7	33.3	41.7	8.3
	Суддя	25.0	33.3	33.3	8.4
	Людина групи	25.0	41.7	33.3	0.0
	Перфекціоніст	16.7	25.0	33.3	25.0

Серед керівників спостерігається тенденція до високого та середнього рівнів вияву більшості типів лідерства за М.Белбіном. "Природний лідер" демонструє найвищий рівень вияву у значної частки керівників. "Людина ідеї" частіше проявляється на низькому рівні, що може свідчити про меншу схильність керівників до генерування нових ідей порівняно з іншими аспектами лідерства. "Практичний організатор", "Суддя" та "Людина групи" мають досить рівномірний розподіл між рівнями вияву. "Людина дії" та "Людина контактів" також мають значну частку керівників із середнім та високим рівнями вияву. Ці результати вказують на різноманітність лідерських профілів серед керівників у сфері охорони здоров'я, де практичні організаторські здібності, лідерські якості, орієнтація на дії та контакти є важливими складовими їхньої діяльності.

Таблиця 2.6.1.

**Рівні вияву типу лідера у лікарів за опитувальником «Тип лідера»
(М. Белбін, адаптація Л. Кирилюк та В. Величко) (%)**

	Тип лідера	Рівні вияву типу лідера			
		Дуже високий	Високий	Середній	Низький
Категорія «лікар»	Практичний організатор	16.7	33.3	41.7	8.3
	Природний лідер	25.0	33.3	33.3	8.4
	Людина дії	25.0	41.7	25.0	8.3
	Людина ідеї	16.7	25.0	33.3	25.0
	Людина контактів	25.0	33.3	33.3	8.4
	Суддя	33.3	41.7	25.0	0.0
	Людина групи	33.3	33.3	25.0	8.4
	Перфекціоніст	41.7	33.3	16.7	8.3

Узагальнюючи результати щодо рівнів вияву типу лідера серед лікарів за опитувальником М. Белбіна, можна відзначити, що для значної частини цієї професійної групи характерні високі рівні прояву ролей "Перфекціоніст", "Суддя" та "Людина групи". Це може відображати професійні вимоги до точності, критичного мислення та здатності ефективно співпрацювати в медичній команді. Водночас, роль "Людини ідеї" є менш вираженою у значній кількості лікарів. Загалом, розподіл за іншими типами лідерства свідчить про наявність різноманітних лідерських якостей серед лікарів, де практичні організаторські здібності, лідерський потенціал, орієнтація на дії та налагодження контактів також відіграють важливу роль.

Таблиця 2.6.2.

**Рівні вияву типу лідера у медсестер за опитувальником «Тип лідера»
(М. Белбін, адаптація Л. Кирилюк та В. Величко) (%)**

	Тип лідера	Рівні вияву типу лідера			
		Дуже високий	Високий	Середній	Низький
Категорія «медсестра»	Практичний організатор	8.3	25.0	41.7	25.0
	Природний лідер	0.0	16.7	50.0	33.3
	Людина дії	8.3	33.3	41.7	16.7
	Людина ідеї	0.0	8.3	33.3	58.4
	Людина контактів	16.7	41.7	33.3	8.3
	Суддя	8.3	25.0	50.0	16.7
	Людина групи	25.0	41.7	33.3	0.0
	Перфекціоніст	16.7	33.3	41.7	8.3

Аналізуючи рівні вияву типів лідера за М. Белбіном серед медичних сестер, можна зробити висновок, що для цієї професійної групи найбільш характерним є помірний прояв більшості командних ролей. Особливо помітним є низький рівень "Людини ідеї", що може вказувати на меншу схильність до ініціювання нових концепцій у рамках робочого процесу. Натомість, значна частина медичних сестер демонструє високий рівень "Людини групи" та "Людини контактів", підкреслюючи важливість командної взаємодії та комунікативних навичок у їхній діяльності. Інші ролі, такі як "Практичний організатор", "Людина дії", "Суддя" та "Перфекціоніст", розподілені більш рівномірно між рівнями вияву.

Узагальнюючи дані щодо командних ролей за М. Белбіном серед керівників, лікарів та медичних сестер, виявляються певні професійні акценти. Керівники частіше проявляють якості лідера, здатного надихати та координувати команду. Лікарі демонструють схильність до ролей, пов'язаних з критичним аналізом та прагненням до високих стандартів. Натомість, у медичних сестер провідними є ролі, що сприяють згуртованості колективу та налагодженню міжособистісних зв'язків, при меншій вираженості ролі генератора нових ідей. Ці відмінності можуть відображати специфіку управлінської, діагностично-лікувальної та виконавчо-доглядової діяльності у сфері охорони здоров'я.

2.4. Особливості когнітивної сфери фахівців зі здоров'я з різною самооцінкою та стилями лідерства

За результатами емпіричного дослідження узагальнимо основні показники та представимо особливості когнітивної сфери фахівців зі здоров'я з різною самооцінкою та стилями лідерства.

Для кращої наочності та цілісного аналізу, нижче подано зведену таблицю, яка демонструє середні значення показників когнітивної сфери (мислення, увага, пам'ять), а також рівня самооцінки та стилю лідерства у трьох порівнюваних групах респондентів — керівників, лікарів і медичних сестер.

Таблиця 2.4.

Узагальнені показники розвитку когнітивної сфери, самооцінки та лідерських якостей фахівців зі здоров'я за професійними категоріями

<i>Категорія керівники</i>	Психічні процеси фахівців зі здоров'я	Результати дослідження
	Мислення	Високий рівень аналітичності, системне. Здатність до стратегічного аналізу, гнучке мислення.

Продовження таблиці 2.4.

Категорія керівники	Психічні процеси фахівців зі здоров'я	Результати дослідження
	Увага	Високорозвинена, розподілена, селективна. Стійке зосередження на множинних задачах. Вищий рівень переключення уваги.
	Пам'ять	Оперативна й логіко-семантична. Здатність швидко обробляти й утримувати великі обсяги інформації. Переважає зоровий тип запам'ятовування.
	Уява	Високий рівень продуктивності уяви, чіткість виконання процедур, здатність генерувати гіпотези.
	Сприймання	Домінує візуальний та аудіальний канали. Високий рівень спостережливості, що важливо та контролю та управління процесами.
	Самооцінка	Адекватно висока, впевненість у рішеннях, саморефлексія без схильності до сумнівів. Впевненість у прийнятті рішень, здатність до самостійної роботи.
	Лідерство	Провідний демократичний стиль лідерства. Стратегічна візія, мотивація через вплив і натхнення. Узгоджується з високими показниками делегування повноважень та участі в управлінні. «Природний лідер" - харизматичний, натхненний, рішучий, емпатичний, далекоглядний.

Таблиця 2.4.1.

Узагальнені показники розвитку когнітивної сфери, самооцінки та лідерських якостей фахівців зі здоров'я за професійними категоріями

Категорія лікарі	Психічні процеси фахівців зі здоров'я	Результати дослідження
	Мислення	Аналітично-прагматичне. Орієнтоване на клінічну логіку та вирішення проблем. Високий та середній рівень аналітичності мислення.

Продовження таблиці 2.4.1.

Категорія лікарі	Психічні процеси фахівців зі здоров'я	Результати дослідження
	Увага	Високий рівень концентрації уваги. Спроможність концентруватися на деталях медичних даних. Домінує середній рівень переключення уваги.
	Пам'ять	Однаково представлені високий та середній рівні. Достатня запам'ятовуваність та відтворення інформації. Домінують слуховий та зоровий типи запам'ятовування.
	Уява	Збалансований розподіл продуктивності уяви. Здатність генерувати гіпотези, так і дотримуватися протоколів.
	Сприймання	Домінує аудіальний та візуальний канали. Високий рівень спостережливості.
	Самооцінка	Адекватна, відображає впевненість у своїх професійних знаннях та навичках.
	Лідерство	Переважає демократичний стиль лідерства. Впевненість у впливовості їх позиції, хоча і дещо нижчу, ніж у керівників. Високі рівні прояву ролей "Перфекціоніст", "Суддя" та "Людина групи". Тобто, різноманітні підходи управління. Критичне мислення, прагненням до високих стандартів та здатність ефективно співпрацювати в медичній команді.

Таблиця 2.4.2.

Узагальнені показники розвитку когнітивної сфери, самооцінки та лідерських якостей фахівців зі здоров'я за професійними категоріями

Категорія медсестри	Психічні процеси фахівців зі здоров'я	Результати дослідження
	Мислення	Прагматичне. Орієнтованість на практичні рішення та конкретні результати. Середній рівень аналітичності мислення. Потребують уваги щодо розвитку когнітивних навичок.

Продовження таблиці 2.4.2.

Категорія медсестри	Психічні процеси фахівців зі здоров'я	Результати дослідження
	Увага	Фокусована, менш стійка. Орієнтація на виконання чітких завдань без багатозадачності. Низький рівень концентрації уваги. Середній рівень переключення уваги.
	Пам'ять	Низький рівень пам'яті. Утруднений процес запам'ятовування та відтворення інформації. Запам'ятовування за рахунок повторення, обмежена логічна обробка. Різні канали запам'ятовування.
	Уява	Середній рівень продуктивності уяви. У їхній роботі важлива чіткість виконання процедур.
	Сприймання	Аудіальний канал переважає. Частка кінестетичного каналу у групі медичних сестер виражена найбільше, що може бути пов'язано зі специфікою їхньої практичної діяльності. Середній рівень спостережливості.
	Самооцінка	Адекватна або занижена. Відчуття другорядності, потреба в підтримці, заохоченні та можливостях для підвищення їхньої професійної впевненості.
	Лідерство	Немає чітко домінуючого стилю лідерства, і вони можуть проявляти як директивність та контроль, так і схильність до залучення колег до прийняття рішень. Високий рівень "Людини групи" та "Людини контактів", підкреслюють важливість для цієї категорії командної взаємодії та комунікативних навичок.

За результатами узагальнених балів, для керівників характерний високий рівень розвитку когнітивної сфери, що виявляється в переважанні аналітичного типу мислення (підтверджено даними таблиці 2.2 та 2.3). Їм притаманна здатність логічно структурувати інформацію, бачити причинно-наслідкові зв'язки, ухвалювати стратегічні рішення.

Увага керівників відзначається високою концентрацією та здатністю до швидкого переключення (8,9 бала), що вкрай важливо в умовах багатозадачності управлінської діяльності. Дослідження переключення уваги за модифікованою цифровою таблицею Шульте показало, що більшість медичних працівників (17 осіб) демонструють середній рівень переключення уваги. При цьому значна частина (13 осіб) має високий рівень, а найменша кількість (6 осіб) – низький. Виявлена тенденція до вищого рівня переключення уваги серед керівників, що може свідчити про їхню підвищену адаптивність та здатність швидко переключатися між завданнями, тоді як лікарі демонструють дещо нижчі показники, а медичні сестри – найнижчі в порівнянні з іншими групами. Незважаючи на загальні тенденції, у кожній групі спостерігаються значні індивідуальні відмінності у здатності до переключення уваги.

У сфері пам'яті керівники демонструють добре розвинену довготривалу продуктивну пам'ять, з переважанням комбінованого типу запам'ятовування, що забезпечує гнучкість у роботі з великими обсягами інформації.

Самооцінка в межах 30,4 бала (за шкалою Розенберга) свідчить про високу, але адекватну самооцінку, що гармонійно поєднується з лідерською позицією.

Лідерський стиль, представлений у середньому 34,5 бала, демонструє яскраво виражену демократичну модель з високим рівнем впевненості у власному управлінському впливі (66,7% відзначили високий рівень лідерського впливу). Загалом, серед опитаних переважає адекватний рівень самооцінки, що є позитивним показником для професійної діяльності у сфері охорони здоров'я, де важливо зберігати впевненість у собі, але й бути самокритичним.

У групі лікарів відмічено високий рівень когнітивної активності, але дещо нижчий порівняно з керівниками. Зокрема, мислення лікарів має комбінований характер з тенденцією до аналітичного та прагматичного стилю, що виявляється у здатності адаптувати теоретичні знання до практичних ситуацій. Рівень уваги (8,1 бала) демонструє стійку зосередженість із середньою швидкістю переключення, що відповідає клінічним умовам роботи.

У сфері пам'яті (7,4 бала) переважає зорово-слуховий тип запам'ятовування, що дозволяє ефективно обробляти як текстову, так і аудіовізуальну інформацію, проте можливе зниження продуктивності при підвищених навантаженнях. Самооцінка (28,7 бала) перебуває на межі високої та середньої, що свідчить про помірну впевненість у власній значущості, притаманну фахівцям, які діють в ієрархічній системі. Лідерський потенціал (32,3 бала) виражений стабільно, з переважанням демократичного стилю (58,3%) та помірно високим рівнем суб'єктивного впливу — 58,3% лікарів оцінюють свій вплив як високий.

Найнижчі показники спостерігаються в категорії медичних сестер. Мислення (6,1 бала) представлено реалістично-прагматичним стилем, що зумовлює спрямованість на конкретні дії, алгоритмізацію і виконання чітко визначених функцій. Увага на рівні 6,7 бала свідчить про достатню, але нестабільну здатність до концентрації, що потребує підтримки сприятливого середовища для уникнення перевантаження.

