

## СОЦІАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЖИТТЄВИХ ОРІЄНТАЦІЙ МЕДИКІВ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

*Статтю присвячено актуальній проблемі вивчення тієї ролі, яку привносить особистість медика у процес надання медичної допомоги. Досліджено життєві орієнтації молодшого та середнього медичного персоналу, а також лікарів. Проведено дослідження 181 медичного працівника (99 осіб – представники молодшого та середнього медичного персоналу, а 82 – лікарі). За допомогою нелінійного аналізу головних компонент встановлено структуру соціальних чинників в обох підвибірках. Показано, що стосовно передумов провідних життєвих орієнтацій медичного персоналу різних ланок характерні певні розбіжності.*

**Ключові слова:** соціальні чинники, життєві орієнтації, медики, професійна діяльність, нелінійний аналіз головних компонент.

*Статья посвящена актуальной проблеме изучения той роли, которую привносит личность медика в процесс оказания медицинской помощи. Изучались жизненные ориентации младшего и среднего персонала, а также врачей. Проведено исследование 181 медицинского работника (99 человек – представители младшего и среднего медицинского персонала, а 82 – врачи). С помощью нелинейного анализа главных компонент установлена структура социальных факторов в обеих подвыборках. Показано, что в отношении предпосылок ведущих жизненных ориентаций медицинского персонала различных звеньев характерны определенные различия.*

**Ключевые слова:** социальные факторы, жизненные ориентации, медики, профессиональная деятельность, нелинейный анализ главных компонент.

*The article is devoted to the actual problem of studying the role that the personality of medic brings to the process of medical care. The life orientations of the junior and middle staff as well as the doctors were studied. The purpose of the article was to study the structure of social factors that influence the formation of life orientations of ophthalmological medics. 181 medics were researched, 99 of whom were representatives of junior and middle medical staff, and 82 - doctors. Using the nonlinear principal component analysis, the structure of social factors in both subsamples has been established. It is shown that the following differences are typical for the prerequisites of the leading life orientations of the medical staff of the various levels: for junior and middle staff such orientations are clearly determined by a number of social factors («Father's medical education», «Work experience in ophthalmology»), whereas for the subsample of doctors the contribution of social factors could be neglected.*

**Key words:** social factors, life orientations, medics, professional activity, nonlinear principal components analysis.

Реформування системи охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі стикається з численними проблемами, що пов'язані з новими соціально-економічними пріоритетами. Завдяки цьому виникають нові завдання, що потребують застосування нового підходу до організації комплексу заходів медичної допомоги пацієнту. Різноманітність, ефективність та інноваційність засобів лікування постають важливими, але не єдиними вимогами до підвищення результативності лікувального процесу. Необхідним складником цього процесу є професійні та особистісні якості лікаря, його спрямованість і життєва позиція. Однак ці чинники не завжди знаходяться в центрі уваги дослідників. Таким чином, суб'єктність, яку лікар приносить у процес надання медичної допомоги, має бути всебічно вивчена та врахована під час реалізації лікувального процесу.

Вивченню чинників особистісного компоненту професійної діяльності присвячено значний обсяг сучасних психологічних досліджень [2; 5; 6; 7]. Проте в контексті специфіки діяльності медиків зазначена проблема залишається недостатньо розробленою. У цьому контексті визначення життєвих орієнтацій лікаря (зокрема, його професійно-особистісних орієнтацій) постає актуальним завданням для дослідження з боку психологічної науки.

У контексті наукової літератури, лікувальне середовище – це своєрідний життєвий простір, де взаємодія і спілкування учасників здійснюються з метою одужання хворої людини завдяки медичним процедурам і цілеспрямованому психологічному супроводу [4]. У цьому середовищі лікар має бути високо адаптованою особистістю. Причому високий рівень адаптації розуміють як високий рівень працездатності, психологічного комфорту, наявності резервів для подолання критичних ситуацій, об'єктивних труднощів, що пов'язані з недоліками в сучасній організації лікувального процесу [1].

Життєві орієнтири визначають як елемент і результат формування життєвої стратегії. Життєві орієнтири характеризують міру залежності внутрішнього світу людини від зовнішнього, що полягає в побудові власного буття, тобто перебудови суб'єктної залученості в суб'єктну ситуацію. Одним із базових елементів життєвої стратегії є життєва позиція особистості – складна система ставлення особистості (до суспільства в цілому, спільностей, яким вона належить, діяльності, людей, до себе), установок і мотивів, якими вона керується у своїй діяльності, цілей і цінностей, на які спрямована її діяльність, сукупність здібностей до організації життя, розв'язання його суперечностей [8].

