

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
В. Н. КАРАЗІНА

СОЦІОЛОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
Кафедра прикладної соціології та соціальних комунікацій

Пояснювальна записка до кваліфікаційної роботи
на тему:
«СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ЕФЕКТИВНОЇ
ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЖІНКИ-ЛІКАРЯ»

Виконала: студентка 4 курсу, групи ЗСМК-42 першого
(бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 061
Журналістика
Лихман Є. В.

Керівник:
Декан соціологічного факультету, кандидат соціологічних наук
Мурадян Олена Сергіївна

Харків – 2024

ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП.....	3
1 СУТНІСТЬ І ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В КОНТЕКСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ СУБКУЛЬТУРИ.....	6
1.1 Структура і функції медичної субкультури.....	6
1.2 Медична субкультура в умовах соціальних трансформацій в Україні.....	13
2 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНОГО ВИМІРУ КАР'ЄРИ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ.....	29
2.1 Кар'єрний розвиток особистості.....	29
2.2 Проблеми розвитку кар'єри жінки-лікаря.....	36
2.3 Поєднання сфер сім'ї та кар'єри у житті жінки-лікаря.....	48
3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНОГО СТАВЛЕННЯ ЖІНОК-ЛІКАРІВ ДО ПОЄДНАННЯ СІМ'Ї ТА КАР'ЄРИ.....	53
3.1. Організація емпіричного дослідження соціально-психологічних чинників ефективної професійної діяльності жінки-лікаря.....	53
3.2 Аналіз і інтерпретація отриманих даних.....	55
3.3 Рекомендації щодо поєднання сім'ї та кар'єри жінки-лікаря.....	57
ВИСНОВКИ.....	59
СПИСОК ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ.....	61
ДОДАТКИ.....	65

ВСТУП

На сьогоднішній день є актуальна питання зайнятості батьків, і перш за все, матерів, питання «балансу роботи і сім'ї».

Досить багато жінок займають керівні посади в організаціях. У зв'язку з цим вдосконалення управлінської підготовки жінок потребує вивчення індивідуальних особливостей зайнятих кар'єрою жінок. Саме професійно зайняті жінки зараз виходять на світову арену. Тому вивчення їх сенсожиттєвої сфери, якості їх життя дуже важливе в психології, особливо якщо розглядати з точки зору організаційної психології. Адже від цього залежать показники ефективності роботи в організаціях. Саме тому необхідно мати уяву про картину життя зайнятої в кар'єрі жінки у соціумі, взаємовідносин з оточуючим світом, внутрішнього налаштування.

Професійна діяльність - це організована система, домінантою якої є трудова діяльність, що визначає особливий стиль поведінки і спосіб життя її представників [5]. Будучи підсистемою домінуючої сфери особистого життя, професійна діяльність відповідає своїм основним характеристикам і в той же час несе на собі сліди "субкультуралізму". Витоки формування професійних субкультур і їх походження сягають корінням в сферу праці і суспільний поділ праці людей. Розподіл праці за професіями призвело до формування стабільного і сильного співтовариства людей, об'єднаних певним набором професій, спеціальними знаннями, навичками, професійним досвідом, цінностями, оперативним мисленням, моральними, правовими та естетичними нормами. Поєднання і специфіка цих факторів складають професійну субкультуру. Принцип гри, який характеризує культуру в цілому (Й.Хейзинга, Е. Фінк, М.Бахтін) відіграє важливу роль у формуванні професійних субкультур (професійні свята, конкурси, змагання тощо).

Медичні знання, своєрідність спілкування і діяльності, які визначають особливості стилю мислення людини, визначають його знання і цінності,

навички та вміння, специфічні вимоги до його особистісним якостям і поведінки, дозволяють говорити про явища медичної субкультури. До соціальних груп, що представляють медичну субкультуру, відносяться лікарі, середні і допоміжні медичні працівники, студенти (слухачі медичних вузів і коледжів, Інтерни), лікарі, що займаються науковою діяльністю; лікарі-ординатори, аспіранти, докторанти, які підвищують свою кваліфікацію або здобувають нові спеціальності [4].

Термін "медична субкультура" визначається як система цінностей, ідеалів, норм, зразків поведінки, світоглядів, символів, традицій і звичаїв медичних працівників, що формує унікальний і неабиякий спосіб життя, який визначається специфікою професійної медичної діяльності [15]. Медична субкультура поєднує в собі ознаки домінуючої культури і професійної субкультури, служить основою і орієнтує представників медичної субкультури на усталені цінності, норми і стереотипи. У той же час цінності загальної та професійної культури і саме призначення ліків знаходять особливий зміст в деталях медичної діяльності, наповнених духом гуманізму, що знаходить відображення в безпосередньому спілкуванні з пацієнтами.

Незалежно від того, керуєте ви багатонаціональною корпорацією чи працюєте простим менеджером, баланс між роботою та життям є природним бажанням кожної жінки. Без досягнення цього балансу неможливо повністю реалізувати людину як особистість. Крім того, гармонійне поєднання ділових і сімейних інтересів приносить користь не тільки співробітнику, але і його компанії. Баланс між роботою та домом - це декомунізація, а не лише догляд за дітьми. Перш за все, мова йде про пошук балансу між тим, чого ми досягаємо на роботі і декомунізації вдома, і про те, щоб бути досить "свіжим", щоб генерувати нові ідеї і рішення.

Об'єкт: гендерний вимір кар'єри жінок-лікарів.

Предмет: ставлення жінок-лікарів до поєднання сім'ї та кар'єри в їх житті.

Мета дослідження полягає у виявленні особистісного ставлення жінок-лікарів до поєднання сім'ї та кар'єри.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати вітчизняну та зарубіжну літературу сутності і особливостей медичної діяльності в контексті професійної субкультури.
2. Провести теоретичний аналіз щодо гендерного виміру кар'єри в професійній діяльності лікаря
3. Визначити установки, поведінку і відносини особистості жінки-лікаря до кар'єри.
4. Визначити установки, поведінку і відносини особистості жінки-лікаря до власної сім'ї.
5. Провести емпіричне дослідження особистісного ставлення жінок-лікарів до поєднання сім'ї та кар'єри.
6. Розробити рекомендації щодо поєднання сім'ї та кар'єри жінки-лікаря.

Методики дослідження:

- Методика ДОРС – диференційована оцінка станів зниженої працездатності.
- Тест-опитувальник задоволеності шлюбом, розроблений В. В. Сталіним, Т. Л. Романової, Г. П. Бутенко.
- Методика «Якорі кар'єри»

В якості респондентів дослідження виступили жінки-медикині (65 осіб), які працюють в харківських лікарнях, згідно з завданнями дослідження було обрано жінок, які працюють та мають сім'ю. Дослідження відбувалося за допомогою гугл-опитування в режимі онлайн, за попередньою домовленістю з респондентами.

1 СУТНІСТЬ І ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В КОНТЕКСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ СУБКУЛЬТУРИ

1.1 Структура і функції медичної субкультури

Структура медичної субкультури включає наступні компоненти: пізнавальний, організаційний, комунікативний, інформаційний, інституціональний, нормативно-регулюючий, аксіологічний. Необхідно розглянути їх більш детально [5].