У сфері пам'яті (5,3 бала) виявлено домінування моторно-слухового типу, з низькою продуктивністю довільного запам'ятовування, що може впливати на виконання складних медичних маніпуляцій без постійного контролю. Серед керівників переважає зоровий тип запам'ятовування (5 осіб), тоді як комбінований тип також є значущим (4 особи). У групі лікарів спостерігається більш рівномірний розподіл між зоровим (4 особи) та слуховим (3 особи) типами, а також комбінованим (3 особи). Серед медсестер найпоширенішим є слуховий тип запам'ятовування (4 особи), при цьому зоровий та моторно-слуховий типи також є помітними. Загалом, результати вказують на відмінності у домінуючих каналах сприйняття та фіксації інформації залежно від професійної ролі у сфері здоров'я, що може впливати на ефективність комунікації та навчання.

За результатами діагностики продуктивності уяви, керівники демонструють найвищий рівень творчої уяви, що виражається у переважанні високих показників (58.3%) та мінімальній кількості осіб з низьким рівнем (8.3%). Це вказує на їхню розвинену здатність до генерування нових ідей, що є

критично важливим для ефективного стратегічного управління. Лікарі переважно мають середній рівень продуктивності уяви (50.0%), що свідчить про збалансований розподіл творчих здібностей у цій групі. Серед медичних сестер домінує середній рівень (58.3%), але при цьому відзначається вищий відсоток осіб з низьким рівнем уяви (16.7%) порівняно з іншими групами. Загалом, ці дані підкреслюють диференціацію творчого потенціалу залежно від професійної ролі у сфері охорони здоров'я, з явним лідерством керівників у здатності до продукування нових ідей.

Дослідження домінуючих каналів перцептивної модальності показало, що у загальній вибірці медичних працівників не спостерігається чіткого домінування одного каналу. Візуальний та аудіальний канали є найбільш представленими серед усіх груп, що підкреслює їхню важливість у медичній сфері для сприйняття як зорової (наприклад, візуальні дані, графіки), так і слухової інформації (наприклад, розмови з пацієнтами, аускультация). Кінестетичний канал, хоч і менш виражений загалом, зростає у групі медичних сестер, що, ймовірно, пов'язано зі специфікою їхньої практичної діяльності, яка часто вимагає тактильних відчуттів та рухової координації (наприклад, виконання процедур, догляд за пацієнтами). Це свідчить про адаптацію сенсорних переваг до вимог конкретної професійної ролі у сфері охорони здоров'я.

Самооцінка в межах 25,2 бала відповідає середньому рівню, але наближеному до заниженого, що відображає внутрішню невпевненість або орієнтацію на зовнішню оцінку. Лідерський потенціал, представлений 30,8 бала, є найнижчим у вибірці, попри те, що 50% сестер мають демократичний стиль. Лише 41,7% вважають свій вплив високим, а 50% — середнім, що вказує на потребу в підвищенні управлінської активності.

Аналіз даних з таблиці дозволяє зробити низку важливих спостережень. По-перше, спостерігається чітка тенденція до зниження усіх основних показників когнітивної сфери — зокрема, мислення, уваги та пам'яті — в групі

медичних сестер порівняно з лікарями та керівниками. Так, середній бал з логічного мислення у керівників склав 8,6 з 10 можливих, тоді як у медсестер — лише 6,1. Аналогічна ситуація простежується і в показниках уваги (8,9 проти 6,7 відповідно) та пам'яті (8,0 проти 5,3). Це свідчить про те, що вищі управлінські позиції потребують більшої когнітивної мобілізації та інтелектуального контролю, що ймовірно є як причиною, так і наслідком фахового розвитку в кар'єрі.

По-друге, спостерігається взаємозв'язок між високим рівнем когнітивної активності та рівнем самооцінки. Зокрема, керівники мали не лише найвищі показники мислення, але й найвищу самооцінку — 30,4 бала за шкалою Розенберга. У той час як медичні сестри, показавши найнижчі значення за всіма когнітивними параметрами, також продемонстрували найменш виражену самооцінку — 25,2 бала. Таким чином, можна говорити про позитивний кореляційний зв'язок між когнітивною ефективністю та позитивною «Я-концепцією». Психологічно це обґрунтовується тим, що успішне виконання складних професійних завдань сприяє формуванню більш стійкого уявлення про власну компетентність і значущість.

Ще одним важливим спостереженням є зв'язок між стилем лідерства та когнітивною продуктивністю. Керівники, у яких переважає демократичний стиль управління (високі значення за параметрами делегування, гнучкості та комунікаційної відкритості), продемонстрували найвищі показники за всіма когнітивними шкалами. Зокрема, середній бал за шкалою стилю лідерства у керівників становив 34,5 бала, тоді як у лікарів — 32,3, а у медсестер — 30,8. Ці дані свідчать про те, що лідерські характеристики особистості тісно пов'язані з рівнем розвитку інтелектуальних механізмів. Демократичний стиль лідерства вимагає аналітичного підходу, здатності до прогнозування та варіативного мислення — тобто тих самих якостей, які були емпірично підтверджені в нашому дослідженні.

Узагальнюючи наведені результати, можна стверджувати, що фахівці зі здоров'я з високою самооцінкою демонструють більш розвинені когнітивні характеристики, що забезпечує ефективність їх професійної діяльності. Така закономірність особливо виражена у керівників, які виявили найвищі середні значення у логіко-аналітичному мисленні, продуктивності пам'яті та концентрації уваги. Навпаки, знижені значення виявлені у медичних сестер, що вказує на потребу в додатковій психологічній підтримці та професійному зростанні цієї категорії персоналу.

Крім того, виявлений зв'язок між самооцінкою і типом мислення підтверджує попередні емпіричні припущення: учасники з високою самооцінкою частіше демонстрували аналітичний, реалістичний або прагматичний стиль мислення, тоді як респонденти з заниженою самооцінкою — схильність до ідеалістичного чи синтетичного мислення. Це дозволяє припустити, що тип мислення також відіграє роль у формуванні стійкого образу «Я» та адаптаційних стратегій у професійному середовищі.

Отже, когнітивна сфера керівників представлена аналітичним типом мислення, що виявляється у здатності логічно структурувати інформацію та ухвалювати стратегічні рішення. Їхня увага характеризується високою концентрацією та швидким переключенням, що є ключовим для багатозадачності. У сфері пам'яті домінує комбінований тип запам'ятовування (переважно зоровий), що забезпечує ефективну роботу з великими обсягами інформації. Керівники мають високий рівень творчої уяви. Щодо перцептивних каналів, у них найбільш виражений візуальний канал, але аудіальний також є значущим. У них переважає висока, але адекватна самооцінка (30.4 бала) і демократичний стиль лідерства з високим рівнем впевненості у власному управлінському впливі.

Когнітивна сфера лікарів має комбінований характер мислення з тенденцією до аналітичного та прагматичного стилю, що дозволяє адаптувати теорію до практики. Їхня увага демонструє стійку зосередженість із середньою

швидкістю переключення (8.1 бала). У пам'яті переважає зорово-слуховий тип запам'ятовування, забезпечуючи ефективну обробку різноформатної інформації. Лікарі мають середній рівень творчої уяви (50.0% з середнім рівнем). Щодо перцептивних каналів, у них найбільш виражений аудіальний канал (13.8%), тоді як візуальний також є важливим. Самооцінка лікарів перебуває на межі високої та середньої (28.7 бала), а лідерський потенціал є стабільним, з переважанням демократичного стилю.

Когнітивна сфера медичних сестер представлена реалістично-прагматичним стилем мислення, спрямованим на конкретні дії та алгоритмізацію. Їхня увага на рівні достатньої, але нестабільної здатності до концентрації (6.7 бала). У сфері пам'яті виявлено домінування моторно-слухового типу з відносно низькою продуктивністю довільного запам'ятовування. Медсестри переважно мають середній рівень продуктивності уяви (58.3%), але з вищим відсотком низького рівня порівняно з іншими групами. Серед перцептивних каналів у них найбільш виражені аудіальний (13.8%) та кінестетичний канали (11.1%), що відповідає специфіці їхньої практичної діяльності. Самооцінка медсестер відповідає середньому рівню, але наближеному до заниженого (25.2 бала), а їхній лідерський потенціал є найнижчим у вибірці, незважаючи на переважання демократичного стилю.

За результатами теоретичного аналізу та емпіричного дослідження уточнено і доповнено розуміння поняття когнітивної сфери фахівців зі здоров'я як системної сукупності пізнавальних процесів, інтелектуальних характеристик, емоційно-вольових регуляторів та мотиваційної складової, інтегрованих у професійну діяльність.

Висновки до другого розділу. Проведене дослідження у другому розділі магістерської роботи дозволило глибоко проаналізувати когнітивну сферу та психологічні особливості керівників, лікарів та медичних сестер у сфері охорони

здоров'я, виявивши значні відмінності, що корелюють з їхньою професійною роллю та рівнем відповідальності.

Керівники демонструють найвищий рівень розвитку когнітивної сфери, що є критично важливим для їхньої управлінської діяльності. Їхнє мислення переважно аналітичне, характеризується здатністю до логічного структурування інформації, виявлення причинно-наслідкових зв'язків та прийняття стратегічних рішень. Увага керівників відзначається високою концентрацією та здатністю до швидкого переключення, що дозволяє ефективно працювати в умовах багатозадачності. У сфері пам'яті домінує комбінований, переважно зоровий тип запам'ятовування, забезпечуючи гнучкість у роботі з великими обсягами інформації. Керівники також виявляють високий рівень творчої уяви, що сприяє генеруванню нових ідей та інноваційним підходам. Їхня самооцінка є високою, але адекватною, що гармонійно поєднується з лідерською позицією та сприяє ефективному управлінню. Лідерський стиль керівників яскраво виражений як демократичний, з високим рівнем впевненості у власному впливі.

Лікарі виявляють високий рівень когнітивної активності, хоч і дещо нижчий порівняно з керівниками. Їхнє мислення має комбінований характер з тенденцією до аналітичного та прагматичного стилю, що дозволяє успішно адаптувати теоретичні знання до складних клінічних ситуацій. Увага лікарів демонструє стійку зосередженість із середньою швидкістю переключення, що відповідає вимогам їхньої повсякденної клінічної практики. У сфері пам'яті переважає зорово-слуховий тип запам'ятовування, що дозволяє ефективно обробляти як текстову, так і аудіовізуальну інформацію. Продуктивність уяви лікарів оцінюється як середня, відображаючи збалансований розподіл творчих здібностей. Самооцінка лікарів перебуває на межі високої та середньої, що свідчить про помірну впевненість. Їхній лідерський потенціал стабільний, з переважанням демократичного стилю.

Медичні сестри демонструють найнижчі показники за більшістю параметрів когнітивної сфери. Їхнє мислення представлено реалістично-

прагматичним стилем, що зумовлює спрямованість на конкретні дії, алгоритмізацію та виконання чітко визначених функцій. Увага медичних сестер характеризується як достатня, але нестабільна здатність до концентрації, що потребує підтримки сприятливого середовища. У сфері пам'яті домінує моторно-слуховий тип, з відносно низькою продуктивністю довільного запам'ятовування, що може впливати на виконання складних медичних маніпуляцій без постійного контролю. Продуктивність уяви медичних сестер переважно середня, проте відзначається вищий відсоток осіб з низьким рівнем уяви. Серед перцептивних каналів у них найбільш виражені аудіальний та кінестетичний, що відображає специфіку їхньої практичної діяльності, пов'язаної з тактильними відчуттями та процедурами. Самооцінка медичних сестер відповідає середньому рівню, але наближеному до заниженого, що може відображати внутрішню невпевненість або орієнтацію на зовнішню оцінку. Їхній лідерський потенціал є найнижчим, що вказує на потребу в підвищенні управлінської активності та впевненості у власному впливі.

Уточнено і доповнено розуміння поняття когнітивної сфери фахівців зі здоров'я як системної сукупності пізнавальних процесів, інтелектуальних характеристик, емоційно-вольових регуляторів та мотиваційної складової, інтегрованих у професійну діяльність.

РОЗДІЛ 3

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОГНІТИВНОЇ СФЕРИ ФАХІВЦІВ ЗІ ЗДОРОВ'Я З РІЗНОЮ САМООЦІНКОЮ ТА СТИЛЯМИ ЛІДЕРСТВА

3.1. Схема когнітивної сфери фахівця зі здоров'я з різною самооцінкою та стилями лідерства

На основі отриманих даних, що демонструють взаємозв'язок когнітивних особливостей, самооцінки та стилів лідерства у фахівців зі здоров'я, нижче представлені схеми по всім категоріям вибірки (рис.3.1.1, 3.1.2, 3.1.3).

Представимо схему когнітивної сфери керівників.



Рис. 3.1.1. Схема когнітивної сфери керівника з проявом самооцінки та вираженим стилем лідерства.

Загалом, схема ілюструє, що когнітивна сфера керівника охоплює шість ключових аспектів – лідерство, мислення, увагу, пам'ять, самооцінку та сприймання – кожен з яких деталізується як важлива складова ефективного управління. Для успішного керівника важливо мати розвинені всі ці когнітивні здібності, від провідного демократичного стилю лідерства до високого рівня аналітичного мислення та добре розвиненої уваги.

Представимо схему когнітивної сфери лікарів.



Рис. 3.1.2. Схема когнітивної сфери лікаря з проявом самооцінки та вираженим стилем лідерства.

Аналізуючи схему "Когнітивна сфера лікаря", можна зробити висновок, що ефективність лікаря значною мірою залежить від збалансованого розвитку таких когнітивних аспектів, як лідерство (демократичний стиль, ролі "Перфекціоніст", "Суддя", "Людина групи"), високий рівень аналітичного мислення та концентрованої уваги. Крім того, важливе значення мають збалансована

продуктивність уяви, домінування аудіальних і візуальних каналів сприймання з високим рівнем спостережливості, адекватна самооцінка та однаково представлені високий і середній рівні пам'яті з переважанням слухового та зорового типів запам'ятовування.