Отже, мета статті полягає у встановленні структурно-функціональних відношень між соціальними чинниками, що впливають на формування життєвих орієнтацій лікарів офтальмологічного профілю, а також визначення ефектів їх впливу.

Було проведено дослідження 181 медичного працівника офтальмологічного профілю, з яких 99 осіб є представниками молодшого та середнього медичного персоналу, а 82 – лікарі.

Для встановлення того, які з соціальних чинників є передумовами формування життєвих орієнтацій було використано множинний лінійний регресійний аналіз із використанням баєсівських моделей. До регресійного аналізу, як незалежні змінні, було включено соціальні чинники, що описувались такими показниками «вік», «загальний стаж роботи», «стаж роботи в офтальмології», «освіта» (категорії: 1 – «середня спеціальна», 2 – «вища», 3 – «науковий

ступінь»), «родинний стан» (категорії: 1 – «не у шлюбі», 2 – «у шлюбі»), «кількість дітей», «медична освіта батька» (категорії: 1 – «ні», 2 – «так»), «медична освіта матері» (категорії: 1 – «ні», 2 – «так»).

У ролі залежних змінних постали показники життєвих орієнтацій. Їх вивчали за опитувальником дослідників Ф. Х'юза та Р. Пауел «Керівні принципи для життя» (Guiding Principles for Life) [10]. Методика проведення передбачала ранжування за значущістю 22 життєвих орієнтацій: *Мир в усьому світі, Чесність, Вірні друзі, Рівність, Соціальна справедливість, Ввічливість, Захист навколишнього середовища, Свобода, Пошук сенсу життя, Задоволення від життя, Національна безпека, Мудрість, Широта мислення, Сумлінність, Допомога іншим, Успішність, Творчість, Цікаве життя, Соціальне визнання, Духовне життя, Щирість та Матеріальне благополуччя*. Найбільш значущому поняттю відповідала – 1, а найменш значущому – 22. Розраховувались такі описові статистики, що давали змогу оцінювати міри центральної тенденції ( $M$  – середнє арифметичне значення,  $Mdn$  – медіана), міри розподілу змінних ( $SD$  – стандартне відхилення,  $IQR$  – міжквартильний розмах), а також завдяки процедурі ранжування визначали ранг спостереження.

На першому етапі ми розраховували описові статистики ( $M$  – середнє арифметичне значення,  $Mdn$  – медіана,  $SD$  – стандартне відхилення,  $IQR$  – міжквартильний розмах) для зазначеної вибірки медиків офтальмологічного профілю, а саме для таких параметрів.

Середній вік робітників молодшого та середнього медичного персоналу становить  $M = 46,939$  років, медіанний вік –  $Mdn = 47,000$  років, стандартне відхилення –  $SD = 15,528$  років, а міжквартильний розмах  $IQR = 23,000$  років. Середній вік досліджуваних лікарів становить  $M = 39,927$  років, медіанний вік –  $Mdn = 35,500$  років, стандартне відхилення –  $SD = 14,838$  років, міжквартильний розмах –  $IQR = 20,000$  років.

За стажем роботи: молодший та середній персонал –  $M = 26,576$  років,  $Mdn = 28,000$  років,  $Mdn = 35,500$  років, стандартне відхилення –  $SD = 16,379$  років, міжквартильний розмах –  $IQR = 29,000$  років; лікарі –  $M = 18,183$  років,  $Mdn = 15,000$  років,  $Mdn = 35,500$  років, стандартне відхилення –  $SD = 15,000$  років, міжквартильний розмах –  $IQR = 20,500$  років. За стажем роботи в офтальмології: молодший та середній персонал –  $M = 21,748$  років,  $Mdn = 18,000$  років,  $Mdn = 35,500$  років, стандартне відхилення –  $SD = 16,106$  років, міжквартильний розмах  $IQR = 33,000$  років; лікарі –  $M = 16,073$  років,  $Mdn = 12,500$  років,  $Mdn = 35,500$  років, стандартне відхилення –  $SD = 14,294$  років, міжквартильний розмах –  $IQR = 19,750$  років.

Аналізуючи поділ за рівнем освіти, необхідно зазначити, що серед молодшого та середнього персоналу частка осіб з середньою спеціальною освітою становить 86,9 % ( $n = 86$ ), а частка осіб з вищою освітою складає 13,1 % ( $n = 13$ ). Серед лікарів частка осіб з вищою освітою – 74,4 % ( $n = 61$ ), а частка осіб із науковим ступенем 25,6 % ( $n = 21$ ). Розподіл за сімейним статусом був таким. Серед молодшого та середнього персоналу частка співробітників у шлюбі – 42,4 % ( $n = 42$ ), а частка тих, хто не у шлюбі – 57,6 % ( $n = 57$ ). Серед лікарів частка осіб у шлюбі – 76,8 % ( $n = 63$ ), а частка тих, хто не у шлюбі – 23,2 % ( $n = 19$ ), частка розлучених осіб – 3,7 % ( $n = 3$ ).