Пізнавальний або гносеологічні компоненти діють на двох рівнях. Культура клінічного мислення, заснована на особливій логіці, емоційно-психологічного та раціонально-логічного медичного, етичного та біоетичного мислення, яка включає в себе загальні та спеціалізовані медичні інформаційні системи, а також методи і способи роботи з ними.

Організаційні (або прикладні) компоненти доповнюють епістемологію, формують організаційну культуру лікарів, організаційні навички в області медичної допомоги, практичний досвід медичної діяльності, тобто здатність цієї організації функціонувати. [25].

Комунікативний компонент забезпечує та регулює культуру спілкування між медичними працівниками та пацієнтами, а також серед медичної спільноти.

Інформаційна складова забезпечує наявність і отримання необхідного рівня професійних знань, а також можливість обміну інформацією з медичної діяльності.

Інституційні компоненти, включаючи систему інституцій організації, координації, управління та управління медичною діяльністю, а також неформальні Асоціації, є частиною системи медичної субкультури та об'єктивують професійні відносини.

Регулятивні елементи медичної субкультури сприяють впорядкуванню, регулюванню поведінки і взаємовідносин об'єкта медичної діяльності на основі професійної етики і права.

До аксіоматичних елементів медичної субкультури відноситься система універсальних, моральних і професійних цінностей, адаптованих до особливостей медичної діяльності, особистісним якостям, ідеалам, медичним традиціям, звичаям, символам.

Перераховані вище компоненти не тільки визначають роль медичної субкультури в сфері людської діяльності, а й декомунізують взаємозв'язок між лікарем і спеціальністю і пацієнтом.

Оскільки робота лікаря обмежена всіма аспектами людського існування і всіма аспектами його діяльності, складність структури медичної субкультури обумовлена її багатofункціональністю. Основними функціями є: ідентифікація, адаптація та інтеграція, функції соціалізації та акультурації, перевірка та управління сенсом, інституційні та інституційні. організаційний, нормативний, аксіоматичний і компенсаційний. Необхідно коротко пояснити кожен з них [15].

Функція ідентифікації здійснюється за допомогою певної стратегії ідентифікації-набору механізмів і прийомів, спрямованих на формування ідентичності, які реалізуються за допомогою соціальних механізмів під впливом агентів соціалізації, відповідних об'єктивних факторів, а також індивідуальних пріоритетів і ресурсних можливостей суб'єкта.

Адаптивні та інтегровані функції полегшують адаптацію до галузі медицини в цілому, особливо в медичних установах. Можливий і зворотний процес-індивідуалізація-це процес, при якому медичний заклад здійснює свою діяльність таким чином, щоб максимально розкрити особистий потенціал і здатність людини вирішувати свою роботу, щоб кожен суб'єкт внутрішнього організаційного життя міг сформувати позитивний імідж організації, краще

зрозуміти її цілі, відчувати себе частиною єдиної системи і взяти на себе відповідальність за неї. [25].

Функція соціалізації та акультурації дозволяє входити в нові культурні сфери і набувати професійний досвід, характерний для конкретної професії. Часто термін "соціалізація" використовується як подібне поняття, і кожна соціальна спільнота має свої норми та правила поведінки (особливі структури), які приймаються всіма учасниками.

Функція підтвердження сенсу і спрямованості діє як свого роду бар'єр для проникнення небажаних тенденцій і негативних цінностей зовнішнього середовища. Вони формують унікальність професії та особистості лікаря, дають можливість відрізнити його від інших сфер громадської діяльності, від зовнішнього середовища в цілому. Функція орієнтації спрямовує діяльність медичної спільноти та її учасників у потрібному напрямку, створюючи необхідні стимули для ефективної роботи та досягнення цілей.

Інформаційно-комунікаційні та трансляційні функції здійснюють передачу культурних цінностей в синхронних і анахронічних вимірах. Їх асиміляція і достаток неможливі без людського спілкування, тобто різання здійснюється за допомогою мови, музики, образів, він включений до скарбниці культурних цінностей.

Інституційні та організаційні функції забезпечують формальну інтеграцію соціального і правового статусу медичних працівників і раціоналізацію їх діяльності. Через надзвичайну важливість роботи лікаря для життя пацієнта його робота пов'язана з багатьма юридичними аспектами. Крім того, ця професія має свої особливості Жовтневої організаційної роботи, які сприяють відкритій інституціоналізації.

Регуляторна функція включає правила, які показують, як люди повинні поводитися під час навчання. Ці правила визначають звичайні способи ведення справ в організації: порядок роботи, характер ділових контактів, спосіб обміну

інформацією і подібне, таким чином, ясність і послідовність основних форм діяльності формується в медичній сфері.

Аксіоматичні і компенсаторні функції дозволяють нам розвивати напрямок людських цінностей, коригувати норми поведінки і визначати себе в суспільстві. Оцінка досягнень медичного співтовариства вважається твором в його інформативному і семіотичному сенсі. Крім того, рекреаційна або компенсаторна сторона функції регулює, як вона знімає стрес, накопичений лікарем під час повсякденної діяльності, визначає форми відпочинку, дозвілля і психологічного розслаблення.

Медична субкультура проявляється і існує на різних рівнях. Індивідуум-спеціальність, поведінка і культура конкретного лікаря. Група-культура професійного лікарського співтовариства, як за особливостями лікарської діяльності, так і за рівнем розвитку і перспективам суспільства. Крім того, медична субкультура також представлена в колективній свідомості, що в тій чи іншій мірі впливає на існування і функціонування медичної сфери. жовтень.[5]

У третьому питанні ми аналізуємо систему конкретних цінностей і видів діяльності, визнаних в медичному співтоваристві, і відокремлюємо медичну субкультуру від загального набору професійних культур.

Спільнота професійних лікарів виробляє певні цінності, що визначаються особливостями медичної діяльності, які визначають і регулюють поведінку медичного персоналу як в його спеціалізації, так і за її межами. У медичній субкультурі розрізняють цінності перерахованих вище терміналів і пристроїв, традиційні (орієнтовані на збереження і відтворення довгострокових цінностей, норм і якості медицини, які себе виправдовують) і сучасні цінності (спрямовані на підтримку активних інновацій). і прогрес у досягненні цілей медичної діяльності).

Особливість лікарської діяльності відводить головну роль загальнолюдським цінностям, які припускають наявність чітко виражених ментальних і ціннісних структур, що включають кілька блоків [15].

1. Перше місце в цій серії займають не тільки морально-біологічні цінності життя і здоров'я, а й ставлення лікаря до смерті, що визначає вибір його стратегії і поведінки в професійній діяльності. Сучасна культура все частіше включає цінності якості життя та прав людини, які повинні вирішувати проблеми евтаназії та руху хоспісу.