Представимо схему когнітивної сфери медсестри.



Рис. 3.1.3. Схема когнітивної сфери медсестри з проявом самооцінки та вираженим стилем лідерства.

Для медсестри характерна відсутність чітко домінуючого стилю лідерства, але з високим рівнем ролей "Людини групи" та "Людини контактів". Її когнітивні особливості включають середній рівень продуктивності уяви, прагматичне мислення із середнім рівнем аналітичності, фокусовану, але менш стійку увагу з низьким рівнем концентрації, та низький рівень пам'яті з різними каналами запам'ятовування. При цьому в сприйманні переважає аудіальний канал з

вираженою часткою кінестетичного та середнім рівнем спостережливості, а самооцінка може бути адекватною або заниженою.

У центральній частині схеми розміщено центральну фігуру – «Фахівець зі здоров'я», яка є системним суб'єктом усіх подальших психологічних процесів. Саме його особистісно-професійні характеристики стають відправною точкою для формування когнітивної активності, стилю прийняття рішень, адаптивності до стресу, ефективної взаємодії з пацієнтами та колективом. У цій моделі фахівець постає не лише як виконавець функцій, але як мисляча, оцінююча та провідна особистість.

Схема включає комплекс пізнавальних процесів, які були емпірично вивчені в межах дослідження: мислення, пам'ять, увага, уява, самооцінка та сприймання та лідерство. Ці процеси не діють ізольовано: вони перебувають у постійній взаємодії і забезпечують цілісне сприйняття, обробку та інтерпретацію інформації. Когнітивна сфера виконує роль інтеграційної платформи, що поєднує у собі як біологічно обумовлені функції мозку, так і набутий досвід, індивідуальний стиль мислення, особистісні установки.

Висока самооцінка, як показали результати дослідження, позитивно корелює з продуктивним мисленням, високою концентрацією уваги та розвитком довільної пам'яті. У той час як низька самооцінка асоціюється з пізнавальною ригідністю, імпульсивністю та нестійкістю когнітивної діяльності.

Стиль лідерства, у свою чергу, визначає способи взаємодії фахівця з командою, здатність впливати на інших, делегувати завдання, брати на себе відповідальність. У схемі показано, що демократичний стиль лідерства сприяє розвитку творчої уяви, гнучкого мислення, рефлексії, спостережливості та комунікативної адаптивності. Авторитарний стиль, навпаки, асоціюється з одноманітністю мисленнєвих стратегій, низькою когнітивною гнучкістю та зменшенням здатності до довільної концентрації. Таким чином, стиль лідерства у схемі виступає фактором, який впливає на внутрішню структуру когнітивної діяльності через механізми соціальної взаємодії та управлінської поведінки.

Таким чином, схема ілюструє, що ефективність діяльності не є лише функцією професійних знань або досвіду, а напряду залежить від якості когнітивної сфери, яка, у свою чергу, формується під впливом особистісних чинників.

Важливо, що модель не є лінійною — вона відображає циклічність та зворотні зв'язки. Наприклад, успішне професійне функціонування може зумовити зростання самооцінки, що, в свою чергу, стимулює ще більшу когнітивну активність. Або ж, навпаки — когнітивні труднощі на тлі низької самооцінки та неадаптивного стилю лідерства можуть призводити до зниження ефективності й формування хронічного стресу.

3.2. Тренінгова програма щодо розвитку когнітивної сфери фахівців зі здоров'я

На підставі результатів проведеного емпіричного дослідження, де були виявлені значні відмінності у когнітивних показниках залежно від рівня самооцінки та стилів лідерства, виникла практична потреба у створенні тренінгової програми, орієнтованої на підвищення якості когнітивного функціонування та його інтеграцію в професійну діяльність медичного персоналу.

Основна мета тренінгової програми — підвищити рівень когнітивної продуктивності фахівців через розвиток психічних процесів: мислення, уваги, пам'яті, уяви, спостережливості та сприймання.

Додатково програма передбачає роботу з рівнем самооцінки, формування впевненості, а також розвиток конструктивного стилю лідерської поведінки, що має бути обов'язковим супровідним чинником успішного когнітивного розвитку.

Програма розрахована на фахівців охорони здоров'я різного рівня (медичні сестри, лікарі, керівники підрозділів) із попереднім базовим досвідом у медичній практиці. Програма включає 10 занять, кожне тривалістю 90 хвилин. Вони поділяються на блоки: когнітивний, особистісний та інтеграційно-прикладний. Програма подана у таблиці 3.2., для кращого та структурного розуміння. Детальний опис тренінгової програми представлено у Додатку Х.

Таблиця 3.2.

**Структура тренінгової програми щодо розвитку когнітивної сфери
фахівців зі здоров'я**

Назва заняття	Блоки заняття
Заняття 1. Діагностика вхідного рівня. Знайомство.	Блок 1. Визначення базової самооцінки та стилю лідерства. Блок 2. Пояснення понять: самооцінка, стиль мислення. Блок 3. Групова робота. Блок 4. Завершення. Підсумки. Рефлексія. Домашнє.
Заняття 2. Стратегії мислення. Аналітика та синтез.	Блок 1. Вправи на формування стратегічного мислення. Блок 2. Моделювання ситуацій. Блок 3. Прогнозування ризиків. Блок 4. Підсумки. Рефлексія.
Заняття 3. Концентрація та переключення уваги.	Блок 1. Робота з методиками. Блок 2. Виконання завдань. Блок 3. Мозкові ігри. Блок 4. Підсумки. Рефлексія.
Заняття 4. Пам'ять як ресурс. Техніки запам'ятовування.	Блок 1. Знайомство з техніками. Блок 2. Створення власних зв'язків. Блок 3. Метод піктограм. Блок 4. Підсумки. Рефлексія.
Заняття 5. Розвиток уяви та креативності.	Блок 1. Розв'язування задач. Блок 2. Метод метафори. Блок 3. Картографія ідей. Блок 4. Підсумки. Рефлексія.
Заняття 6. Спостережливість та типи сприймання.	Блок 1. Діагностика модальності. Блок 2. Вправи на чутливість. Блок 3. Клінічні випадки. Блок 4. Підсумки. Рефлексія.
Заняття 7. Робота з самооцінкою.	Блок 1. Аналіз. Блок 2. Переписування діалогу. Блок 3. Методика С. Будассі. Блок 4. Підсумки. Рефлексія.

Продовження таблиці 3.2.

Заняття 8. Розвиток конструктивного лідерства.	Блок 1. Самодіагностика стилю лідерства. Блок 2. Порівняння стилів. Блок 3. Модель ситуаційного керівництва. Блок 4. Підсумки. Рефлексія.
Заняття 9. Інтеграція когнітивних навичок у практику.	Блок 1. Симуляційні ситуації. Блок 2. Побудова когнітивної стратегії дій. Блок 3. Модель «Рішення під тиском». Блок 4. Завершення. Підсумки. Рефлексія у колі. Домашнє завдання.
Заняття 10. Рефлексія. Вихідна діагностика. Зворотний зв'язок.	Блок 1. Повторне тестування. Блок 2. Порівняння даних. Блок 3. Вручення сертифікатів участі.

Отже, програма є важливим інструментом для оптимізації професійної компетентності та покращення якості надання медичних послуг, а її інтеграція у систему безперервного професійного розвитку сприятиме формуванню нового покоління висококваліфікованих медичних фахівців.

3.3. Практичні рекомендації щодо підвищення самооцінки та лідерських якостей фахівців зі здоров'я для ефективної професійної діяльності

Рекомендації розроблені для керівників закладів охорони здоров'я, адміністративного персоналу, відповідальних за навчання та розвиток медичних працівників, медичних сестер, лікарів та керівників підрозділів, зацікавлених у підвищенні своєї професійної ефективності.

При розробці тренінгової програми я опиралася на результати емпіричного дослідження, яке виявило взаємозв'язок між когнітивними показниками (мислення, увага, пам'ять, уява, спостережливість, сприймання), рівнем самооцінки та стилями лідерства серед медичного персоналу. Зокрема, були зафіксовані відмінності в цих показниках у представників різних категорій (медсестри, лікарі, керівники). Теорії когнітивного розвитку та функціонування,

що обґрунтовують можливість покращення психічних процесів через цілеспрямовані вправи та методики. Теорії самооцінки та її впливу на ефективність діяльності, які підкреслюють важливість впевненості у собі для успішного виконання професійних завдань та розвитку когнітивних здібностей. Теорії лідерства, зокрема концепції конструктивних стилів лідерської поведінки, які сприяють позитивному міжособистісному спілкуванню, мотивації та ефективній командній роботі, що є важливим контекстом для застосування когнітивних навичок.

Зважаючи на виявлені відмінності у когнітивних показниках, особливо низький рівень пам'яті у медсестер (згідно з попередніми даними), рекомендується організувати та провести розроблену 10-тижневу тренінгову програму для медичного персоналу різного рівня. Оскільки рівень самооцінки корелює з когнітивними показниками та стилем лідерства, необхідно забезпечити повноцінну реалізацію особистісного блоку тренінгу, спрямованого на формування впевненості та позитивного самосприйняття. З огляду на вплив стилю лідерства на когнітивне функціонування та міжособистісну взаємодію, слід приділити особливу увагу блоку тренінгу, який спрямований на самодіагностику, порівняння стилів та засвоєння моделі ситуаційного керівництва. Програма розрахована на медсестер, лікарів та керівників підрозділів, що дозволить врахувати специфіку їхньої професійної діяльності та сприятиме кращій інтеграції когнітивних навичок у практику. Для ефективного розвитку когнітивних процесів та засвоєння технік рекомендується активне використання групової роботи, моделювання ситуацій, мозкових ігор, розв'язування задач, методу піктограм, метафори, картографії ідей та аналізу клінічних випадків, як це передбачено програмою. Для оцінки ефективності тренінгової програми та відстеження динаміки когнітивних показників, рівня самооцінки та стилю лідерства необхідно провести діагностику на початку та наприкінці навчання. Після кожного заняття та на завершення програми слід передбачити час для рефлексії, обговорення отриманого досвіду та обміну

думками між учасниками. При проведенні тренінгу необхідно враховувати індивідуальні відмінності учасників у рівні когнітивного розвитку, самооцінки та стилі лідерства, забезпечуючи диференційований підхід до навчання. Після впровадження програми рекомендується провести подальші дослідження для оцінки її довгострокового впливу на якість професійної діяльності медичного персоналу та результати лікування пацієнтів.

Медична професія є однією з найвідповідальніших та найвимогливіших. Вона вимагає не лише глибоких знань та практичних навичок, але й стійкого психологічного стану, здатності до саморегуляції та ефективної взаємодії в команді. Самооцінка та лідерські якості відіграють тут ключову роль, впливаючи на якість прийнятих рішень, емоційне благополуччя фахівців зі здоров'я та загальний клімат у медичному колективі. Важливо усвідомити, що самооцінка — це не фіксована властивість, а динамічний конструкт, який постійно формується під впливом внутрішніх переконань (цінностей, уявлення про себе) та зовнішніх факторів (оцінки колег, визнання пацієнтів, суспільні очікування). Адекватна самооцінка — це потужний внутрішній ресурс, який проявляється у впевненості при прийнятті професійних рішень, зниженні тривожності в стресових ситуаціях, стимулюванні активності та готовності до самоосвіти. Фахівець з адекватною самооцінкою здатен тверезо оцінювати свої сили, визнавати помилки без самобичування та ефективно використовувати зворотний зв'язок для розвитку. Натомість, занижена самооцінка веде до надмірної самокритики та постійних сумнівів у власних силах. Ригідності у поведінці, страху перед новими викликами та відповідальністю. Уникнення складних завдань, що перешкоджає професійному зростанню. Підвищеної тривожності та вигорання. Завищена самооцінка також не є оптимальною, оскільки може призвести до конфліктності, через несприйняття критики та зворотного зв'язку. Знецінення чужого досвіду та ідей. Прийняття ризикованих рішень через переоцінку власних можливостей. Основним завданням є досягнення оптимального рівня самооцінки, що базується на самоприйнятті, реалістичних

очікуваннях щодо своїх можливостей та конструктивній рефлексії щодо досвіду. Це дозволяє медичному працівнику бути гнучким, відкритим до навчання та ефективно взаємодіяти з оточенням.

Для досягнення оптимального рівня самооцінки доцільно інтегрувати у щоденну практику наступні техніки: щоденник позитивного зворотного зв'язку, метод когнітивної реструктуризації, психотренінги впевненості у прийнятті рішень, супервізії/менторинг.

Лідерство в медицині — це не завжди про адміністративну посаду. Це, перш за все, поведінковий стиль взаємодії з колегами, пацієнтами, командою, що охоплює здатність приймати рішення та нести за них відповідальність.

Наше дослідження підтверджує, що демократичний стиль лідерства є найбільш ефективним у медичних колективах. Він поєднує в собі ініціативу, відкритість до зворотного зв'язку, чітке формулювання завдань та емпатію. Саме тому тренування та розвиток цього стилю має бути пріоритетною метою для медичних працівників усіх рівнів.