### Розділ III. Психологічні проблеми обдарованої особистості

За кількістю дітей розподіл за підвибірками був таким. Серед молодшого та середнього персоналу частка осіб без дітей становить 30,3 % (n = 30), з однією дитиною – 39,4 % (n = 39), з двома дітьми – 27,3 % (n = 27), з трьома дітьми – 3,0 % (n = 3). Серед лікарів частка осіб без дітей становить 39,0 % (n = 32), з однією дитиною – 28,0 % (n = 23), з двома дітьми – 28,0 % (n = 23), з трьома дітьми – 3,7 % (n = 3), з чотирма дітьми – 1,2 % (n = 1).

Здійснюючи аналіз професійної спеціалізації батьків досліджених медиків, можна зазначити, що серед молодшого та середнього персоналу лише у 7,1 % (n = 7) батько мав медичну освіту. У лікарів частка таких осіб була значно вищою – 37,8 % (n = 31). Що стосується медичної освіти матері, то серед молодшого та середнього медичного персоналу таких осіб було 9,1 % (n = 9), а для лікарів частка таких респондентів становила 45,1 % (n = 37).

Найбільш пріоритетними життєвими орієнтаціями для молодшого та середнього медичного персоналу виступають *Мир в усьому світі* (M = 4,313; Mdn = 1,000; SD = 6,825; IQR = 2,000), *Чесність* (M = 5,838; Mdn = 3,000; SD = 5,176; IQR = 7,000), та *Соціальна справедливість* (M = 8,778; Mdn = 7,000; SD = 6,170; IQR = 10,000). Найменш значущими життєвими орієнтаціями зазначені працівники називають такі: *Соціальне визнання* (M = 14,394; Mdn = 15,000; SD = 5,449; IQR = 8,000), *Пошук сенсу життя* (M = 15,303; Mdn = 16,000; SD = 5,058; IQR = 6,000) *Творчість* (M = 15,616; Mdn = 16,000; SD = 4,701; IQR = 6,000). Серед лікарів пріоритетними життєвими орієнтаціями виступають *Чесність* (M = 7,122; Mdn = 6,000; SD = 5,044; IQR = 9,000), *Вірні друзі* (M = 8,159; Mdn = 7,000; SD = 5,129; IQR = 8,000), *Мудрість* (M = 8,841; Mdn = 9,000; SD = 4,660; IQR = 7,000). Найменшим рейтингом характеризуються життєві орієнтації: *Захист навколишнього середовища* (M = 13,866; Mdn = 15,000; SD = 6,804; IQR = 12,000), *Рівність* (M = 14,037; Mdn = 16,000; SD = 5,115; IQR = 8,250), а також *Соціальне визнання* (M = 14,366; Mdn = 16,000; SD = 6,320; IQR = 11,000).

На другому етапі було досліджено відношення між соціально-демографічними показниками «вік», «загальний стаж роботи», «стаж роботи в офтальмології», «освіта», «родинний стан», «кількість дітей», «медична освіта батька», «медична освіта матері». Для цього було використано методологію, запропоновану Н. В. Родіною, для дослідження підсистеми соціального середовища [7].

Оскільки зазначені змінні вимірялися в шкалах різного рівня (інтервальній, порядковій, номінальній), то взаємини між ними досліджували за допомогою категоріального (нелінійного) методу головних компонент. Ця процедура є аналогом звичайного (лінійного) методу головних компонент. Її застосовують для аналізу змінних, вимірюваних у шкалах будь-якого рівня. Категоріальний метод головних компонент не робить припущень щодо характеру поділу змінних, а також відповідно до обраного рівня шкалування аналізує відстані між сусідніми значеннями шкали і надає можливість здійснити нелінійне перетворення даних, що відповідає конкретному факторному рішення [13].

Процедура аналізу передбачала такий алгоритм. Кількість головних компонент обирали за критерієм Гуттмана–Кайзера [11], відповідно до якого власне число має бути більшим за 1. Після отримання за результатами категоріального методу головних компонент транс-

формованих змінних їх включають до лінійного аналізу головних компонент із подальшим обертанням. Обертання осей забезпечує краще визначення компонент щодо взаємозалежних з ними змінних, тобто збільшує високі навантаження та зменшує низькі [3]. Як метод обертання було обрано косокутну процедуру Promax, яку виконували так, щоб нові осі максимально проходили через скупчення змінних (для даних після обертання наводиться матриця патернів).