2. Духовні цінності в медицині. Його блок являє собою сукупність вищих моральних цінностей, таких як доброта і добротота, страждання і співчуття, обов'язок і совість, честь і Гідність, воля і відповідальність, які сьогодні все частіше визнаються медичною практикою в якості керівництва до поведінки. Більшість питань, пов'язаних зі специфікою симптомів в медицині, носять "відкритий" характер, ставлячи перед вибором як лікаря, так і пацієнта, визначаючи дії лікаря в медичному середовищі і в суспільному житті, встановлюючи етичні норми лікаря.

3. Створення оптимальних умов для професійної діяльності лікаря, визнання його гідного становища в суспільстві, задоволення його потреб в духовній, дозвіллевій і сімейній сферах.

4. Духовність і цінності медичних субкультур. Його блок-естетичні цінності, що сприяють формуванню творчих особистостей з високою культурою, здатних поєднувати професіоналізм з гуманістичним світоглядом, моральністю, почуттям гармонії, пропорцій, добра і краси, здатних сприймати навколишній світ в цілому.

5. Значення медичної субкультури. Його аспект-це цінність дозвілля, включаючи цінність здорового способу життя, норми та ідеали культури в цілому, а також цінність самоосвіти [5].

В узагальненому вигляді професійні цінності (моральні, етичні, естетичні, засновані на компетентності) служать найважливішими особистісними цінностями і цілями професійної діяльності, вираженими в ідеологічних цінностях медичної субкультури. Вони забезпечують формування і обґрунтування позитивного іміджу лікаря і формують професійні медичні ідеали, до яких лікар повинен прагнути.

Четверте питання присвячене вирішенню такої важливої теми, як Імідж сучасного лікаря. Зараз ця тема починає залучати все більше декомунізації серед медичної спільноти. Правильне формування професійного іміджу характеризується відповідністю характеру, вимогам виконуваної роботи, станом організації, не повинно викликати сумнівів у професіоналізмі, етиці співробітників, відповідати очікуванням партнерів і клієнтів.

Як відомо, професія лікаря відноситься до суспільної професії, і особистий вплив лікаря на пацієнта є важливим інструментом його професійної діяльності. Професійний імідж лікаря-це образ, який повністю відповідає особливостям професії, і це уявлення про фахівця, яке звертається до своїх пацієнтів, колег, начальства і підлеглих. Загальний імідж лікаря складається з особистого і професійного іміджу з чіткими вимогами, недотримання яких призводить до нерозуміння і зневаги з боку фахівців.

Формування професійного іміджу - це здатність створювати позитивний імідж, що підкреслює кращі якості як особистого, так і ділового професіонала [25].

Медична субкультура втілена в професіоналізмі, що відображає рівень майстерності, якісні характеристики і результати професійної діяльності лікаря. Весь спектр позитивного сприйняття конкретної людини-заснований на професійному рівні лікаря. Професіоналізм лікарів включає в себе: 1) необхідність реалізації своїх професійних здібностей (суб'єктивний аспект); 2) сприяння соціальному прогресу за рахунок поліпшення здоров'я людей

(об'єктивний аспект); 3) перетворення медичних працівників в спосіб життя, життєва необхідність; 4) чітке усвідомлення своїх цілей, раціональності, практики. логічні закони, принципи, методи; 5) усвідомлення морального змісту, розуміння цілей і передбачення кінцевого результату своїх дій; 6) здатність і 7) знання і дотримання основних принципів, норм і правил біомедичної етики як кваліфікації професія лікаря [15].

Однак численні спостереження за поведінкою майбутніх лікарів, проведені в медичних навчальних закладах України, показали досить низький рівень знань етикету, дотримання професійного дрес-коду, культури усного та письмового спілкування, світського етикету. Тому на етапі навчання майбутньому лікарю необхідно освоїти прийоми формування і корекції професійного іміджу, в тому числі успішність конкуренції на ринку праці.

Часто поняття іміджу відноситься не тільки до конкретної людини, але і до конкретної організації, професії та подібне, він також може поширюватися. Розрізняють внутрішню і зовнішню складові медичного образу. Формування внутрішніх складових образу відбувається протягом усього життя і складається з власних думок людини, вражень, які він виробляє на інших, і реакції людини на "відгуки" інших. Зовнішні складові образу включають звичний образ (зовнішність, статура), руховий (невербальні прояви), ментальний (морально-етичний настрій, рівень професіоналізму, соціальні стереотипи), комі-формування образу, певну оцінку цього образу у вигляді свідомих або несвідомих уявлень про цей образ для досягнення глядач до цього об'єкту, об'єкту психологічний. його привабливість. Це процедура, спрямована на надання людям (глядачам зображень) конкретного зображення проекту (прототип зображення, будь то людина, продукт чи організація) [25].

Узагальнення наукових публікацій з етики, стоматології та іміджу в медицині, а також особистого досвіду лікарів, керівників і викладачів дозволяє виділити основні етапи формування професійного іміджу лікаря.

Перший етап пов'язаний з визначенням і аналізом вихідних умов для формування іміджу майбутнього фахівця. Для представників медичної спільноти необхідні етикет, ввічливість, делікатність, володіння навичками ділового та соціального етикету, ефективне спілкування. Другий етап полягає в розробці всіх складових образу майбутнього лікаря з урахуванням професійних вимог, відображенні внутрішнього світу людини в зовнішньому образі. Третій етап - привести усталений загальний імідж людини у відповідність із соціальним та професійним середовищем, щоб гармонізувати інтереси медичної системи, працівників та пацієнтів.

Отже, підготовка сучасних фахівців повинна мати комплексний підхід, що передбачає оволодіння високим рівнем загальної, професійної та іміджевої культури. Успішне виконання цього завдання забезпечується багатофункціональністю ефекту, певними цінностями і професіоналізмом, характерними для медичної субкультури. Останнім аспектом підготовки майбутніх лікарів є надання сучасної, науково обґрунтованої інформації про формування та управління професійним іміджем.

1.2 Медична субкультура в умовах соціальних трансформацій в Україні

Професійна культура лікарів - неодмінний атрибут професійної діяльності в медичній практиці. За часів Гіппократа і Авіценни велика увага приділялася особистим якостям лікарів, про що свідчить всесвітньо відома "Клятва Гіппократа". Однак у сучасній медицині відбувається зміщення основ клятви Гіппократа, коли дотримання суворих вимог до звітності про постійну медичну діяльність виходить на перший план. Це унеможливорює дотримання універсальних норм і моральних цінностей, що може призвести до серйозного поділу медичної практики, практичних знань, професійної етики та ідеальної етики та ідеології професії. Це все більше відводить сучасних лікарів від старих медичних норм, перетворюючи династії в клани, а лікарів - в підприємців. На

нинішньому етапі розвитку сімейної медицини професійна культура лікарів відіграє провідну роль у міжособистісних стосунках між лікарем та пацієнтом [25].

Але при інформаційній насиченості суспільства авторитет лікарів вимірюється в основному кількістю позитивних відгуків в різних інформаційних мережах. У той же час проблема підвищення професійної культури серед сучасних медичних працівників вивчена недостатньо, оскільки існує безліч лікарів-діагностів, які володіють максимальною кількістю необхідних знань і навичок і декомунізують самих пацієнтів, не маючи можливості співпрацювати з ними.