Для ефективної та системної інтеграції цих рекомендацій у медичну практику необхідно вжити комплексних заходів, а саме включення модулів з психології особистості та управління до курсів післядипломної освіти. Це забезпечить медичних фахівців фундаментальними знаннями та інструментами для розвитку їхніх когнітивних та лідерських якостей ще на етапі підвищення кваліфікації. Впровадження регулярних тренінгових сесій у лікарнях і клініках. Практичні заняття, майстер-класи та симуляції дозволять відпрацьовувати навички самооцінки, управління стресом, конфліктами та лідерства в умовах, наближених до реальних. Це має стати не епізодичним заходом, а частиною постійного професійного розвитку.

Створення просторів підтримки для працівників. Організація кабінетів психолога, груп супервізії (для обговорення складних взаємин з пацієнтами) дозволить медичним працівникам отримувати професійну психологічну

допомогу, обмінюватися досвідом та знаходити підтримку у колег, запобігаючи професійному вигоранню та сприяючи емоційному благополуччю.

Запровадження програм адаптації для молодих спеціалістів із менторською підтримкою. Систематичний менторинг, де досвідчені фахівці надають підтримку, діляться знаннями та досвідом, є невід'ємною частиною формування стабільної професійної ідентичності та адекватної самооцінки у молодих спеціалістів. Це допомагає їм подолати труднощі перших років роботи, почуватися впевненіше та швидше інтегруватися в колектив.

Розробка внутрішніх програм визнання та заохочення. Регулярне визнання внеску та досягнень медичних працівників, як на індивідуальному, так і на командному рівні, значно підвищує їхню самооцінку та мотивацію. Це може включати публічні подяки, внутрішні нагороди, можливості для професійного розвитку або навіть прості, але щирі слова вдячності від керівництва та колег.

Культивування культури відкритого зворотного зв'язку. Створення атмосфери, де зворотний зв'язок є нормою – як позитивний, так і конструктивний – допомагає співробітникам краще розуміти свої сильні сторони та зони росту. Це має бути двосторонній процес, де лідери також відкриті до зворотного зв'язку від своїх команд.

Створення "банків" кращих практик та кейсів. Збір та аналіз реальних успішних кейсів (як медичних, так і управлінських) усередині закладу або галузі дозволить медичним працівникам вчитися на прикладах, аналізувати ефективні рішення та застосовувати їх у власній практиці. Це також може бути джерелом натхнення та підтвердженням того, що ефективні рішення існують.

Проведення регулярних опитувань та оцінок потреб персоналу. Щоб програми розвитку були максимально ефективними, важливо регулярно збирати зворотний зв'язок від самих медичних працівників щодо їхніх потреб у розвитку, проблем, з якими вони стикаються, та очікувань від навчальних програм. Це дозволить адаптувати тренінги та підтримку до реальних потреб колективу.

Інвестування у розвиток когнітивних навичок, самооцінки та лідерських якостей медичних працівників – це не просто додаткові витрати, а стратегічна інвестиція у якість медичних послуг, добробут персоналу та стабільність системи охорони здоров'я в цілому. Це створює умови для професійного зростання, зниження вигорання та формування високоефективних, злагоджених команд, здатних долати будь-які виклики.

Висновки до третього розділу. Отже, у третьому розділі магістерської роботи було здійснено практичне узагальнення результатів емпіричного дослідження когнітивної сфери фахівців зі здоров'я, що дало змогу побудувати цілісну модель взаємозв'язку між когнітивними процесами, самооцінкою та стилями лідерства, а також розробити низку інструментів для корекційного впливу. Запропонована схема відображає складну, але структурно впорядковану систему психологічних компонентів, які безпосередньо впливають на ефективність професійної діяльності фахівця зі здоров'я. Особливу увагу в моделі приділено взаємодії самооцінки з окремими компонентами когнітивної сфери – мисленням, пам'яттю, увагою, уявою та сприйманням, а також тому, як стиль лідерства (демократичний, авторитарний або ліберальний) формує або деформує ці когнітивні процеси.

ВИСНОВКИ

На основі аналізу вітчизняної та зарубіжної наукової літератури було проаналізовано поняття та особливості когнітивної сфери особистості у психологічній науці. Охарактеризовано самооцінку та лідерство як важливі аспекти ефективної діяльності фахівців зі здоров'я та з'ясовано, що їхній оптимальний розвиток є невід'ємною умовою для професійного успіху, психологічної стійкості та якісного надання медичних послуг. Адекватна самооцінка є фундаментальним внутрішнім ресурсом, який забезпечує впевненість у прийнятті клінічних рішень, знижує рівень тривожності в умовах високої відповідальності та стимулює до постійного самовдосконалення.

З'ясовано, що демократичний стиль лідерства є найбільш ефективним, оскільки він сприяє залученню команди, ініціативності, відкритому обміну ідеями та створенню позитивного мікроклімату, що є критично важливим для злагодженої роботи медичного колективу. Гнучкість у застосуванні стилів лідерства (ситуаційне лідерство) дозволяє адаптуватися до мінливих умов та потреб команди чи пацієнтів, забезпечуючи оптимальне управління в будь-якій ситуації – від кризової до рутинної. Гармонійний розвиток адекватної самооцінки та гнучких лідерських якостей сприяє особистісному зростанню фахівців зі здоров'я, їх ефективності в професійній діяльності та загальному покращенню системи охорони здоров'я.

Досліджено особливості когнітивної сфери фахівців зі здоров'я з різною самооцінкою та стилями лідерства. Дослідження підтверджує чітку ієрархію когнітивних здібностей серед фахівців зі здоров'я, де керівники демонструють найвищі показники, а медичні сестри – найнижчі, з лікарями посередині.

Отже, *когнітивна сфера керівників* представлена аналітичним типом мислення, що виявляється у здатності логічно структурувати інформацію та ухвалювати стратегічні рішення. Їхня увага характеризується високою концентрацією та швидким переключенням, що є ключовим для

багатозадачності. У сфері пам'яті домінує комбінований тип запам'ятовування (переважно зоровий), що забезпечує ефективну роботу з великими обсягами інформації. Керівники мають високий рівень творчої уяви, виражений візуальний та частково аудіальний канал сприймання. У них переважає висока, але адекватна самооцінка (30.4 б.) і демократичний стиль лідерства з високим рівнем впевненості у власному управлінському впливі.

Когнітивна сфера лікарів має комбінований характер мислення з тенденцією до аналітичного та прагматичного стилю, що дозволяє адаптувати теорію до практики. Їхня увага демонструє стійку зосередженість із середньою швидкістю переключення (8.1 б.). У пам'яті переважає зорово-слуховий тип запам'ятовування, забезпечуючи ефективну обробку різноформатної інформації. Лікарі мають середній рівень творчої уяви (50.0% з середнім рівнем) та виражений переважно аудіальний канал (13.8%). Самооцінка лікарів перебуває на межі високої та середньої (28.7 б.), а лідерський потенціал є стабільним, з переважанням демократичного стилю.

Когнітивна сфера медичних сестер представлена реалістично-прагматичним стилем мислення, спрямованим на конкретні дії та алгоритмізацію. Їхня увага на рівні достатньої, але нестабільної здатності до концентрації (6.7 б.). У сфері пам'яті виявлено домінування моторно-слухового типу з відносно низькою продуктивністю довільного запам'ятовування. Медсестри переважно мають середній рівень продуктивності уяви (58.3%), але з вищим відсотком низького рівня порівняно з іншими групами. Серед перцептивних каналів у них найбільш виражені аудіальний (13.8%) та кінестетичний канали (11.1%), що відповідає специфіці їхньої практичної діяльності. Самооцінка медсестер відповідає середньому рівню, але наближеному до заниженого (25.2 б.), а їхній лідерський потенціал є найнижчим у вибірці, незважаючи на переважання демократичного стилю.

Побудовано схеми когнітивної сфери фахівця зі здоров'я з різною самооцінкою та стилями лідерства на прикладі керівника, лікаря та медсестри.

Уточнено і доповнено розуміння поняття когнітивної сфери фахівців зі здоров'я як системної сукупності пізнавальних процесів, інтелектуальних характеристик, емоційно-вольових регуляторів та мотиваційної складової, інтегрованих у професійну діяльність.

Розроблено тренінгову програму щодо підвищення розвитку когнітивної сфери фахівця зі здоров'я. Запропоновано практичні рекомендації щодо підвищення самооцінки та лідерських якостей фахівців зі здоров'я (керівників, лікарів та медичних сестер), для ефективної професійної діяльності, які можна застосовувати в освітньому, клінічному та управлінському середовищі для посилення психологічної компетентності фахівців, зниження ризику професійного вигорання та підвищення якості надання медичних послуг.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Буняк, Н. (2024). Лідерство в системі менеджменту організації. *Економіка та суспільство*, (64). <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-64-92>
2. Дувє, Х. В. (2023). Дослідження когнітивної сфери у пацієнтів з різними видами енцефалопатій. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*, (2), 67–72. <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2023.v.i2.13895>
3. Кабаченко, Т. С. (2017). *Психологія управління: Підручник*. Київ: 384 с.
4. Міляєва, О. Г. (2018). Психологічні чинники формування самооцінки майбутніх фахівців соціономічних професій. *Наукові записки. Серія: Психологія*, (49), 102–108.
5. Кожушко, Л. Ф., & Щербакова, А. С. (2020). Лідерство як передумова ефективної системи менеджменту організації. *Вісник Національного університету водного господарства та природокористування. Економічні науки*, (4(92)), 85–95.
6. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О. Психодіагностика лідерських якостей військовослужбовців : метод. посіб. К. : ТОВ «7БЦ», 2023. 171 с.
7. Овчарова, Р. В. (2015). *Психологія особистості*. Київ: Либідь.
8. Маркіна, І. А., Вороніна, В. Л., & Дмитренко, І. А. (2020). Лідерство як феномен сучасного менеджменту. *Економічний простір*, (159), 88–91.
9. Перцева, Т. О., Височина, І. Л., Башкірова, Н. С., Крамарчук, В. В., & Яшкіна, Т. О. (2017). Аналіз рівня домагань і професійної самооцінки лікарів-інтернів першого року навчання як інструмент удосконалення практичних навичок на кафедрі сімейної медицини. *Медична освіта*, (3), 65–67.
10. Слесик, К. М. (2009). *Виховання лідерів*. Харків: Вид. група «Основа», 124 с.

11. Сергеева, Л. М., Кондратьєва, В. П., & Хромей, М. Я. (2015). *Лідерство: навчальний посібник*. Івано-Франківськ: «Лілея-НВ», 296 с.
12. Ткач, Н. О. (2023). Психологічні засади формування адекватної самооцінки підлітків засобами позитивної психотерапії. Магістерська робота. https://binpo.com.ua/wp-content/uploads/2023/10/Ткач-Н.О_1.pdf
13. Кісіль, З. Р., & Швець, Д. В. (2023). *Психологія управління: Навчальний посібник у схемах, таблицях, коментарях*. Одеса: Видавництво ОДУВС, 208 с. <https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/6935/1/Психологія%20управління.pdf>
14. Літвінчук, С. Б. (2023). *Психологія управління: Практичний посібник*. Миколаїв: Миколаївський національний аграрний університет, 208 с. <https://dspace.mnau.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/14064/1/litvinchuk-psih-uprav-prakt-208-bak-2023.pdf>
15. Марковський, В. Ю. (2023). Когнітивна психологія: сучасні дослідження та перспективи. *Факультет соціальної та психологічної освіти*. <https://fspo.udpu.edu.ua/wp-content/uploads/2023/01/Марковський-В.Ю.pdf>
16. Швіндіна, Г., Балагуровська, І., Білоцерківська, О., & Квілінський, О. (2020). Формування принципів переходу від деструктивного до трансформаційного лідерства. *Вісник Сумського державного університету. Економіка*, (4), 37–43.
17. Прочан, А. О. (2020). Значущість лідерських якостей менеджера як запорука позитивних змін на підприємстві. *Економіка та суспільство*, (22), 85–95. <https://khnnra.edu.ua/wp-content/uploads/2023/01/Prochan-A.O.-ZNACHUSHHIST-LIDERSKYH-YAKOSTEY-MENEDZHERA-YAK-ZAPORUKA-POZYTIVNYH-ZMIN-NA-PIDPRYYEMSTVI.pdf>
18. Тарасенко, О. В. (2024). Психологічні особливості самооцінки та якості життя учасників бойових дій. *Науковий вісник Волинського національного*

університету імені Лесі Українки, (2), 67–72.
https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/26356/1/tarasenko_2024.pdf

19. Карамушка, Л. М., Креденцер, О. В., Терещенко, К. В., Лагодзінська, В. І., Івкін, В. М., & Ковальчук, О. С. (2023). Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій: Психологічний практикум. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 76 с.
<https://visnyk.naps.gov.ua/index.php/journal/article/download/374/437>

20. Михайлишин, У. Б., Шмідзен, І. Ю., & Малета, А. І. (2023). Самооцінка у формуванні статусу підлітків у групі. Наукові записки кафедри педагогіки, (52), 135–142. <https://journals.nupp.edu.ua/pedagogika/article/view/3415>

21. Гром, Л. П. (2023). Психологічні аспекти формування позитивної самооцінки у медичних працівників. Наукові горизонти, (11), 92–97.
<https://doi.org/10.48077/scihor.2023.11.92>

22. Ткаченко, І. В. (2022). Роль когнітивних процесів у стресостійкості медичних працівників. Психологія і суспільство, (2), 66–72.
<https://dspu.edu.ua/files/journals/psycho-suspi-2-2022/tkachenko.pdf>

23. Вороніна, В. Л. (2022). Лідерство як особистісна якість майбутніх фахівців медичної галузі. Наукові записки ТНПУ імені Володимира Гнатюка. Серія: Психологія, (1), 54–60.
<https://psych.tnpu.edu.ua/index.php/2022/04/15/leader-psyhealth>