Кожну підвибірку було проаналізовано окремо. У підвибірці молодшого та середнього персоналу виділено дві компоненти. Частки поясненої дисперсії для кожної змінної в моделі для першої та другої компоненти становили 40,896 % і 23,112 % відповідно. Загалом модель пояснювала 64,008 % вихідної матриці даних. Підсумковий коефіцієнт  $\alpha$  Кронбаха, що було використано для оцінювання внутрішньої несуперечності моделі, дорівнював  $\alpha = 0,850$  при нижній границі  $\alpha = 0,600$ . Перша компонента добре пояснювала дисперсію значень усіх вивчених параметрів соціального середовища, які впливають на життєві орієнтації медиків ( $\alpha = 0,794$ ), а друга – була менш інформативною ( $\alpha = 0,525$ ).

У таблиці 1 наведено компонентні навантаження для параметрів соціального середовища, де формуються життєві орієнтації молодшого та середнього медичного персоналу. До першої компоненти ввійшли показники «вік», «загальний стаж роботи», «стаж в офтальмології» та «кількість дітей». Додатні навантаження на першу компоненту свідчили про зростання як загального, так і фахового стажу діяльності з віком, а також кількості дітей. Очевидно, що зазначені параметри соціального середовища є вікозалежними. До другої компоненти ввійшли такі параметри: «освіта», «родинний стан», «медична освіта батька», «медична освіта матері». Вони також характеризувались додатними навантаженнями. Відповідно, респонденти, які отримали більш високий рівень освіти, з більшою ймовірністю були одружені та мали батьків з медичною освітою.

Таблиця 1

**Компонентні навантаження для параметрів соціального середовища,  
в якому формуються життєві орієнтації молодшого та середнього  
медичного персоналу**

Параметри	До обертання		Після обертання	
	Компонента		Компонента	
	1	2	1	2
Вік	0,960	0,000	0,958*	-0,033
Загальний стаж роботи	0,962	-0,014	0,959*	-0,048
Стаж в офтальмології	0,906	0,027	0,906*	-0,004
Освіта	-0,381	0,378	-0,350	0,392*
Родинний стан	0,289	0,508	0,328	0,498*
Кількість дітей	0,599	0,196	0,613*	0,176
Медична освіта батька	-0,128	0,840	-0,061	0,845*
Медична освіта матері	-0,029	0,838	0,037	0,840*

Примітка: \* – максимальні за абсолютним значенням компонентні навантаження змінних.

### Розділ III. Психологічні проблеми обдарованої особистості

Аналізуючи графічне зображення взаємин між соціальними параметрами (рис. 1), можна дійти висновку, що показники «вік», «загальний стаж роботи», «стаж в офтальмології» є взаємопов'язаними. Про це свідчать коефіцієнти парної кореляції між ними за Пірсоном ( $r > 0,900$ ). Таким чином, для подальшого аналізу з метою уникнути мультиколінеарності було запропоновано використовувати показник «стаж в офтальмології», адже цей параметр є специфічним для професійної діяльності медика офтальмологічного профілю. У підвибірці лікарів також виділено дві компоненти. Частки поясненої дисперсії для кожної змінної в моделі для першої і другої компоненти склали 40,896 % і 23,112 % відповідно. В цілому модель пояснювала 64,008 % вихідної матриці даних. Підсумковий коефіцієнт  $\alpha$  Кронбаха, що використовувався для оцінювання внутрішньої несуперечності моделі, дорівнював  $\alpha = 0,918$ . Перша компонента досить добре пояснювала дисперсію значень вивчених параметрів соціального середовища, що впливають на життєві орієнтації медиків ( $\alpha = 0,814$ ), а друга – була менш інформативною ( $\alpha = 0,426$ ).