Декомунізаційна культура - це система саморозвитку норм, цінностей та ідей, яка регулює процес професійної діяльності, взаємодії між членами професійних груп та визначає функціональні відносини професійних спільнот з іншими групами та державними установами [4].

Професійна культура тісно пов'язана з рівнем професійної самосвідомості, що відображається у визнанні професійних вимог та порівнянні їх з інтелектуальними ресурсами, тобто відповідною самооцінкою. Розвиток професійної самосвідомості є умовою роботи по формуванню фахівців.

Галузь медицини і, отже, медична субкультура - це консервативна система, яка зберігає традиції медичної діяльності, але з плином життя посилює її здатність динамічно змінюватися.

Перше питання в цій темі присвячено вивченню умов, що визначають процес формування трансу в сучасному медичному співтоваристві. Кінець двадцятого століття – початок двадцять першого століття характеризується появою нових медичних технологій і доктрин, поширенням ліберально-демократичних цінностей, розширенням інформаційного поля, взаємодією професійних субкультур, прагненням фахівців до вдосконалення, зовнішніми соціальними факторами (обставинами). Динаміка медичної субкультури

включена в динаміку всього суспільного життя і залежить від багатьох соціальних факторів і внутрішніх тенденцій.

Об'єктивними факторами його формування і розвитку є освітнє середовище, якість і зміст професійної освіти, економічне становище і статус лікарів, престиж професії в суспільстві та інше. При цьому динаміка професійної субкультури залежить від суб'єктивних факторів – особистісних якостей членів цієї групи фахівців: рівня необхідних інтелектуальних здібностей і морально-психологічних якостей, прагнення відповідати реальним можливостям і позитивним образам, ідеалу [15].

У контексті розвитку української медичної сфери існує гостра необхідність підвищення рівня психологічної готовності медичного персоналу до нових форм конструктивної поведінки, які дозволять уникнути конфліктів, особливо у взаємодії з пацієнтами. Декомунізація між лікарем і пацієнтом - абсолютно природне явище, яке свідчить про те, що відбувається нормальний процес взаємодії між лікарем і пацієнтом. Що стосується світового стандарту поведінки лікарів при взаємодії з пацієнтами, то слід мати на увазі, що зазвичай конфлікт не є необхідною вимогою для діяльності лікарів, але коли виникають конфлікти, конфлікти вирішуються ефективно, тобто за будь-яких обставин досягається сприятливий курс лікування пацієнтів та міжособистісні стосунки.

Існує дві групи міжособистісних взаємодій. Міжособистісні взаємодії, що сприяють спільній діяльності, конструктивні взаємодії та міжособистісні взаємодії, які заважають спільній діяльності, особливо руйнівній, можуть бути конфліктними взаємодіями. Що стосується міжособистісної взаємодії між лікарем і пацієнтом, це можна розуміти як їх спільну діяльність в процесі лікування (включаючи скарги пацієнта, процес уточнення діагнозу, формулювання і виконання медичних процедур медичним персоналом, оцінку і корекцію результатів лікування), процес повторного призначення лікування або

виписки пацієнта якомога швидше для досягнення найкращих результатів, найкращим показником якого має бути вираження стану здоров'я пацієнта.

Відомий американський фахівець в області психології професійної діяльності Р. Віч виділяє наступні моделі взаємодії лікаря та пацієнта [15].

1. Модель технічного типу. Пацієнт-це несправний механізм, який потребує вдосконалення. У цій моделі відносин кожна сторона виконує свої функції за певним кодексом (наприклад, клятвою Гіппократа). Лікар діє як прикладний вчений, який повинен діяти неупереджено, не беручи до уваги індивідуальні особливості кожної ситуації.

2. Моделі сакрального типу можуть навіть пригнічувати його, коли авторитет лікаря впливає на пацієнта. У класичній літературі з медичної психології образи батьків і дітей часто використовуються для аналогії взаємин між такими лікарями і пацієнтами. Група лікарів може схвалити цей принцип як принцип професійної моралі, але в суспільстві існує набагато більше моральних норм. Якщо група лікарів приймає першу норму (можливість штучного переривання вагітності із загрозою народження розумово відсталої дитини), а суспільство при тих же обставинах приймає іншу норму, лікар повинен вирішити, чи слід йому брати участь в нормах своєї групи експертів або нормах суспільства.

3. Колегіальна модель характеризується співпрацею лікарів і пацієнтів як двох повноцінних партнерів. Дана модель вважається найбільш перспективною і відповідає європейським стандартам.

4. Договірна модель заснована на угоді між сторонами і передбачає, які функції, права і обов'язки є у кожної зі сторін. Пацієнт інформується про всі етапи свого лікування. При переході до системи взаємовідносин, орієнтованої на пацієнта, в медицині необхідно активізувати позитивні функції конфлікту, засновані на колегіальній моделі відносин лікар-пацієнт, інші моделі (договірні, технічні та сакральні) мають ризик розвитку негативних конфліктів.

Однією з найбільш бажаних моделей на сьогоднішній день є модель колегіальної взаємодії між лікарями та пацієнтами. Тут пацієнт і лікар є "колегами", але це не означає, що медичний персонал надає пацієнту повноваження. Тільки це визначає рівність прав лікарів і пацієнтів, взаємну повагу лікарів і пацієнтів, співробітництво двох сторін. Взаємодія між лікарем і пацієнтом спрямована на досягнення єдиної мети: діагностику захворювання, лікування пацієнта і одужання. Для лікарів найвищою цінністю є фізичний та емоційний стан пацієнта. І лікар, і пацієнт контролюють емоційний стан, але лікар усвідомлює, що стан може особливо сильно вплинути на емоційний стан пацієнта, і враховує ці функції. Навіть якщо пацієнт намагається спровокувати конфлікт через емоційну нестабільність, лікар повинен уникати цього. Якостями, що характеризують цей компонент, є емпатія, причетність, емоційна стабільність, емоційна чутливість і подібні, беручи до уваги індивідуальні особливості мислення пацієнта, його пам'ять, увагу і вміння спілкуватися з пацієнтом, беручи до уваги перераховані вище якості, можна запобігати конфліктам. Лікар повинен чітко усвідомлювати всі процеси, які відбуваються при взаємодії з пацієнтом під час лікування, стежити за його станом (передача - зворотна передача) і здійснювати самоконтроль. Під час взаємодії відбувається взаємний обмін інформацією, лікар роз'яснює пацієнтові інформацію про стан його здоров'я, а пацієнт по секрету розповідає лікарю про свої неприємності. Лікар вибирає прийнятний для пацієнта стиль спілкування з дотриманням професійної етики [5].

Тому сучасні лікарі володіють знаннями про психологію спілкування і конфліктів, перевагу стратегії співпраці та адаптації, а також практичними навичками і вміннями продуктивної взаємодії. Якостями, що формують цей компонент, є здатність долати бар'єри в міжособистісному спілкуванні, комунікативні навички, комунікативна гнучкість, адекватний психологічний захист, ввічливість і т. д.