24. Полякова, С. В. (2022). Вплив стилів лідерства на емоційний інтелект працівників закладів охорони здоров'я. Гуманітарний вісник, (41), 134–140.
<https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/41234>

25. Гончарук, Л. Ю. (2021). Розвиток лідерського потенціалу у фахівців соціономічної сфери. Наука і освіта, (5), 125–130.
<https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/index.php/en/article/view/598>

26. Івасюк, Н. В. (2021). Самооцінка та її вплив на професійне самоствердження молодих фахівців. Практична психологія та соціальна робота, (1), 47–51. <https://psychology-journal.org.ua/2021/01>

27. Кривко, Л. Г. (2020). Особливості когнітивних процесів у лікарів із симптомами емоційного вигорання. *Психологічна перспектива*, (35), 110–115. <https://psychperspect.vnu.edu.ua/archive/2020/35/15.pdf>
28. Семенова, О. М. (2020). Самооцінка та внутрішня картина хвороби у медичних працівників: психологічний контекст. *Проблеми сучасної психології*, (47), 209–217. <https://psysocwork.kspu.edu/index.php/psp/article/view/1257>
29. Демченко, Н. В. (2020). Формування стійкої професійної ідентичності у молодих лідерів. *Психологічний часопис*, (2), 87–94. <https://psychology-journal.kiev.ua/issues/2-2020/10.pdf>
30. Solso, R. L., Johnson, H. H., & Beaver, M. K. (2006). *Cognitive Psychology*. Pearson Education.
31. Anderson, J. R. (2002). *Cognitive Psychology and Its Implications* (6th ed.). Worth Publishers.
32. Kahneman, D. (2011). *Thinking, Fast and Slow*. Farrar, Straus and Giroux.
33. Leary, M. R., & Baumeister, R. F. (2000). The nature and functions of self-esteem: Sociometer theory. *Advances in Experimental Social Psychology*, 32, 1-62.
34. Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1994). *Improving Organizational Effectiveness Through Transformational Leadership*. Sage Publications.
35. Northouse, P. G. (2018). *Leadership: Theory and Practice* (8th ed.). Sage Publications.
36. Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Bantam Books.
37. Duncan, J. (2010). The multiple-demand (MD) system of the primate brain: Mental programs for intelligent behaviour. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(4), 172-179.
38. Miller, E. K., & Cohen, J. D. (2001). An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annual Review of Neuroscience*, 24(1), 167-202.
39. Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44.

40. Judge, T. A., Piccolo, R. F., & Ilies, R. (2004). The forgotten ones? The validity of consideration and initiating structure in leadership research. *Journal of Applied Psychology*, 89(1), 36-51.
41. Yukl, G. (2010). Contingency theories of effective leadership. In N. Nicholson, S. Clegg, & M. Hardy (Eds.), *The SAGE handbook of leadership* (pp. 286-298). SAGE Publications.
42. Avolio, B. J., Walumbwa, F. O., & Weber, T. J. (2009). Leadership: Current theories, research, and future directions. *Annual Review of Psychology*, 60, 421-449.
43. Щербина, О. Ю. (2021). Когнітивні особливості особистості як фактор професійної діяльності медичних працівників. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія»*, (72), 105-112.
44. Іванова, І. П. (2022). Взаємозв'язок самооцінки та емоційного вигорання у лікарів різної спеціалізації. *Медична психологія*, 11(2), 21-33.
45. Петренко, В. С. (2023). Стилі лідерства та їх вплив на задоволеність роботою медичного персоналу. *Соціальна психологія*, (31), 26-38.
46. Сидоренко, Н. М. (2020). Когнітивні порушення у медичних працівників, які працюють в умовах підвищеного стресу. *Нейронауки*, (21), 10-31.
47. Васильєва, О. К. (2021). Роль самооцінки у формуванні лідерської позиції медичної сестри. *Сестринська справа*, (14), 34-42.
48. Захарченко, Т. В. (2024). Вплив когнітивних тренінгів на лідерські якості керівників медичних закладів. *Управління охороною здоров'я*, (23), 14-27.
49. Калинчук С., Новак-Мазепа Х. (2021). Менеджмент і лідерство в медсестринстві. 75-90.
50. Іванова Т.В. (2024). Взаємозв'язок між самооцінкою та лідерськими якостями (64), 54-59. <http://habitus.od.ua/journals/2024/64-2024/10.pdf>

51. Отич О. М. (2024). Лідерство і життєва успішність особистості. 75-79.
52. Лідерство / С. А. Калашникова, А. О. Зоткін // Енциклопедія Сучасної України, М. Г. Железняк [та ін.] ; НАН України, НТШ. К. : Інститут енциклопедичних досліджень НАН України, 2016. URL: <https://esu.com.ua/article-55444>
53. Дзюнь Х.Б. (2024). Резильєнтність у вимірі психологічних досліджень. (64), 16-21.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика визначення стилю мислення (А. Харрісон, Р. Бремсон)

Опис методики: Методика Харрісона-Бремсона призначена для визначення домінуючого стилю мислення особистості. Розроблена у контексті бізнес-управління, вона є ефективним інструментом для оцінки того, як людина вирішує проблеми, приймає рішення, аналізує ситуації та взаємодіє в команді. Автори виділяють п'ять основних стилів мислення: аналітичний (схильність до логічного розбору і системності), ідеалістичний (фокус на етичних цінностях), прагматичний (орієнтація на практичну реалізацію і вигоду), реалістичний (здоровий глузд, дія за обставинами), синтетичний (інтуїція, комплексне бачення).

Методика актуальна в умовах багатозадачності, коли необхідно передбачати не лише ефективність рішень, а й гнучкість у стилях взаємодії. Вона використовується у кадровій роботі, бізнес-тренінгах, профвідборі та наукових дослідженнях. У контексті нашого дослідження вона дала змогу охарактеризувати стратегічне та логічне мислення фахівців зі здоров'я з урахуванням їхньої професійної ролі (керівник, лікар, медсестра), а також виявити когнітивні особливості прийняття рішень у межах медичного середовища.

Інструкція: Учасникам надається бланк із 30 ситуаційними питаннями. У кожному з них наведено п'ять варіантів поведінки. Завдання респондента — розподілити **10 балів** між варіантами відповіді залежно від того, наскільки вони йому властиві. Наприклад:

Завдання 1. Уявіть, що вам потрібно ухвалити важливе рішення на роботі. Ви, скоріше:

А) Розкладете проблему на частини, досліджуючи кожную окремо (Аналітик)

продовження додатку А

Б) Подумаєте про загальні цінності та принципи, на яких має базуватись рішення (Ідеаліст)

В) Оцініть практичні вигоди та витрати кожного варіанту (Прагматик)

Г) Подивитесь на ситуацію очима інших, намагаючись охопити всі точки зору (Синтетик)

Д) Діятимете з урахуванням наявних обставин і досвіду (Реаліст)

Приклад розподілу балів: А – 4, Б – 1, В – 2, Г – 1, Д – 2
(Сума балів = 10)

Після проходження 30 ситуацій підраховується сума балів за кожним стилем. Найвищий бал і визначає домінуючий стиль мислення респондента.

Додаток Б

Методика дослідження концентрації уваги (П'єрона–Рузера)

У межах нашого дослідження тест дозволив кількісно оцінити рівень зосередженості та уважності у представників різних професій охорони здоров'я: керівників, лікарів і медсестер.

Опис методики: Методика П'єрона–Рузера є класичним тестом, спрямованим на дослідження концентрації уваги, швидкості сенсомоторного реагування, точності виконання монотонної роботи та здатності до тривалого зосередження. Цей тест широко застосовується в клінічній психології, педагогіці, ергономії, особливо при вивченні працездатності фахівців, які виконують точні, повторювані або відповідальні дії.

Суть методики полягає у швидкому перегляді таблиці з безліччю однотипних символів, серед яких необхідно знаходити й закреслювати певний заданий елемент. Виконання завдання потребує одночасної мобілізації перцептивних і моторних функцій, стійкої уваги та вміння пригнічувати сторонні подразники. У межах нашого дослідження тест дозволив кількісно оцінити рівень зосередженості та уважності у представників різних професій охорони здоров'я: керівників, лікарів і медсестер. Особлива увага зверталась на точність, швидкість та витривалість під час виконання одноманітних дій, що є критичними у медичній практиці, особливо в умовах перевантаження.

Інструкція: На аркуші формату А4 міститься 600 знаків (символів: *, %, \$, &, #), розташованих у випадковому порядку у 20 рядках по 30 знаків. Учасник отримує завдання: протягом **90 секунд** знайти й закреслити **всі символи «%»**.

Респонденту дається 1 хвилина 30 секунд для виконання завдання. Після завершення аналізуються:

- кількість переглянутих символів;
- кількість знайдених правильних символів;
- кількість пропущених;

- кількість помилково закреслених;
- коефіцієнт концентрації уваги (за формулою: $\frac{\text{правильні} - \text{помилкові}}{\text{загальна кількість символів}} \times 100\%$).

Інтерпретація результатів (із 10):

- 9–10 балів: висока концентрація;
- 7–8 — середня;
- 5–6 — нижча за середню;
- <5 — недостатня концентрація уваги.

Додаток В

Методика «Піктограми» (О. Лурія)

Опис методики: Методика «Піктограми», розроблена видатним радянським нейропсихологом Олександром Лурією, є унікальним інструментом дослідження продуктивності довільного запам'ятовування. Вона дозволяє оцінити, наскільки ефективно людина може за допомогою символічного зображення закодувати, утримати і відтворити вербальну інформацію. Методика широко застосовується у клінічній, освітній та професійній психології, а також у когнітивній діагностиці.

Принцип методу полягає в тому, що словесна інформація (список слів) фіксується у пам'яті респондента не шляхом механічного заучування, а через створення власних піктограм — символічних графічних образів, що асоціюються з поняттями. Цей процес активізує асоціативне мислення, образну пам'ять, творчі здібності. Застосування методики у нашому дослідженні дозволило оцінити здатність фахівців охорони здоров'я (керівників, лікарів, медсестер) до створення внутрішніх когнітивних схем, їхню оперативну пам'ять і схильність до креативних стратегій запам'ятовування.

Інструкція: Вам буде запропоновано список із **10 слів**, які необхідно запам'ятати. Проте Ви не повинні їх переписувати або повторювати вголос. Ваше завдання — **намалювати просту піктограму (образ)**, яка викликає у Вас асоціацію з кожним словом.

Через **20 хвилин** після виконання завдання Вас попросять пригадати всі 10 слів, використовуючи власноруч намальовані зображення. Оцінювання проводиться за кількістю правильно відтворених слів. Максимальний результат — 10 балів.

Критерії оцінювання:

- 8–10 балів — висока продуктивність пам'яті;
- 6–7 — середній рівень;
- 4–5 — нижчий за середній;

Продовження додатку В

- <4 — низький рівень довільного запам'ятовування.

Додаток Д

Методика дослідження продуктивності уяви

Опис методики: Методика дослідження продуктивності уяви спрямована на вивчення здатності особистості створювати нові, логічно пов'язані та структуровані образи у відповідь на абстрактні стимули. Уява вважається важливою складовою когнітивної сфери, що забезпечує не лише творчий підхід до розв'язання проблем, а й адаптацію в нестандартних умовах. Для фахівців охорони здоров'я — лікарів, медичних сестер і керівників — розвиток уяви критично важливий у процесах моделювання клінічних ситуацій, комунікації з пацієнтами та прийняття рішень в умовах невизначеності. Методика базується на поданні вербально-візуальних стимулів (наприклад, незавершених зображень або графічних схем), які респондент повинен доповнити до завершеного образу або смислової конструкції.

У процесі виконання завдання аналізується кількість, оригінальність, смислова завершеність створених образів, а також логічність і емоційна насиченість. Дослідження дозволяє не лише виявити загальний рівень уяви, а й провести якісну диференціацію між репродуктивною і творчою уявою, що має безпосереднє прикладне значення для професійного добору та психологічного супроводу працівників медичної галузі.

Інструкція: Перед вами 5 незавершених абстрактних зображень (контурів, фігур, ліній). Ваше завдання — перетворити кожне з них у завершений малюнок (образ), який має сюжет або смислове навантаження. Ви можете малювати будь-які об'єкти, події, ситуації — головне, щоб це було цілісно і логічно.

Після завершення малюнків, коротко опишіть, що ви зобразили. Наприклад: «Я перетворив лінії на стетоскоп, бо асоціація з лікарською практикою».

Час на виконання завдання — **20 хвилин**.
Максимум балів — **10**.

Критерії оцінювання:

- 8–10 балів — висока продуктивність уяви (оригінальність, завершеність, образність);
- 6–7 — середній рівень;
- 4–5 — низький рівень;
- <4 — недостатній рівень.

Додаток К

Методика діагностики домінуючої перцептивної модальності

Опис методики

Методика діагностики домінуючої перцептивної модальності дозволяє визначити переважаючий сенсорний канал, через який індивід сприймає, обробляє і зберігає інформацію. Найчастіше виділяють три основні типи модальностей: візуальну (зорову), аудіальну (слухову) та 92ін естетичні (тілесно-відчуттєву). Від домінуючого каналу сприймання залежить не лише ефективність навчання чи професійної діяльності, а й якість міжособистісної комунікації. Для медичних працівників — лікарів, керівників і медичних сестер — розуміння власної перцептивної переваги є ключовим для ефективної взаємодії з пацієнтами, оперативного оброблення клінічної інформації та роботи в команді.