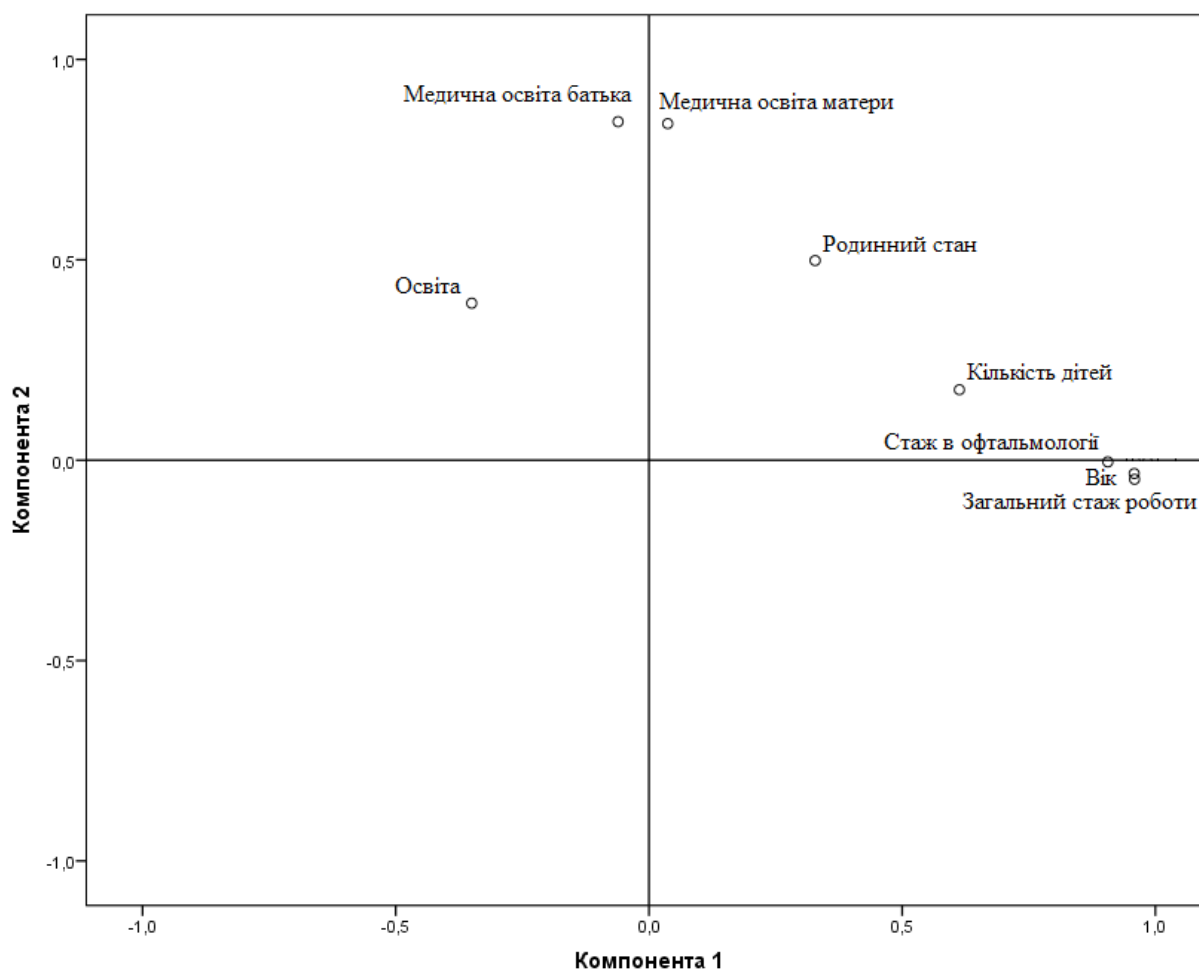


Рис. 1. Графічне зображення параметрів соціального середовища в просторі двох компонент для молодшого та середнього медичного персоналу

У таблиці 2 наведено компонентні навантаження для параметрів соціального середовища, де формуються життєві орієнтації лікарів. До першої компоненти ввійшли показники «вік», «загальний стаж роботи», «стаж в офтальмології», «родинний стан» та «кількість дітей». Додатні навантаження на першу компоненту свідчили про зростання як загального, так і фахового стажу діяльності з віком. Також із віком зростала ймовірність укладення шлюбу та народження у респондентів дітей. Очевидно, що зазначені параметри соціального середовища залежать від віку. До другої компоненти ввійшли такі параметри: «освіта», «медична освіта батька», «медична освіта матері». Вони також характеризувались додатними навантаженнями. Таким чином, наявність у батьків респондентів медичної освіти пов'язана з актуальним рівнем освіти респондентів.

Таблиця 2

**Компонентні навантаження для параметрів соціального середовища,  
в якому формуються життєві орієнтації лікарів**

Параметри	До обертання		Після обертання	
	Компонента		Компонента	
	1	2	1	2
Вік	0,959	0,120	0,970	0,021
Загальний стаж роботи	0,962	0,059	0,957	-0,041
Стаж в офтальмології	0,947	0,140	0,963	0,042
Освіта	0,148	0,424	0,257	0,412
Родинний стан	0,363	0,355	0,449	0,320
Кількість дітей	0,619	-0,028	0,598	-0,093
Медична освіта батька	-0,379	0,756	-0,170	0,802
Медична освіта матері	-0,233	0,824	-0,010	0,855

*Примітка:* жирним шрифтом виділено максимальні за абсолютним значенням компонентні навантаження змінних.