Характер динамічних змін в медичній субкультурі дозволяє нам виявити їх позитивні і негативні сторони [25]. Професійний розвиток персоналу, що надає якісні медичні послуги, Реформа в рамках професії, що знайшла відображення в появі і вдосконаленні нових медичних технологій, що збільшують тривалість і якість життя людини, появі автономної моделі взаємин в системі лікарів і пацієнтів, заснованої на цінностях і принципах гуманістичного і демократичного суспільства, культура та адаптація до нових цінностей, визнання пріоритету моралі, традицій і гуманістичних загальнолюдських цінностей у професійній діяльності медичної спільноти.

До негативних аспектів сучасного стану медичної субкультури можна віднести той факт, що існує так багато "відкритих", тобто неприйнятних питань, а отже, постійну проблему вибору моделі поведінки лікарів, недостатню опрацьованість моральних і правових регуляторів, а отже, і проблему соціальної тривожності лікарів. лікарі та емоційне вигорання фахівців.

Друге питання по цій темі присвячений спробам вирішити багато "відкриті" проблеми в медичній субкультурі. Аналіз різних моделей взаємовідносин в системі лікарів і пацієнтів показує динаміку переходу від традиційної патерналістської моделі сучасної медицини до прийняття автономних моделей лікування. Це дозволяє розвивати цінності в професійній діяльності лікарів, відповідні повазі до життя, автономії і гідності.

Як уже згадувалося, нова модель взаємовідносин в системі лікарів і пацієнтів повинна ґрунтуватися на принципах і правилах біомедичної етики, проголошених ЮНЕСКО. Особиста автономія, усвідомлена згода, конфіденційність, автономність, чесність, правдивість, недоторканність приватного життя, принципи благодійності та милосердного ставлення, справедливості та солідарності. Це питання потребує ретельного розгляду [15].

Останнім часом інтенсивно розробляються правила нової етичної системи, які повинні орієнтувати сучасного лікаря в просторі його професії.

Явища культурного життя, такі як медична етика (дентологія), біоетика, біомедична та екологічна етика, намагаються вирішити цю проблему.

Медична стоматологія давно визначила сфери, які функціонують у системах загальних медичних та етичних знань [5]. Біоетика виділяється тим, що є міждисциплінарною сферою, яка зосереджується на вивченні та вирішенні моральних проблем, що виникають внаслідок останніх досягнень біомедичної науки та сучасної біотехнології. Термін "біоетика" вказує на те, що незалежно від того, використовуються ці дослідження при лікуванні людей чи ні, вони зосереджені на вивченні організмів і розглядають питання цінності, властиві всім видам діяльності, пов'язаним з організмами. Об'єктом біоетики є моральність поведінки людини в біологічній медичній промисловості і сфері медицини, у зв'язку з дотриманням моральних норм і цінностей, а предметом біоетики є медична допомога і життя людини з моменту запліднення до природної смерті, яка виражається різними формами лікування.

У той же час з'являється біомедична етика, особливо у лікарів і біологів, - етична і прикладна дисципліна, яка ставить перед собою завдання опрацювати питання етичного ставлення суспільства в цілому і професіоналів до людини, його життя, здоров'я і смерті і сама по собі робить їх захист пріоритетом для всіх. У контексті сучасної гуманістичної парадигми саме біоетика забезпечує вирішення протиріччя між антропоцентризмом" старого " світогляду, який робив людину винятковим центром усього світу, і новим підходом, орієнтованим на новачків, який піклується про життя у всіх його проявах [15]. Таким чином, біоетика - це, з одного боку, глобальна біоетика (В. Р. Поттер), з іншого боку, сучасна антропологія (Г. Л. Тульчинський), що відкриває нове "постлюдство", концепцію гуманності і гуманітаризму.

У зв'язку з тим, що біоетика і біомедична етика з'явилися недавно, їх ототожнюють один з одним і, не розмежовуючи ці поняття, фактично прирівнюють до медичної дентології. Слід пам'ятати, що біомедична етика

включає багато питань, що виходять за рамки медичної дентології, таких як трансплантація, самогубства, психічні "нормативні" та патологічні проблеми та багато інших "відкритих" питань. Крім того, вона вирішує проблему не на вузькоспеціалізованій корпоративній основі, а на більш широкій науковій і соціальній основі. Біомедична етика - це систематичне вивчення поведінки людини у світлі моральних цінностей та принципів у науці про життя та здоров'я людини. Якщо Біоетика фокусується на проблемах життя, то біомедична етика втілює принципи біоетики у відносинах з людьми. Біомедична етика носить комплексний характер, в якій концентруються загальні біоетичні питання, вимоги "традиційної" медичної етики і "нові" етичні суперечки, пов'язані з розвитком медицини і біотехнологій. Вона перетворює певні біомедичні ситуації та інциденти в прецеденти, які служать основою для етичних узагальнень, висновків і подальших рекомендацій.[25]

Взаємозв'язок між біоетикою і біомедичною етикою багато в чому обумовлена тим, що сьогодні багато досліджень і дії фахівців в області біології та медицини зачіпають безпосередні і значущі інтереси людини. Отже, необхідна моральна впевненість у питанні життя та смерті, що є всім, що стосується проблемного поля біоетики. У той же час семантичне ядро біомедичної етики, своєрідна призма, в якій визначається етичний зміст як медичних маніпуляцій, так і біологічних досліджень, виходить за рамки біоетики медицини, крім того, на рівні біомедичної етики існують взаємовиключні точки зору, "відкриті" питання, плюралізм думок, відсутність згоди на нормативному рівні біоетика можлива, а якщо і необхідна, то прагне до визначеності і нормальності. У той же час, якщо вирішення "відкритих" проблем біомедичної етики, як правило, здійснюється на індивідуальному рівні, то їх реалізація в області біоетики здійснюється на рівні інституційної та суспільної значущості. У той же час має сенс розглядати їх

взаємодоповнюючими в єдиному контексті, оскільки біоетика і біомедична етика дуже близькі один одному за своїми цілями, завданнями і проблемами.

Паралельно з появою цих біомедичних і етичних напрямків, окремо від них, в етиці було висунуто ще одне нове поняття і напрямок – екологічна етика – як відповідь на екологічні проблеми, що загрожують миру і всьому живому [15].

Комітет з етики (Ethics Committee) створений для управління діяльністю лікарів відповідно до прийнятих етичних норм. Перший з них з'явився в середині двадцятого століття. У Сполучених Штатах психологічні, антропологічні та інші дослідження, проведені на людях і тваринах, а також біомедичні, підлягали обов'язковому етичному аналізу для проведення офіційних етичних оглядів досліджень, що фінансуються федеральним бюджетом. Пізніше роботи такого роду з'явилися в багатьох країнах світу. Сьогодні кожен дослідницький проект повинен бути схвалений незалежним комітетом з етики - затвердженим висновком Комітету з етики, що підтверджує той факт, що документація клінічних випробувань вивчена і дозволена для її проведення в даному лікувально-профілактичному закладі відповідно до інструкцій цього комітету.