Методика містить низку тверджень, що описують різні аспекти поведінки, реакцій та уподобань людини. Вибір варіантів відповіді дозволяє ідентифікувати переважну сенсорну систему. У межах нашого дослідження визначення перцептивної модальності допомогло проаналізувати зв'язок між типом сприймання та іншими когнітивними особливостями фахівців охорони здоров'я, зокрема увагою, пам'яттю та лідерською поведінкою.

Інструкція: Перед вами 30 тверджень, кожне з яких має три варіанти відповіді:

- **А** — відповідає візуальній модальності;
- **Б** — відповідає аудіальній модальності;
- **В** — відповідає 92ін естетичній модальності.

Ваше завдання — вибрати той варіант, який найкраще відповідає вашій звичній поведінці або сприйняттю. Після проходження тесту підраховується кількість вибраних відповідей кожного типу. Найбільша кількість вказує на домінуючу перцептивну модальність.

Продовження додатку К

Приклад твердження: «Під час навчання вам легше:

- А) Запам'ятовувати інформацію, читаючи або переглядаючи схеми;
- Б) Краще сприймаєте матеріал, коли слухаєте пояснення;
- В) Легше запам'ятати, коли щось робите руками або переживаєте на практиці.»

Додаток Н

Дослідження самооцінки та стилів лідерства у фахівців зі здоров'я.

Методика «Шкала самооцінки» (М. Розенберг)

Опис методики

Шкала самооцінки М. Розенберга — одна з найвідоміших психометричних методик у світовій психологічній практиці. Вона була розроблена в 1965 році для вимірювання загального рівня самооцінки особистості та застосовується для різних вікових та професійних груп. Методика визнана валідною, надійною та лаконічною, її широко використовують у клінічній, соціальній та організаційній психології.

Шкала містить 10 тверджень, які охоплюють емоційне ставлення до себе, рівень впевненості, відчуття власної гідності та значущості. П'ять тверджень є позитивними, а п'ять — негативними, що забезпечує глибший аналіз. Учасник оцінює кожне твердження за 4-бальною шкалою: від «повністю згоден» до «повністю не згоден». Підсумковий бал інтерпретується за рівнями: <15 — низька самооцінка, 16–25 — середня, >25 — висока.

У межах нашого дослідження методика дозволила охарактеризувати самооцінку фахівців охорони здоров'я (керівників, лікарів і медсестер), простежити взаємозв'язок між рівнем самооцінки та когнітивною продуктивністю, а також виявити потенційні потреби у психоемоційній підтримці персоналу.

Інструкція: Ознайомтесь із наведеними твердженнями. Визначте, наскільки ви погоджуєтесь з кожним з них. Для цього використовуйте таку шкалу:

- 4 — повністю згоден
- 3 — скоріше згоден
- 2 — скоріше не згоден
- 1 — повністю не згоден

Твердження:

1. У цілому, я задоволений собою.
2. Іноді мені здається, що я не вартий поваги.
3. У мене є багато позитивних якостей.
4. Я здатен робити справи не гірше за інших.
5. Я часто відчуваю себе невдачею.
6. Я маю до себе повагу.
7. Іноді я вважаю, що не можу нічого корисного зробити.
8. Я відчуваю, що я — цінна людина.
9. Мені хотілося б мати більше поваги до себе.
10. Я маю позитивне ставлення до себе.

Додаток Х

Методика оцінки стилю керівництва (лідерства)

Опис методики

Методика оцінки стилю керівництва, адаптована українськими дослідниками О. Козловською, А. Романюком і В. Урунським на основі класичних західних моделей, передбачає визначення стилістичних особливостей поведінки лідера в управлінському середовищі. Вона дозволяє ідентифікувати, до якого з основних стилів тяжіє індивід: авторитарного, демократичного чи ліберального.

У межах цієї методики також враховується вираженість лідерських якостей, схильність до делегування, контроль поведінки, рівень емоційної дистанції та характер взаємодії з підлеглими. Методика є важливою для роботи з медичними командами, де ефективне лідерство може суттєво впливати на якість надання послуг, рівень стресу в колективі та загальну продуктивність.

Застосування методики у дослідженні дозволило визначити провідні лідерські стилі серед керівників, лікарів та медичних сестер, а також простежити зв'язок між стилем управління та рівнем самооцінки та когнітивною ефективністю. Результати також лягли в основу рекомендацій для професійного розвитку у сфері охорони здоров'я.

Інструкція: Учасник заповнює опитувальник, що складається з 24 тверджень, які відображають різні аспекти управлінської поведінки. Кожне твердження потрібно оцінити за 5-бальною шкалою від «ніколи» до «завжди». Потім підраховуються бали за шкалами:

Авторитарний стиль: контроль, директивність, низька емоційна підтримка;

Демократичний стиль: залучення до прийняття рішень, зворотний зв'язок, делегування;

Ліберальний стиль: пасивність, уникнення втручання, автономність підлеглих. Максимальний бал за кожен стиль — 40. Стиль із найвищим балом визначає провідну модель управління.

Додаток П

Дослідження переключення уваги

Мета дослідження: визначити рівень переключення уваги.

Матеріали: секундомір та модифікована цифрова таблиця Шульте. На таблиці в 49 квадратах розміщені числа чорного та червоного кольорів у випадковій комбінації, що виключає можливість запам'ятовування. Розміри осередків квадратів із цифрами – 5х5 см, а розташовані вони рядами 7 – по горизонталі та 7 – по вертикалі. Лінії, що ділять робоче поле на комірки, чорні, тонкі.

Процедура дослідження

У тестуванні беруть участь три особи: експериментатор, респондент та спостерігач-протоколіст. Дослідження містить три серії, які йдуть одна за одною. У першій серії піддослідному пропонують назвати і вказати чорні цифри у порядку, у другій – червоні цифри у спадному порядку й у третій він повинен називати і вказувати то чорні, то червоні цифри поперемінно, причому чорні, як і першої серії, мають бути названі у зростаючому порядку, а червоні – у спадному. Таблиця чорно-червоних цифр виглядає так:

15	17	13	6	7	3	1
4	2	8	22	20	14	20
19	18	24	4	18	10	16
6	23	9	13	25	5	7
2	21	21	16	10	14	22
11	3	9	23	1	19	11
17	5	12	15	8	12	24

Респондента садять зручно за столом і дають невелику указку.

Продовження додатку П

Завдання експериментатора – перед кожною серією дослідження інструктувати респондента, подавати команду "Почали!" для пошуку та називання, стежити за секундоміром за часом, витраченим випробуванням на виконання серії.

Спостерігач-протоколіст допомагає експериментатору визначити помилки, допущені випробуванням під час виконання завдання, веде протокол дослідження.

Респондент: _____ Дата: _____

Експериментатор: _____ Час: _____

1-я серія 2-я серія 1-я + 2-я серії 3-я серія

час помилки час помилки час помилки час помилки

Таблицю показують респонденту в кожній серії тільки після інструкції по сигналу "Почали!", щоб випробуваний заздалегідь не шукав місцезнаходження відповідних цифр.

Інструкція респонденту в першій серії: "Візьміть вказівку. Вам буде пред'явлено таблицю з червоними і чорними цифрами. Якнайшвидше і без помилок знайдіть і вкажіть усі чорні цифри у порядку зростаючому від 1 до 25. Колір називати не треба, тільки саме число. Якщо все зрозуміло, тоді приготуйтеся.

Інструкція респонденту у другій серії: "На цій же таблиці знайдіть і вкажіть усі червоні цифри у спадному порядку від 24 до 1. Намагайтеся працювати швидко і без помилок. Колір цифри називати не треба, називайте тільки саме число. Приготуйтеся! Почали!"

Перед початком кожної серії роблять перерву в 3-4 хвилини для відпочинку.

Інструкція респонденту в третій серії: "На таблиці чорно-червоних цифр якнайшвидше і без помилок знаходите, називайте і вказуйте то червоні, то чорні цифри поперемінно. Чорні повинні при цьому послідовно зростати, а червоні -

зменшуватися. 24-червоний цифр. Колір цифри називати не треба, тільки саме число.

Якщо респондент у процесі виконання завдань будь-який із серій помиляється, він сам повинен знайти помилку, у рідкісних найважчих випадках допускається підказка спостерігача-протоколіста. Секундомір при цьому не вимикається.

Після проведення дослідження респондент дає самозвіт. За самозвітом визначте стратегію пошуку цифр та особливості виконання завдань.

Обробка результатів

У результаті обробки результатів необхідно:

1. Скласти графік часу, витраченого випробуванним виконання трьох серій дослідження.
2. Встановити час переключення уваги. Час перемикання уваги підраховується як різниця часу між третьою серією та першою з другою разом узятими. Показник часу перемикання "Т" підраховують за такою формулою.

$$T = T_3 - (T_1 + T_2), \text{ де}$$

T_1 – час, витрачений респондентом виконання першої серії;

T_2 – час, витрачений респондентом виконання другої серії;

T_3 – час, витрачений респондентом виконання третьої серії.

Аналіз результатів

Рівень розвитку у досліджуваного переключення уваги визначається за допомогою таблиці.

Продовження додатку П

Час переключення Т (в с.)	Ранг	Рівень переключення уваги
менше 60 сек	1	високий
60-90	2	високий
91-100	3	середній
101-120	4	середній
121-150	5	середній
151-180	6	середній
181-200	7	середній
201-250	8	низький
251 і більше	9	низький

Оскільки швидкість виконання завдань першої та другої серій суттєво впливає на підсумковий показник перемикання уваги, то якщо випробовуваний виконував завдання у першій чи другій серіях менш ніж за 33 с, підсумковий показник слід збільшити, піднявши ранг на одиницю або двійку. Якщо в першій або другій серіях випробовуваний на пошук цифр витрачав більше 60 с, то ранговий знак збільшується на 1 або 2, тобто рівень перемикання визначається нижчим.

У тому випадку, якщо час перемикання виявляється меншим або дорівнює "0", досвід необхідно повторити. Це означає, що випробовуваний не прийняв інструкції у першій чи другій серії.

Аналізуючи результати, важливо простежити специфіку пошуку випробуваним чисел, особливості виходу із труднощів, коли число з якихось причин відразу знайти не вдається. Одні люди зазнають труднощів, коли шукане число знаходиться поруч із щойно знайденим, а інші – коли воно віддалено від нього далеко.

На підставі аналізу кількісних показників, графіка часу виконання трьох серій, числа допущених помилок, словесного звіту досліджуваного, спостережень експериментатора та протоколіста можна описати характер

Продовження додатку П

перемикання уваги, враховуючи особливості концентрації, та запропонувати рекомендації щодо його розвитку. У юнацькому віці студенти можуть тренувати переключення, змінюючи види діяльності, по-різному чергуючи самопідготовку з навчальних дисциплін. Адекватними даному тесту будуть вправи перемикання уваги з одного об'єкта спостереження на інші, поперемінне виконання дій, що відрізняються.

Додаток Р

Дослідження продуктивності уяви

Мета дослідження: визначити рівень продуктивності уяви.

Матеріал та обладнання: набір чорно-білих фотографій теста Роршаха розміром 9х12 см, папір та ручка для запису.

Процедура дослідження

Дане дослідження краще проводити або з групою досліджуваних з 5-7 осіб або з одним випробуваним. Досліджуваному послідовно пред'являють фотографії з набору тесту Роршаха і просять дати якнайбільше тлумачень зображеного. Час і кількість тлумачень кожної картинки-фотографії не обмежується-Процедура тлумачення припиняється після того, як випробуваний вже більше не може побачити і сказати нічого нового, починає повторюватися або сам відмовляється від наполягання експериментатора побачити ще щось на щось схоже.

Інструкція респонденту: "Погляньте на цю картинку і скажіть, що це? На що це схоже чи що це могло бути? Картинку Ви можете розглядати з різних сторін, змінюючи її положення.

Якщо піддослідний під час дослідження намагається знайти " вірний " відповідь, йому слід сказати, що відповіді можливі різні і важливо його власне бачення зображеного як загалом, і у деталях. У процесі дослідження експериментатор фіксує всі асоціації випробуваного та час інтерпретації кожної картинки у протоколі вільної форми.

Обробка результатів

Мета обробки результатів – отримання індексу продуктивності як кількісної характеристики та показника активності уяви. Для цього підраховується загальна кількість асоціацій, що виникли у випробуваного під час тлумачення всіх картинок-фотографій, і ділиться на кількість пред'явлених. Картинку №5 з набору бажано виключити, тому що кількість асоціацій по ній у випробуваних, як правило, менша за статистично значуще.

Коефіцієнт продуктивності можна подати такою формулою:

$P = E/n$, де

P – коефіцієнт продуктивності уяви;

E – сума асоціацій з картинок набору;

n – кількість фотографій із набору, які випробуваний описував у цьому досвіді.

Аналіз результатів

Рівень продуктивності уяви визначають за допомогою шкали, вміщеної в таблиці нижче.

П	Рівень продуктивності уяви
0-2	Низький
3-9	Середній
10-12	Високий
13 і більше	Дуже високий

Продуктивність уяви характеризує активність асоціативного процесу уявлення, що є зв'язок зовнішнього стимульного матеріалу та психологічних образів пам'яті, змінених уявою під час пошуку відповіді питання: " На що це схоже? Що це могло б бути? "

У результаті аналізу результатів слід взяти до уваги те, якою мірою випробуваний був зацікавлений дослідженням. Іноді, через слабе бажання тестуватися або через те, що картинки випробуваному "не сподобалися", рівень продуктивності уяви знижується.