Результати графічно зображено на рисунку 2, відповідно до якої можна дійти висновку, що показники «вік», «загальний стаж роботи», «стаж в офтальмології» тісно взаємопов'язані у підвибірці медиків молодшої та середньої ланки. Розбіжності між підвибірками виявлено стосовно відношень між освітою та родинним станом. Якщо в першій підвибірці освіта та родинний стан практично не пов'язані одне з одним, то у лікарів офтальмологічного профілю можна простежити зв'язок між рівнем освіти та перебуванням у шлюбі. Про це свідчать відповідні значення d-критерію Сомерса ( $d = -0,029$ ;  $p = 0,754$  – у першій групі;  $d = 0,256$ ;  $p = 0,002$  – у другій).

Отже, встановлено, що в обох підвибірках показники «вік», «загальний стаж роботи», «стаж роботи в офтальмології» є тісно взаємопов'язаними. В обох підвибірках перша компонента описувала вікозалежні особливості соціального середовища, а друга – ті соціальні чинники, що пов'язані з рівнем освіти, актуальним родинним станом та освітнім підґрунтям батьків респондента.

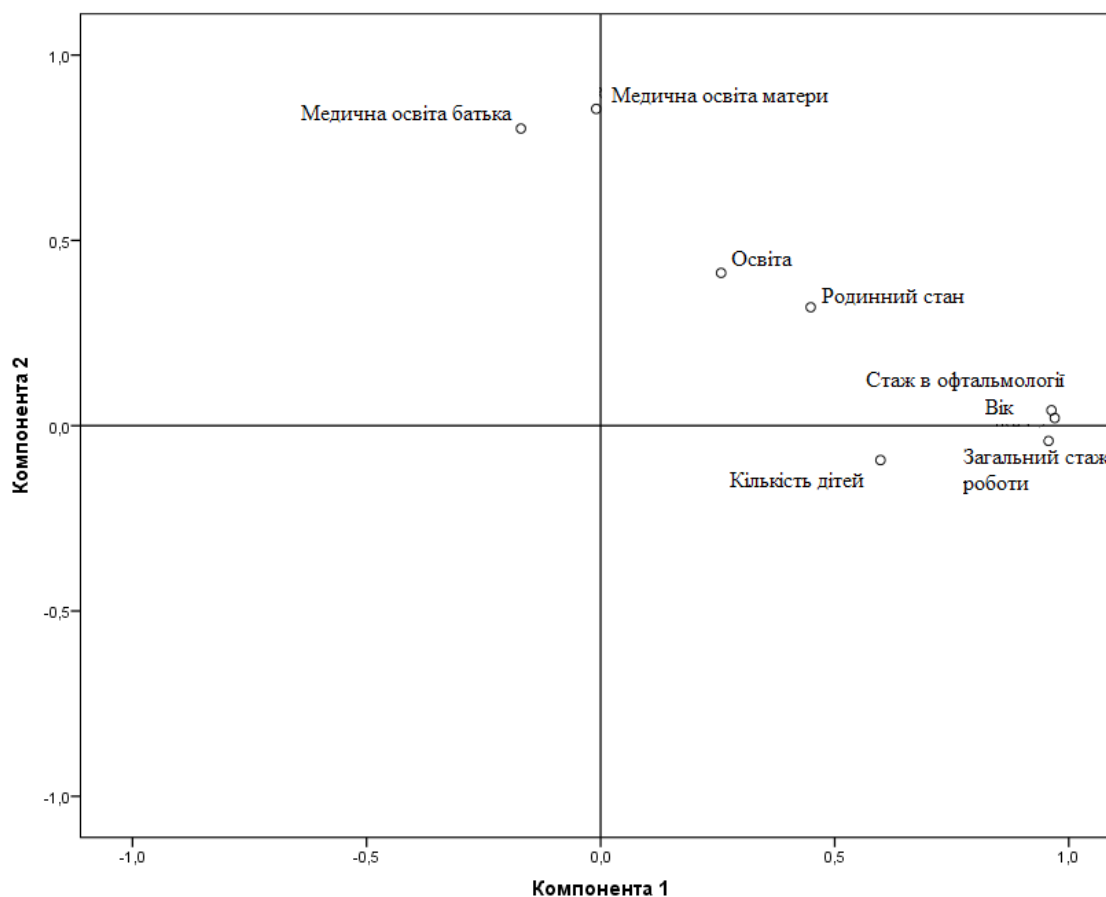


Рис. 2. Графічне зображення параметрів соціального середовища в просторі двох компонент для лікарів

На останньому етапі дослідження було розглянуто багатовимірні регресійні моделі, що описують вплив соціальних чинників на провідні життєві орієнтації медиків. У рівнянні були наявні показники, що були як категоріальними, так і інтервальними змінними з певним відхиленням від нормального поділу. Метою багатовимірного підходу є визначення таких оцінок параметрів, що найбільш заслуговують на довіру (в нашому випадку, коефіцієнтів регресії), відповідно до наявних даних [12]. Аналіз було проведено в обох підвибірках. Для кожної підвибірки як залежні змінні обрано три найбільш актуальні життєві орієнтації.