В Україні Комітет з етики створений при державному медичному закладі в якості професійної ради. Вони розглядають питання, що забезпечують права, безпеку та здоров'я осіб, які беруть участь у клінічних випробуваннях, затверджують програму (протокол) клінічних випробувань, оцінюють кваліфікацію дослідників та наявність умов для проведення випробувань, а також способи отримання згоди випробовуваних на основі цієї інформації [5]. У контексті розширення можливостей медицини та практичної діяльності виникли нові проблеми, пов'язані з генетичною медициною, контрацепцією та абортами, а також експериментами на людях. Останньому питанню приділяється особлива увага в Нюрнберзькому кодексі, Гельсінсько-Токійській декларації та рішенні XV наради Ради міжнародних медичних установ, схваленому спеціальним

комітетом ВООЗ. В останні роки міжнародне співтовариство зробило важливі кроки для вирішення багатьох етичних проблем у біологічних та біомедичних дослідженнях, спрямованих на більш ефективне, надійне, безпечне та етичне застосування досягнень світової науки в практичній медицині [15].

Питання про взаємодію медицини та етичних питань можна розглянути на прикладах нових динамічно розвиваються дисциплін, таких як трансплантологія. Це демонструє як потенціал клінічної медицини, так і складність етичних проблем, що виникають при цьому, і вимагає переосмислення кантіанської етичної приказки "ставитися до людини лише як до мішені" (наприклад, коли лікарі використовують живі донорські органи для трансплантації).

До основних етичних проблем трансплантації відносяться, перш за все, проблеми донора і реципієнта. Існує протиріччя між двома етичними принципами медицини: "не нашкодь" і "зроби добро". "Тому донорство має бути добровільним і усвідомленим актом, який відбувається безкорисливо. Усвідомлення цієї дії повинно ґрунтуватися на повній інформації, наданій лікарем про можливі ризики, пов'язані зі здоров'ям та соціальним благополуччям (працевдатністю) потенційного донора [5].

Все більшого поширення набуває ксенотрансплантологія - використання тварин з метою трансплантації органів для лікування людини. Розширення обсягів трансплантаційних операцій неминуче сприяло різкому збільшенню попиту на органи і тканини, придатні для трансплантації, оскільки не всі померлі можуть стати потенційними донорами. Тому сильні групи захисту тварин почали виступати проти прихильників програм ксенотрансплантації [15].

Проблеми клітинної та тканинної терапії актуальні. Родоначальниками клітинної і тканинної терапії були лікарі, які в 20-х роках двадцятого століття успішно трансплантували тканини плоду пацієнтам, що страждають від передчасного старіння. Вважається, що це розробив Ніколсон. Потім клітинна

теорія отримала продовження і ввела термін "клітинна терапія", використовуючи в якості терапевтичного фактора в основному очищені і висушені екстракти тканин і органів овечих ембріонів. Ніколсону такі препарати були зручні тим, що їх можна було зберігати в звичних умовах і легко транспортувати. Академік В.П. Філатов і його послідовники застосовували живі тканини (наприклад, рогівку, шкіру). Терапевтичний ефект цих препаратів був пов'язаний зі стимуляцією процесів регенерації та відродження, а також системним омолодженням [25].

До невирішених проблем трансплантації органів і тканин відноситься проблема використання плода (від лат. тканина плода fetus - плід, ембріон). Поштовхом до інтенсивного розвитку цього напрямку послужили складність вирішення проблеми трансплантації органів і тканин класичними методами, експериментальні дані про можливість використання соматичних клітин людини в якості альтернативи трансплантації цілих органів. Основне етичне питання тут-можливість працювати з фруктовими організаціями. Питання про те, як різні біоетичні системи пов'язані з проблемою абортів, є ключовим у медичних дослідженнях. У зв'язку з цим виник один з головних етичних питань – можливість роботи з плодовими клітинами і тканинами, отриманими після медикаментозного абортів, питання етичності використання абортівних матеріалів для виготовлення біопрепаратів, і, як правило, акцент зміщується в область етики абортів з самого початку. необхідність у трансплантації таких біопрепаратів [5].

Однією з найбільш серйозних проблем є штучне переривання вагітності. Питання про право на життя на ранніх стадіях існування людини: чи мають право на життя ембріони з відхиленнями в розвитку? Визнання або невизнання цього права за людиною з моменту зачаття лежить в основі триваючої суперечки про абортів. З одного боку, аборт є одним з найбільш поширених засобів

контрацепції, а з іншого, це медичне втручання (особливо "варіант") кваліфікується як штучне переривання вагітності.

Ще одна проблема-сурогатне материнство. "Сурогатна мати" - це чужий ембріон, плід, пересаджений в її тіло (яйцеклітина, запліднена чоловічою спермою іншої жінки, яка не може або не хоче виносити дитину) етичні проблеми виникають через взаємні претензії генетичного батька і сурогатної матері з приводу "присвоєння" генетичного статусу. народжена дитина. Подібні конфлікти можуть порушити моральний клімат сімей, які усиновляють дітей, яких виносять сторонні, і, найголовніше, ускладнити життя дитини [5].

Етичні проблеми технологій, які штучно підтримують життя - генетики та генної інженерії - складні. Для того щоб синтезувати раніше невідомі гени і впроваджувати їх в існуючі організми, особливо важливо враховувати можливості майбутньої генної інженерії. Нові "спроєктовані" організми, що потрапили в наше середовище проживання, можуть стати набагато більш небезпечними, оскільки їх поведінка в корені відрізняється від тих, які вивчалися довгий час. Тому, з точки зору біомедичної етики, виникає питання, чи завжди можна робити те, що можна зробити в області генних технологій. Генетичні технології дали людям перевагу, якої вони раніше не мали: здатність цілеспрямовано та швидко змінювати природне середовище та себе. Чи може людина використовувати свої збільшені здібності?

Питання про клонування людини слід розглядати в контексті цієї проблеми. Прихильники клонування людини використовують його, перш за все, для людей, які в іншому випадку не змогли б відтворити ген і в результаті отримати власних дітей. Опоненти вказують на те, що результатом клонування є не дитина їхніх батьків, а ідентичні близнюки їхніх батьків і матерів, що викликає нові моральні та юридичні проблеми. З іншого боку, існує ризик зловживань і спекуляцій на тему нещастя людей, які не мають дітей. Тому в даний час існує заборона на клонування людини [15].

Питання функціонування хоспісів, спеціальних організацій по догляду за померлими, де невиліковно хворі люди мають можливість гідно завершити своє життя, набуває все більшого значення. Навколишнє середовище і діяльність персоналу хоспісів спрямовані на створення людських умов для гідної смерті. Відмінність хоспісів для "зневірених" пацієнтів від інших медичних установ полягає не тільки в іншому технічному і медичному оснащенні. Тут на перший план виходить обличчя пацієнта, його бажання і емоційні реакції. В основі сучасного хоспісного руху лежить особлива етика і терапевтична філософія, згідно з якою смерть, як і народження, є природним процесом, який не можна прискорити або уповільнити. Вмираючій людині потрібна особлива допомога: він може і повинен допомогти переступити межу життя і смерті. Саме таке завдання поставив перед собою хоспіс. Хронічний біль і страждання змінюють світогляд людини: відчуваючи нестерпний біль, він не може думати і пам'ятати; біль - це етична потреба, етика поведінки хоспісу створює "життєвий простір", в якому такі умови, Спосіб життя пацієнта і навіть найважчі пацієнти можуть контролювати біль і страждання. Це забезпечує таку якість життя, при якому сьогодення є самодостатнім і актуальним, а не залежить від майбутнього.