Крім показників продуктивності уяви за необхідності використовують такі формальні характеристики, як переважання деталей зображеного або опис картини-фото загалом. Ці особливості пов'язані з розвитком мислення та станом особистісної сфери випробуваного. " Бачення " людських постатей чи, навпаки, предметів відбиває спрямованість сприйняття суб'єкта. Фантастичні

уявлення типу відьом, підземного царства, кентаврів тощо. можна розглядати як схильність до міфологічного, пралогічного мислення та уяви.

В осіб із дуже високим рівнем продуктивності уяви та оригінальністю тлумачень картинок-фотографій можливі здібності чи схильності до живопису та художньої творчості. Особливу увагу психолог-викладач повинен звернути в період здачі звітів з дослідження на відповіді досліджуваних, які майже у всіх картинках-фотографіях бачили образи, що відповідають білим просторам, часто називали асоціації з димом, хмарою тощо, а також тих, хто виявився несинтетичним і скрізь ретельним. У цих випадках студентам-випробуваним потрібно організувати спеціальну психодіагностику та, можливо, надати психологічну допомогу.

Додаток Ж

Дослідження переважального типу запам'ятовування

Мета дослідження: виявити переважний обсяг пам'яті за різних типів пред'явлення словесного матеріалу.

Матеріал та обладнання: чотири набори слів, що виражають конкретні поняття, один із наборів виконаний на окремих картках, чотири невеликі аркуші паперу для запису та ручка, секундомір.

Процедура досліду

Переважний тип пам'яті встановлюють шляхом по-різному пред'явлених слів. Дослідження складається із чотирьох дослідів. У першому досвіді слова для запам'ятовування висувають на слух. У другому – візуально, причому кожне слово має бути чітко записано на окремій картці. У третьому досвіді використовують моторно-слухову форму пред'явлення та у четвертому – комбіновану, яка поєднує в собі слухове, зорове та моторне сприйняття матеріалу.

Щоб не було навантаження щодо пам'яті, для кожного досвіду достатньо підготувати ряд з 10 слів.

Дослід №1

Експериментатор чітко з інтервалом 3 секунди читає випробуваному слова для запам'ятовування. Читання слів випереджається інструкцією.

Інструкція респонденту: "Я читатиму Вам слова. Слухайте їх уважно і запам'ятовуйте. Після паузи, коли скажу: "Пишіть!", на аркуші паперу запишіть те, що Ви запам'ятали. Якщо все зрозуміло, приготуйтеся слухати і запам'ятовувати".

Слова для запам'ятовування у першому досліді: машина, яблуко, олівець, весна, лампа, ліс, дощ, квітка, каструля, горобець.

Після паузи за 10 секунд дається команда "Пишіть!"

Дослід №2

Продовження додатку Ж

Другий дослід можна проводити після 5-хвилинної перерви після закінчення першої.

У цьому експерименті експериментатор послідовно пред'являє випробуваному слова, написані окремих картках. Експозиція кожного слова повинна відповідати тривалості читання слова першого досвіду, інтервал між словами той самий, тобто 3 секунди.

Інструкція респонденту: "Я показуватиму Вам картки з написаними на них словами. Уважно читайте їх і запам'ятовуйте. За сигналом "Пишіть!", на аркуші паперу запишіть те, що запам'ятайте. Якщо все зрозуміло, приготуйтеся слухати і запам'ятовувати".

Слова для запам'ятовування у другому досліді: літак, груша, ручка, зима, свічка, поле, горіх, сковорода, качка, блискавка.

Після читання десятої мови до сигналу "Пишіть!" пауза триває 10 секунд.

Дослід №3

Третій досвід, аналогічно другому, проводять після 5-хвилинної перерви. Респонденту пропонується слухати слова і прописувати їх ручкою у повітрі, щоб забезпечити моторну форму сприйняття матеріалу. Інтервал між словами 3 секунди, а швидкість читання та ж, що і в першому досвіді.

Інструкція респонденту: "Я читатиму Вам слова. Слухайте їх уважно і в повітрі ручкою "прописуйте" їх і запам'ятовуйте. За сигналом "Пишіть!" на аркуші паперу запишіть те, що запам'ятали. Якщо все зрозуміло, приготуйтеся слухати, "прописувати" слова і запам'ятовувати.

Слова для запам'ятовування у третьому досвіді: пароплав, слива, лінійка, літо, ліхтар, річка, грім, ягода, тарілка, гусак.

Пауза перед сигналом "Пишіть!" у третьому досвіді витримується 10 секунд.

Дослід №4

Продовження додатку Ж

Через 10 хвилин після третього досвіду проводять четвертий досвід. Темп читання експериментатором слів та паузи між словами залишаються тими самими, що й у попередніх дослідах. Щоб забезпечити комбінований тип сприйняття матеріалу, випробуваному не тільки читають слова, а й пропонують за читанням записувати їх на окремому аркуші, а після запису останнього десятого слова лист перевертають і за сигналом "Пишіть!" на звороті він може відтворити запам'ятоване.

Інструкція респонденту: "Я читатиму Вам слова. Ви їх на цьому листі записуйте і запам'ятовуйте. Після читання останнього слова, лист переверніть і за моїм сигналом "Пишіть!" запишіть на зворотному боці те, що запам'ятали. Приготуйтеся слухати, записувати і запам'ятовувати".

Слова для запам'ятовування у четвертому досліді.

Поїзд, вишня, зошит, осінь, люстра, галявина, гроза, гриб, чашка, курка.

Сигнал "Пишіть!" дається як у всіх попередніх випадках через 10 секунд.

Обробка результатів

Показником обсягу пам'яті у цих дослідах є кількість правильно відтворених слів. Дані заносяться до таблиці.

Тип пам'яті				
Кількість правильно відтворених слів	Слуховий	Зоровий	Моторно/слуховий	Комбінований

Аналіз результатів

Переважний тип пам'яті за різних типів пред'явлення словесного матеріалу визначають шляхом порівняння кількості правильно відтворених слів у кожному з чотирьох дослідів.

Продовження додатку Ж

Нормальним обсягом безпосередньої пам'яті слід вважати запам'ятовування 5-9 слів. Якщо в якомусь досвіді піддослідний запам'ятав 10 слів, то він використовував якусь систему засобів, про яку бажано дізнатися з самозвіту та спостережень.

Провідний тип пам'яті пов'язаний із відповідною репрезентативною системою уявлень людини. Її виявлення допоможе зробити багатопланові рекомендації піддослідному, особливо у плані запам'ятовування їм найбільш значимої інформації.

Додаток Ч

Тест № 1 “Самооцінка особистості”

Якості особистості поділити на дві колонки В першу колонку виписати якості, які притаманні Вашому ідеалу (перелік “Мій ідеал”). Решту якостей виписати в колонку (перелік “Неідеал”).

Перелік якостей особистості

1. Акуратність	11. Заздрість		31. Сором'язливість
2. Безтурботність	12. Захопленість	21. Нестриманість	32. Стриманість
3. Боягузливість	13. Злопам'ятство	22. Образливість	33. Терпимість
4. Вередливість	14. Легковір'я	23. Обережність	34. Турботливість
5. Вишуканість	15. Мрійливість	24. Педантичність	35. Упертість
6. Гордість	16. Наполегливість	25. Повільність	36. Холодність
7. Грубість	17. Ніжність	26. Поміркваність	37. Чарівність
8. Жалісливість	18. Невимушеність	27. Поступливість	38. Чуйність
9. Жвавість	19. Нервовість	28. Рішучість	39. Щирість
10. Життєрадісність	20. Нерішучість	29. Розв'язність	40. Ентузіазм
		30. Самозабуття	

Короткий словник:

Вишуканий – той, хто вирізняється добрим естетичним смаком, приділяє велику увагу зовнішнім проявам.

Чарівний – той, хто викликає позитивні почуття, приємний, звабливий.

Ентузіазм – завзятість, емоційність при виконанні справи.

Розв'язність – нестриманість, некоректна поведінка, ігнорування інших.

Жалісливість – схильність до почуття жалості, співчуття.

Самозабуття – діяльність, що відрізняється великою захопленістю, при якій людина максимально занурюється в справу, яка викликає її інтерес, до того, що забуває про себе.

Невимушеність – здатність розкуто почувати себе в будь-якій ситуації, природність в поведінці.

Педантизм – “сліпе” дотримання встановлених норм, дріб’язкова точність.

2. В переліку “Мій ідеал” відмітити позначкою якості, які у Вас є реально за принципом “так – ні”, незалежно від рівня розвиненості якості. В переліку “Неідеал” відмітити будь-якою позначкою якості, яких у Вас немає, теж за принципом “так – ні”.

3. Підрахувати загальну кількість відмічених якостей як у першому, так і в другому переліку (Р).

4. Визначити коефіцієнт самооцінки, поділивши одержану суму (Р) на загальну кількість якостей (40) (дивись набір якостей особистості):

$$K_c = P / 40,$$

де K_c – коефіцієнт самооцінки.

5. Результати порівняти з оціночною шкалою.

Оціночна шкала

Якщо Ви одержите коефіцієнт від 0,4 до 0,6 – значить, самооцінка адекватна, Ви самокритичні і не переоцінюєте себе.

Якщо одержите коефіцієнт від 0 до 0,4, це свідчить про недооцінку своєї особистості, про підвищену критичність.

Якщо коефіцієнт від 0,6 до 1, це говорить про переоцінку своєї особистості, некритичне ставлення до себе.

Додаток С

Дослідження аналітичності мислення

Мета дослідження: визначення рівня розвитку аналітичності індуктивного мислення в умовах обмеженого часу.

Матеріали та обладнання: бланк з 15 рядами чисел, складеними за певною закономірністю (варіант VI субтесту шкали Р. Амтхауера), ручка і секундомір.

Процедура дослідження

Це дослідження експериментатор може проводити як з одним досліджуваним, так і з невеликою групою, за умови, що кожен із досліджуваних отримає індивідуальний бланк з надрукованою таблицею рядів чисел. Слід також забезпечити цілковиту самостійність роботи.

До початку дослідження бланки належить розкласти перед учасниками тестування на добре освітленому столі текстом донизу, щоб до зачитування інструкції вони їх не розглядали і не ознайомлювались з ними.

Бланк із надрукованою на ньому таблицею рядів чисел має такий вигляд:

№	Числові ряди
1	2 4 6 8 10 12 14
2	6 9 12 15 18 21 24
3	3 6 12 24 48 96 192
4	4 5 8 9 12 13 16
5	22 19 17 14 12 9 7
6	39 38 36 33 29 24 18
7	16 8 4 2 1 $\frac{1}{2}$ $\frac{1}{4}$
8	1 4 9 16 25 36 49

9	21 18 16 15 12 10 9
10	3 6 8 16 18 36 38
11	12 7 10 5 8 3 6
12	2 6 9 27 30 90 93
13	8 16 9 18 11 22 15
14	7 21 18 6 18 15 5
15	10 6 9 18 14 17 34

Інструкція досліджуваному: "На бланках, які лежать перед вами, надруковано ряди чисел. Спробуйте встановити, за якою закономірністю складено кожен із 15 запропонованих числових рядів. Згідно з цією закономірністю продовжіть кожен ряд, дописавши в ньому ще два числа. На виконання завдання відводиться 7 хв. Не затримуйтеся довго на одному ряді. Якщо не можете правильно встановити закономірність, переходьте до наступного ряду, а якщо залишиться час - знову поверніться до важкого для вас числового ряду. Чи все Вам зрозуміло? Якщо немає запитань, переверніть тестові бланки. Починаємо!"

Через 7 хв. подається команда: «Стоп! Дописування закінчено!»

Обробка результатів

Обробка результатів виконується за допомогою ключа-таблиці з правильними відповідями. Під час обробки результатів підраховується кількість правильно дописаних досліджуваним рядів. Якщо досліджуваний записав у якому-небудь ряді тільки одне число, хоча воно і було правильним, числовий ряд вважається недописаним,

Ключ для обробки результатів завдання "Числові ряди"

Продовження додатку С

Номер ряду	Продовження ряду	Номер ряду	Продовження ряду	Номер ряду	Продовження ряду
1	16; 18	6	11; 3	11	1;4
2	27; 30	7	1/8; 1/16	12	279; 282
3	384; 768	8	64; 81	13	30; 23
4	17; 20	9	6; 4	14	15; 12
5	4; 2	10	76; 78	15	30; 33

Аналіз результатів

Рівень розвитку аналітичності мислення визначається за кількістю правильно дописаних рядів чисел.

Якщо досліджуваний дописав:

14—15 рядів, то його аналітичність мислення дуже висока або відмінна;

якщо 11—13 — аналітичність висока або добра;

якщо 8—10 — аналітичність середня або задовільна;

якщо 6—7 — аналітичність низька або погана;

якщо 5 і нижче, то аналітичність дуже низька або дуже погана.

Аналітичність є важливою характеристикою мислення. Вона являє собою готовий компонент здатності теоретизувати, відшукувати причинно-наслідкові зв'язки між явищами, становить основи загальних здібностей і необхідна для успішного оволодіння різноманітними видами діяльності.

Аналітичність активно розвивається в юнацькому віці, її формуванню сприяють науки, які вивчаються у вузі: логіка, вища математика та інші. Тому

Продовження додатку С

можна зіставити результати тестування з успішністю з відповідних дисциплін. Інтерпретуючи результати, бажано враховувати особливості темпераменту досліджуваного, а також навички роботи з числами.

Додаток Т

Дослідження спостережливості

Мета дослідження: встановити рівень розвитку спостережливості.