У підвибірці молодшого та середнього медичного персоналу на життєву орієнтацію *Мир в усьому світі* ефект, що заслуговує на довіру, чинив такий параметр, як «медична освіта батька» ( $\beta = 0,258$ ; 95% HDI 0,004; 0,502). На життєву орієнтацію *Чесність* ефект, що заслуговує на довіру, чинив параметр «стаж роботи в офтальмології» ( $\beta = 0,339$ ; 95% HDI 0,131; 0,536). Для життєвої орієнтації *Соціальна справедливість* таких ефектів соціальних чинників, що заслуговують на довіру, не виявлено. Відповідно, ті респонденти, які виростили в родині, де батько мав медичну освіту, є менш орієнтованими на таку суспільно значущу цінність,



як мир в усьому світі. Тоді як досвід професійної діяльності в офтальмології для середнього та молодшого персоналу знижує їх орієнтацію на чесність.

Для підвибірки лікарів офтальмологічного профілю виявлено такі тенденції. Стосовно життєвих орієнтацій *Чесність, Вірні друзі, Мудрість* ефектів соціальних чинників, що заслуговують на довіру, не було визначено. Таким чином, стосовно передумов провідних життєвих орієнтацій для медичного персоналу різних ланок характерні такі розбіжності: для молодшого та середнього персоналу такі орієнтації виразно визначаються деякими з соціальних чинників («медична освіта батька», «стаж роботи в офтальмології»), а для підвибірки лікарів – внесок соціальних чинників є таким, яким можна знехтувати.

Отже, за результатами дослідження встановлено структуру соціальних чинників, що впливають на формування життєвих орієнтацій медиків офтальмологічного профілю, встановлено, що в обох підвибірках показники «вік», «загальний стаж роботи», «стаж роботи в офтальмології» є тісно взаємопов'язаними. В обох підвибірках перша компонента описувала вікозалежні особливості соціального середовища, а друга – ті соціальні чинники, що пов'язані з рівнем освіти, актуальним родинним станом та освітнім підґрунтям батьків респондента. Згідно з аналізом також встановлено, що стосовно передумов провідних життєвих орієнтацій для медичного персоналу різних ланок характерні певні розбіжності: серед молодшого та середнього персоналу ті респонденти, які виростили в родині, де батько мав медичну освіту, є менш орієнтованими на таку суспільно значущу цінність, як мир в усьому світі; досвід роботи в офтальмології для середнього та молодшого персоналу знижує їх орієнтацію на чесність. Разом з тим, для підвибірки лікарів внесок соціальних чинників є таким, яким можна знехтувати. Перспективами подальших досліджень постають можливості вивчення індивідуально-особистісних детермінант життєвих орієнтацій медиків офтальмологічного профілю, зокрема, позитивних рис особистості.

### Використані літературні джерела

1. Вітенко І. С. Психологічна адаптація сімейного лікаря до професійної діяльності : монографія / І. С. Вітенко. – Вінниця : Нова книга, 2013. – 132 с.
2. Лазовецька В. Т. Концептуальні засади професійного саморозвитку сучасної особистості / В. Т. Лазовецька // Науковий вісник ІПТО НАПН України. – 2011. – № 1. – С. 33–39.
3. Митина О. В. Факторный анализ для психологов / О. В. Митина, И. Б. Михайловская. – М. : Психология, 2001. – 169 с.
4. Німченко Н. М. Категорія соціально-психологічного впливу в лікувальному процесі як система засобів медичної деонтології / Н. М. Німченко // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». – 2014. – Вип. 26. – С. 98–102. – (Серія : «Психологія і педагогіка»).
5. Підбуцька Н. В. Професійне становлення особистості як суб'єкта діяльності: результати теоретичного дослідження / М. А. Кузнецов, Н. В. Підбуцька // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». – 2013. – Вип. 25. – С. 75–80. – (Серія : «Психологія і педагогіка»).
6. Родіна Н. В. Індивідуально-особистісні особливості менеджерів середньої ланки в кризових ситуаціях: психодинамічний підхід : дис. ... канд. псих. наук : 19.00.01 / Н. В. Родіна. – Одеса, 2005. – 194 с.

### Розділ III. Психологічні проблеми обдарованої особистості

7. Родіна Н. В. Основні компоненти соціального середовища абітурієнтів, які вступають до ВНЗ / Н. В. Родіна // Вісник Одеського національного університету. – 2010. – Т. 15. – Вип. 16. – С. 66–77.