У третьому питанні по цій темі розглядається взаємозв'язок між термінами "медичний" і "медичні послуги" і їх сутність. Серед вчених досі немає єдиної думки про ці поняття і їх взаємозв'язку. На законодавчому рівні поняття "медична допомога" формально визначено як діяльність професійно підготовленого медичного персоналу, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку із захворюваннями, травмами, інтоксикаціями та патологічними станами, а також вагітністю та пологами. Так, згідно з програмою надання громадянам безоплатної медичної допомоги, гарантованої державою, "медична допомога - це вид діяльності, який включає в себе комплекс заходів, спрямованих на оздоровлення та лікування пацієнтів в умовах, що загрожують життю, здоров'ю та працездатності на момент її

надання, і здійснюється шляхом професійно підготовлені працівники, які мають на це право відповідно до Закону". Концепція розвитку громадської охорони здоров'я в Україні визначає медичну допомогу на трьох рівнях. На первинному рівні передбачені профілактичні заходи, амбулаторне та стаціонарне лікування за основною спеціальністю. Вторинна спеціалізована, технологічно більш складна, третинна високотехнологічна допомога і лікування найбільш складних і рідкісних захворювань.

Таким чином, медичну допомогу можна розглядати як процес, що складається з ряду дій фахівців в області медицини, при її наданні присвоюється особливий правовий статус з надання підтримки пацієнтам в умовах, що загрожують життю, здоров'ю і працездатності, а похідними діями від основної мети є профілактика, діагностика, лікування та ризику, пов'язані із захворюваннями, травмами, інтоксикаціями і патологічними станами, а також вагітністю та пологами. Це можна вважати похідною дією від основної мети, спрямованої на забезпечення житлом.

З другої половини двадцятого століття в юридичній і науковій літературі поряд з терміном "медичне обслуговування" став циркулювати інший термін - "медична послуга", що відображає певні соціальні процеси. Це відбувалося в Україні з тих пір, як вона здобула незалежність. У проекті закону Про внесення змін до статті 3 Основ Закону України "Про охорону здоров'я", що стосується визначення поняття "Медичні послуги", це визначення включає в себе чітко і послідовно певні дії або серію дій медичного персоналу, спрямованих на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію захворювань. Це має самостійне значення і постійну вартість [15].

Важливо прояснити взаємозв'язок між цими двома поняттями. У сучасній медичній літературі, що стосується співвідношення понять "медична допомога" і "медичні послуги", 1) медична допомога фактично ототожнюється з медичними послугами; 2) медична допомога є складовою частиною медичних

послуг; 3) медична допомога і медичні послуги - це різні терміни; 4) медична допомога - це більш широке поняття, ніж медичні послуги. На думку дослідників, остання позиція найбільш обґрунтована, оскільки включає в себе набір пріоритетних медичних послуг; обсяг послуг входить в безкоштовну медичну допомогу, яка надається всім особам без винятку, але послуги завжди носять персональний характер. Комплекс профілактичних заходів та платних медичних послуг. Право людини на охорону здоров'я - це комплексне поняття, що включає в себе охорону здоров'я і медичні послуги. Крім того, варто зазначити, що медична допомога та медичні послуги не є тотожними поняттями.

"Медичне обслуговування" - це реалізація конституційних прав кожного, при цьому "медична допомога" завжди безкоштовна, з огляду на те, що медичні послуги в більшості випадків платні і можуть надаватися за рахунок юридичних осіб, страхових компаній, особистих коштів фізичних осіб громадян України. Експерти сходяться на думці, що необхідно дати більш точне і офіційне визначення терміну "медичні послуги" і змінити його правову систему, що створить додаткові можливості для контролю з боку закону і захисту особистих немайнових прав фізичних осіб [25].

Таким чином, критерії визначення, які відрізняють "медичну допомогу" від "медичних послуг", як правило, визначають, що медична допомога знаходиться в критичному стані для життя/здоров'я людини, народження людини, і медична допомога також може надаватися просто в якості профілактики або лікування, але, на жаль, через недостатнє фінансування медичним установам вони повинні бути оплачені у вигляді придбання необхідних ліків і витратних матеріалів.

Таким чином, медична субкультура - це простір для вирішення найскладніших медичних і етичних проблем двадцять першого століття. Їх успішне вирішення залежить від тісної взаємодії всіх складових сучасного медичного співтовариства, в основі якого лежать стандарти екологічно

гуманістичних цінностей. Головне завдання – зберегти духовний зміст в процесі динамічної трансформації медичної сфери, розширити сферу технічних компетенцій і поглибити наукові знання.

2 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНОГО ВИМІРУ КАР'ЄРИ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ

2.1 Кар'єрний розвиток особистості

Поняття "кар'єра" використовується порівняно недавно. Однак єдиного трактування поняття "кар'єрне зростання" і змісту його складових поки не вироблено. Термін "кар'єрне зростання" має багато значень.

Найпоширенішим визначенням "кар'єри" є просування вперед шляхом обраної діяльності, наприклад, отримання більшого авторитету, вищого статусу, престижу, влади та грошей. Для нас "створення кар'єри" означає, перш за все, досягнення престижного становища в суспільстві і високого рівня доходу. Кар'єра (італ. *carriera* - дія, життєвий шлях, кар'єрне зростання. Від латинського *carlos* - хто, візок) - для досягнення швидкого і успішного просування по службі в службовій, суспільній, науковій та іншій діяльності, популярності в певних видах діяльності, матеріальних благ [4].

Варто відзначити, що успіх кар'єри людини визначається не тільки матеріальними цінностями, а й духовними. При цьому варто підкреслити, що ці блага можуть оцінюватися виключно у вигляді емоцій, у вигляді самооцінки досягнень, підкріпленої визнанням в оточенні у вигляді просування по службі, рівня заробітної плати і подібне, через призму суб'єктивності людини і з точки зору його оточення (організації, професійної сфери, суспільства). Наприклад, людина може відчувати зміну свого становища, сили і здібностей, в той час як інші сприймуть і "побачать" його професійне зростання тільки після того, як він буде офіційно підвищений до кваліфікаційного рівня своїх обов'язків [13].

Концепція професійного розвитку особистості підкреслює, що суб'єкт може виступати як творцем своєї кар'єри, так і її метою. В даний час існують різні критерії класифікації носіїв, в результаті чого виникають стратегії їх побудови. Критерії можна розділити на об'єктивні та суб'єктивні [8].

Об'єктивні критерії включають підвищення по службі, зростання посади, кількість робочих змін та тип роботи.

Суб'єктивні критерії пов'язані з цінностями суб'єкта щодо його кар'єри та його побажаннями щодо того, як він буде розвиватися в майбутньому.