Матеріал та обладнання: дві нескладні за сюжетом та кількістю деталей картинки, однакові багато в чому. крім заздалегідь передбачених малопомітних десяти відмінностей. Ці відмінності полягають у відсутності чи іншому розташуванні будь-якої деталі на одній. картинок порівняно з іншою; Крім картинок потрібна папір для запису, ручка та секундомір.

Процедура дослідження

У дослідженні спостережливості може брати участь один випробуваний або група за умови, що картинки достатніх для зорового сприйняття розмірів та їх можна вивісити на дошці чи стіні.

Обидві картинки пред'являються випробуваним одночасно протягом 60 секунд, тобто 1 хв.

Інструкція респонденту. "Вам будуть пред'явлені дві картинки. Уважно подивіться на них і знайдіть, у чому їхня відмінність. Час для сприйняття картинок обмежений однією хвилиною. Після сигналу "Стоп!" картинки будуть прибрані, а Ви запишіть на папері ті відмінності, які в картинках помітили. Якщо все зрозуміло, тоді почнемо!"

Після експонування картинок та запису знайдених відмінностей випробуваного просять дати звіт. З самозвіту потрібно дізнатися, чи добре було видно деталі картинок, чи задоволений випробуваний результатами своєї спостережливості.

Обробка та аналіз результатів

Мета обробки результатів – отримання коефіцієнта спостережливості. Для цього експериментатор підраховує кількість правильно зазначених відмінностей і від цієї кількості віднімає кількість помилково вказаних, тобто

неіснуючих відмінностей. Отримана різницю ділиться число фактично наявних відмінностей, тобто на 10.

Аналіз результатів здійснюється шляхом порівняння одержаного коефіцієнта спостережливості з максимально можливим, тобто з одиницею. Що ближче коефіцієнт до 1,0, то вище рівень спостережливості випробуваного. Коефіцієнт, що у межах 0,5 – 0,9, свідчить про середній рівень спостережливості. Якщо він менший за 0,5 – то спостережливість випробуваного погана чи слабка.

Спостережливість піддається розвитку, для цього її потрібно тренувати. Можна розробити програму розвитку, підібравши спеціальні вправи для покращення спостережливості. Головним моментом у таких вправах має стати вирішення завдань знаходження якнайбільше ознак предметів, явищ після їх короткочасного сприйняття.

Додаток W

Методика: Опитувальник «Тип лідера» (М. Белбін, адаптація Л. Кирилюк та В. Величко)

Мета: Визначення домінуючих та допоміжних командних ролей (лідерських типів) учасника за класифікацією М. Белбіна для розуміння його поведінкових схильностей у груповій роботі, сильних сторін та потенційних зон розвитку в контексті взаємодії з колективом.

Матеріали та обладнання

Бланки опитувальника: Друковані копії опитувальника (7-8 розділів, кожен з яких містить 10 тверджень). Важливо, щоб це була саме адаптація Л. Кирилюк та В. Величко, оскільки формулювання та система підрахунку балів можуть відрізнятися від оригінальної версії або інших адаптацій.

Ручки/олівці: Для заповнення бланків.

Інструкція для досліджуваного: Чітко сформульована інструкція, яка пояснює завдання.

Ключ для обробки результатів: Спеціальна таблиця або шаблон, що дозволяє сумувати бали за кожною командною роллю (Голова, Формувач, Генератор ідей тощо).

Додатково (для візуалізації): Фліпчарт, дошка або проектор для пояснення інструкції та, за потреби, обговорення результатів.

Інструкція для досліджуваного

Вам пропонується опитувальник, який допоможе визначити, які поведінкові ролі ви найчастіше відіграєте в командній роботі. Це не тест на здібності, а спосіб зрозуміти ваші природні схильності та сильні сторони у взаємодії з іншими.

Опитувальник складається з кількох розділів. У кожному розділі міститься 10 тверджень, які описують різні аспекти поведінки людини в команді.

Ваше завдання: Уважно прочитайте всі 10 тверджень у поточному розділі.

Розподіліть 10 балів між тими твердженнями, які, на вашу думку, найбільш точно описують вашу типову поведінку у командній роботі.

Ви можете віддати всі 10 балів одному твердженню, якщо воно ідеально вас описує.

Ви можете розподілити бали між кількома твердженнями (наприклад, 5 балів одному твердженню, 3 – іншому, 2 – третьому), якщо вважаєте, що всі вони певною мірою вас характеризують.

Важливо: Сума балів, які ви розподіляєте в межах кожного окремого розділу, має завжди дорівнювати 10 балам.

Будьте максимально чесними у своїх відповідях. Немає "правильних" чи "неправильних" відповідей – є лише ті, що найкраще описують вас.

Приклади розділів та тверджень (ілюстративні, точні формулювання можуть відрізнятися в адаптації):

Розділ 1: Що я, на мою думку, можу внести в команду?

- А) Я легко знаходжу нові ідеї та пропоную нестандартні підходи.
- Б) Я вмію знаходити зовнішні ресурси та встановлювати корисні контакти.
- В) Я здатен(на) чітко формулювати цілі та організовувати роботу.
- Г) Я вмію аналізувати інформацію та об'єктивно оцінювати пропозиції.
- Д) Я прагну підтримувати гармонію та уникати конфліктів у команді.

Е) Я старанно виконую завдання і доводжу справу до кінця, звертаючи увагу на деталі.

Ж) Я вмію перетворювати ідеї на практичні дії та плани.

З) Я вмію мотивувати команду до дії та долати перешкоди.

І) Я володію глибокими знаннями у певній галузі, які можу застосувати.

(Розподіліть 10 балів між твердженнями, які найбільше вам відповідають)

Розділ 2: Мої сильні сторони у роботі з людьми:

А) Я вмію слухати інших і знаходити компроміси.

Б) Я переконливо аргументую свою позицію.

В) Я здатен(на) швидко знаходити спільну мову з новими людьми.

Г) Я забезпечую, щоб усі думки були почуті та розглянуті.

Д) Я вмію помічати помилки і домагатися високої якості.

Е) Я сприяю командному духу та взаємній підтримці.

Ж) Я швидко перетворюю ідеї в конкретні плани.

З) Я вмію надихати інших на нові звершення.

І) Я завжди готовий(а) надати експертну пораду.

(Розподіліть 10 балів)

...і так далі для всіх 7-8 розділів, кожен з яких фокусується на різних аспектах поведінки:

Як ви ставитеся до проблем?

Які ваші типові реакції на тиск?

Які ваші слабкі сторони?

Як ви взаємодієте з ідеями?

Як ви сприяєте командній роботі?

Обробка результатів:

Після заповнення всіх розділів бали, призначені кожному твердженню, сумуються по вертикалі. Кожне твердження відповідає певній командній ролі.

Загальна сума балів для кожної з 9 ролей фіксується.

Особа отримує свій профіль командних ролей, який зазвичай включає 2-3 домінуючі ролі (з найвищими балами) та кілька допоміжних.

Додаток X

**Тренінгова програма щодо розвитку когнітивної сфери фахівців зі
здоров'я**

Заняття	Мета, завдання	Блоки заняття	Перелік технік, опис	Час (хв./год.)	Рефлексія заняття
Заняття 1	Діагностик а вхідного рівня. Знайомство . Самоаналіз	Блок 1. Проведення експрес-діагностики когнітивного функціонування. Визначення базової самооцінки та стилю лідерства.	Картки рішень, кейси мислення, міні-тести. Вправа «Дослідження самооцінки». Вправ для розвитку самооцінки:	2 год.	Усвідомленн я когнітивних особливосте й, обговорення відкриттів.
		Блок 2. Пояснення понять: самооцінка, стиль мислення.	"Мої досягнення та сильні сторони".		
		Блок 3. Групова робота: «Мій спосіб прийняття рішень».	Вправа "Лист вдячності собі".		
		Блок 4. Завершення. Підсумки. Рефлексія у колі. Домашнє завдання.	Групове обговорення: "Патерни та відмінності". Вправа для домашнього завдання "Щоденник рефлексії рішень".		

Продовження додатку Х

Заняття 2	Стратегії мислення. Аналітика та синтез.	Блок 1. Вправи на формування стратегічного мислення.	Аналіз помилок мислення, структуроване обговорення.	2 год.	Формування стратегічного підходу до задач.
		Блок 2. Моделювання ситуацій вибору та ухвалення рішень.	Вправа: "Діагностична дилема". Робота в групах.		
		Блок 3. Прогнозування ризиків через кейси.	Вправа: «Аналіз інциденту». Робота в групах.		
		Блок 4. Завершення. Підсумки. Рефлексія у колі. Домашнє завдання.	Рефлексія у колі. Вправа: "Мій ризик-кейс".		
Заняття 3	Концентрація та переключення уваги.	Блок 1. Робота з методиками П'єрона–Рузера, таблиці Шульге.	Інтерактивні платформи, тренажери уваги.	2 год.	Оцінка складності переключення уваги, обмін стратегіями.
		Блок 2. Виконання завдань на стійкість уваги.	Вправа: "Числовий пошук". Вправа 2: "Аудіальний лічильник".		
		Блок 3. Мозкові ігри, вправи «анти-розсіювання».	Вправа: «Фокус на диханні».		
		Блок 4. Завершення. Підсумки. Рефлексія у колі. Домашнє завдання.	Вправа: "Підсилення самооцінки".		

Продовження додатку Х

Заняття 4	Пам'ять як ресурс. Техніки запам'ятовування.	Блок 1. Знайомство з техніками мнемотехніки.	Мнемонічний щоденник, практичні вправи. Вправа: «Візуальні асоціації», "Метод Локусів". Вправа: «Мнемонічний Арсенал». Вправа: «Мнемонічний словник».	2 год.	Усвідомленн я власних ресурсів пам'яті, мотивація до вправ.
		Блок 2. Створення власних зв'язків для запам'ятовування.			
		Блок 3. Метод піктограм, ланцюжків, ключових слів.			
		Блок 4. Завершення. Підсумки. Рефлексія у колі. Домашнє завдання.			
Заняття 5	Розвиток уяви та креативнос ті.	Блок 1. Розв'язування нестандартних задач.	Креативні сесії, інструменти дизайну мислення. Вправа: «Морфологічни й ящик», "Що, якщо...?", вправа на домашнє: «"Щоденник креативних рішень".	2 год.	Обмін креативними рішеннями, розвиток гнучкого мислення.
		Блок 2. Метод творчої катастрофи, візуальні метафори.			
		Блок 3. Картографія ідей, перетворення образів.			
		Блок 4. Завершення. Підсумки. Рефлексія у колі. Домашнє завдання.			
Заняття 6	Спостереж ливість та типи сприйманн я.	Блок 1. Діагностика перцептивної модальності.	Перцептивні тренажери, завдання на увагу до деталей. Вправа: «Детективне око», "Звуковий пейзаж", "Тактильна історія". Вправа додому: "Мій щоденник сенсорних деталей"	2 год.	Усвідомленн я сильних і слабких каналів сприймання.
		Блок 2. Вправи на візуальну та кінестетичну чутливість.			
		Блок 3. Клінічні випадки: «бачити невидиме».			
		Блок 4. Завершення. Підсумки. Рефлексія у колі. Домашнє завдання.			

Продовження додатку Х

Заняття 7	Робота з самооцінкою.	Блок 1. Аналіз когнітивних викривлень щодо себе.	Діалоги, вправи на внутрішню підтримку.	2 год.	Переоцінка власних установок, підвищення впевненості.
		Блок 2. Переписування внутрішнього діалогу	Вправа: «Внутрішній критик vs. Внутрішній прихильник».		
		Блок 3. Методика С. Будассі «Колесо впевненості».	Вправа 2: "Мої ресурси та досягнення".		
		Блок 4. Завершення. Підсумки. Рефлексія у колі. Домашнє завдання.	Домашня вправа: "Мій щоденник самоспівчуття та успіхів"		
Заняття 8	Розвиток конструктивного лідерства.	Блок 1. Самодіагностика стилю лідерства.	Групові кейси, лідерські симуляції.	2 год.	Розуміння стилю керівництва, адаптація під контекст.
		Блок 2. Порівняння авторитарного, ліберального, демократичного стилів.	"Кейс-відповідь: Стиль під ситуацію".		
		Блок 3. Модель ситуаційного керівництва.	Вправа 2: "Мій лідерський портрет".		
		Блок 4. Завершення. Підсумки. Рефлексія у колі. Домашнє завдання.	Домашня вправа: "Мій адаптивний стиль лідерства"		

Продовження додатку Х

Заняття 9	Інтеграція когнітивних навичок у практику.	Блок 1. Симуляційні ситуації.	Тренажери прийняття рішень, кейс-аналіз. Вправа 1: "Комплексний клінічний кейс". Вправа 2: "Оптимізація процесу: Із застосуванням уяви та креативності". Вправа 3: "Рефлексія когнітивного профілю"	2 год.	Узагальнення знань, перевірка у змодельованих ситуаціях.
		Блок 2. Побудова когнітивної стратегії дій.			
		Блок 3. Модель «Рішення під тиском».			
		Блок 4. Завершення. Підсумки. Рефлексія у колі. Домашнє завдання.			
Заняття 10	Рефлексія. Вихідна діагностика. Зворотний зв'язок.	Блок 1. Повторне тестування, презентація росту.	Саморефлексія, напівструктуроване інтерв'ю.	2 год.	Оцінка змін, відчуття досягнення результату.
		Блок 2. Порівняння вхідних і вихідних даних.			
		Блок 3. Вручення сертифікатів участі.			