8. Тавровецька Н. І. Актуальні проблеми психології / Н. І. Тавровецька // Зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – Київ : Талком, 2016. – Т. IX: Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія. – Вип. 9. – С. 496–506.

9. Чернявська Т. П. Механізм мотиваційної спрямованості особистості менеджера у процесі професійного розвитку / Т. П. Чернявська // Вісник Одеського національного університету. – 2017. – Т. 22. – Вип. 2 (44). – С. 169–176. – (Серія : «Психологія»).

10. Community Values Source [Electronic recourse] : 1998 Australian Communities Survey. – URL: <http://ncls.org.au/default.aspx?sitemapid=3025>. – Title from the screen.

11. Guttman L. Some necessary conditions for common factor analysis / L. Guttman // Psychometrika. – 1954. – No. 19. – P. 149–161.

12. Kruschke J. K. Doing Bayesian data analysis: A tutorial with R and BUGS / J. K. Kruschke. – Burlington, MA: Elsevier, 2011. – 287 p.

13. Lagona F. A nonlinear principal component analysis of the relationship between budget rules and fiscal performance in the European Union / F. Lagona F. Padovano // Public Choice. – 2007. – No. 130. – P. 401–436.

### Bibliography

1. Vitenko I. S. Psykholohichna adaptatsiia simeinoho likaria do profesiinnoi diialnosti : monohrafiia / I. S. Vitenko. – Vinnytsia : Nova knyha, 2013. – 132 s.

2. Lozovetska V. T. Kontseptualni zasady profesiinoho samorozvytku suchasnoi osobystosti / V. T. Lazovetska // Naukovyi visnyk IPTO NAPN Ukrainy. – 2011. – № 1. – S. 33–39.

3. Mytyna O. V. Faktorni analiz dlia psykholohov / O. V. Mytyna, Y. B. Mykhailovskaia. – M. : Psykholohyia, 2001. – 169 s.

4. Nimchenko N. M. Katehoriia sotsialno-psykholohichnoho vplyvu v likuvalnomu protsesi yak systema zasobiv medychnoi deontolohii / N. M. Nimchenko // Naukovi zapysky Natsionalnoho universytetu «Ostrozka akademiia». – 2014. – Vyp. 26. – S. 98–102. – (Seriiia : «Psykhologhiia i pedahohika»).

5. Pidbutska N. V. Profesiine stanovlennia osobystosti yak sub'yekta diialnosti: rezultaty teoretychnoho doslidzhennia / M. A. Kuznietsov, N. V. Pidbutska // Naukovi zapysky Natsionalnoho universytetu «Ostrozka akademiia». – 2013. – Vyp. 25. – S. 75–80. – (Seriiia : «Psykhologhiia i pedahohika»).

6. Rodina N. V. Indyvidualno-osobystisni osoblyvosti menedzheriv serednoi lanky v kryzovykh sytuatsiiakh: psykhdynamichnyi pidkhid : dys. ... kand. psykhn. nauk : 19.00.01 / N. V. Rodina. – Odesa, 2005. – 194 s.

7. Rodina N. V. Osnovni komponenty sotsialnoho seredovyscha abiturientiv, yaki vstupaiut do VNZ / N. V. Rodina // Visnyk Odeskoho natsionalnoho universytetu. – 2010. – Т. 15. – Vyp. 16. – S. 66–77.

8. Tavrovetska N. I. Aktualni problemy psykholohii / N. I. Tavrovetska // Zb. nauk. prats Instytutu psykholohii imeni H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy. – Kyiv : Talkom, 2016. – Т. IX: Zahalna psykholohiia. Istorychna psykholohiia. Etnichna psykholohiia. – Vyp. 9. – S. 496–506.

- 
9. *Cherniavska T. P.* Mekhanizm motyvatsiinoi spriamovanosti osobystosti menedzhera u protsesi profesiinoho rozvytku / T. P. Cherniavska // Visnyk Odeskoho natsionalnoho universytetu. – 2017.– T. 22. – Vyp. 2 (44). – S. 169–176. – (Seriia : «Psykhologhiia»).
  10. Community Values Source [Electronic recourse] : 1998 Australian Communities Survey. – URL: <http://ncls.org.au/default.aspx?sitemapid=3025>. – Title from the screen.
  11. *Guttman L.* Some necessary conditions for common factor analysis / L. Guttman // Psychometrika. – 1954. – No. 19. – R. 149–161.
  12. *Kruschke J. K.* Doing Bayesian data analysis: A tutorial with R and BUGS / J. K. Kruschke. – Burlington, MA: Elsevier, 2011. – 287 p.
  13. *Lagona F.* A nonlinear principal component analysis of the relationship between budget rules and fiscal performance in the European Union / F. Lagona F. Padovano // Public Choice. – 2007. – No. 130. – P. 401–436.