Аналізуючи вищесказане, можна зробити висновок, що кар'єра - це результат усвідомленої позиції і поведінки людини в певній сфері діяльності, пов'язаної з посадовим або професійним зростанням. Це може бути кар'єра менеджера, спортивна кар'єра, Військова кар'єра, артистична кар'єра та інші життя людини поза роботою має величезний вплив на ділову кар'єру і є її важливою складовою.

В сучасних умовах розвитку ринку кар'єрне зростання багато в чому залежить від зусиль і кваліфікації самого фахівця. На ефективний розвиток кар'єри співробітника впливає безліч важливих факторів: потреби, мотивація, його власні цінності, самооцінка, готовність йти на ризик, прагнення до успіху, уникнення невдач, інтелектуальні, організаторські та комунікативні навички. Останнім часом стало розвінчуватися негативне ставлення до поняття "кар'єра". Сьогодні людина, яка "будує кар'єру", найчастіше сприймається як особистість, метою якої є реалізація свого особистого і професійного потенціалу. Кар'єра вважається одним з показників особистого професійного життя людини і розглядається не тільки як інструмент досягнення бажаного статусу і відповідного рівня і якості життя, але і як засіб досягнення популярності і популярності.1 успішна кар'єра дозволяє людині домогтися визнання своєї унікальності, значущості для інших людей, для суспільства в цілому [9].

Поняття "кар'єра" має на увазі успішне просування в сфері суспільної, казенної, наукової та інших видів діяльності, професій, покликаних за покликанням. Згідно з науковими вказівками, вивчення кар'єри в психології включає в себе соціальну психологію (Б.Г.Почебут, Л.Прокоф'єва, В.О.Чикер), менеджмент (А.Н.Занковський, Є.Комаров), соціально-економічні дослідження

(Н. Лукашевич, О.Мол). Існує три підходи до визначення цього поняття. Представники цих підходів дотримуються абсолютно різних поглядів на вивчення проблем кар'єри людини. Наприклад, представники галузі соціальної психології визначають кар'єру як досягнення бажаного статусу і адекватного рівня життя, досягнення визнання і популярності, як один з показників просування по організаційній ієрархії, порядку діяльності протягом усього життя, професійного життя індивіда. Представники науково-управлінського напрямку розглядають кар'єру як дію, пов'язану з накопиченням і використанням людського капіталу в ході професійного життя і робочих переміщень, а також динаміку рівня освіти і кваліфікації співробітників в ході професійного життя і робочих переміщень [22].

Сучасне викладання дозволяє зрозуміти визначення кар'єри як якогось важливого показника соціальних і професійних досягнень людини в організаційній структурі [6].

Розробкою типології кар'єри займалися вітчизняні та зарубіжні автори. Варто відзначити, що носій можна розглядати як специфічну інтеграційну модель, що складається з трьох компонентів. Носії вважаються двонаправленими моделями (зовнішніми та внутрішніми). І носій розглядається з динамічної сторони (руху "вперед і назад", "вгору і вниз"). Носій розглядається як ситуативне явище [4].

У кожної людини є таланти, спонукання і цінності, які він може використовувати при виборі професії. Іншими словами, ми звертаємося до питання про концепції, орієнтовані на кар'єру, оскільки життєвий досвід формує систему роботи для кожної людини з певними цінностями, соціальними установками, особливо щодо кар'єри, і загалом, до розвитку кар'єри людини. В цьому випадку є логічне пояснення, коли людина хоче реалізувати себе як під час вибору професії, так і в процесі її реалізації.

Поняття успішної кар'єри в основному пов'язане з самовизначенням успішного професіонала. Однією з найпопулярніших теорій в психології є теорія Д. Сьюпера про професійне самовизначення. Д. Сьюпер виділив чотири типи кар'єри, які залежать від особистісних якостей, способу життя, взаємин і цінностей людини. В основі цієї класифікації лежить показник стабільності носія. Стабільна кар'єра, що характеризується просуванням по службі, навчанням і перепідготовкою тільки в рамках постійної професійної діяльності. Звичайна кар'єра-найпоширеніша-збігається з нормативними етапами життєвого шляху людини, включаючи кризові. Нестабільна кар'єра характеризується двома і більше іспитами, а зміна професійної діяльності відбувається після певного періоду стабільної роботи за попередньою спеціальністю. Кар'єра з декількома випробуваннями-зміна професійного спрямування відбувається протягом усього життя [4].

Найчастіше при вивченні успішної кар'єри в якості об'єкта даного дослідження вибирають менеджера. Американські дослідники виділяють три рівня кар'єри менеджерів: - перший низький рівень управління (технічний рівень), - другий середній рівень управління (management level), - третій вищий рівень управління (інституційний рівень). Д. Макклеланд виділив три основні мотивації при виборі особистої кар'єри менеджера. Прагнення до влади, прагнуть до влади енергійні, відверті у вираженні своїх думок і почуттів, не бояться конфронтації, відстоюють свою позицію; вони вимагають уваги і прагнуть до лідерства, люди, які досягли більш високого рівня управління, часто мають таку спрямованість. Прагнуть до успіху, найчастіше такі мотиви задовольняються не декларуванням успіху, а процесом доведення роботи до успішного завершення, певної мети. Ці люди йдуть на гідний ризик, будуючи свою кар'єру. Мотивація до афілійованості, формується під впливом бажання бути включеним в певне соціальне і професійне середовище, потреби в спілкуванні, допомоги іншим і соціальній роботі.

Гендерна риса, орієнтована на кар'єру, полягає в тому, що жінки більше чоловіків зацікавлені в просуванні по кар'єрних сходах і підвищенні свого рівня освіти, орієнтуючись на популярність, заробітну плату. У них відсутнє почуття відповідальності [3].

Зі збільшенням віку та кваліфікації мотивація до кар'єри зазвичай змінюється. Типи кар'єрного зростання класифікуються відповідно до різних підходів. Так розрізняють внутрішньо організовану кар'єру, що включає в себе проходження конкретним співробітником всіх етапів розвитку в процесі професійної діяльності: навчання, працевлаштування, професійне зростання, підтримку і розвиток індивідуальних професійних здібностей, вихід на пенсію. Деякі співробітники по черзі проходять ці етапи в рамках однієї організації. Ця кар'єра може бути професійною та непрофесійною. Професійна кар'єра характеризується тим, що в ході своєї професійної діяльності конкретний співробітник послідовно проходить різні етапи своєї кар'єри як в одній, так і в різних організаціях, але в рамках професії і в рамках сфери діяльності, в якій він спеціалізується [4].

Вертикальна кар'єра - це тип кар'єри, який найчастіше асоціюється з поняттям ділової кар'єри як такої, оскільки в цьому випадку просування по службі є найбільш помітним. Вертикальна кар'єра розуміється як підйом на більш високий щабель структурної ієрархії (з просуванням по службі, більш високими рівнями винагороди). Горизонтальна кар'єра-це вид кар'єри, який передбачає перехід в іншу функціональну сферу діяльності або виконання певної офіційної ролі на етапі, що не має суворої формальної фіксації в організаційній структурі (наприклад, виконання обов'язків керівника тимчасової робочої групи, програми і т.д.). Горизонтальна кар'єра передбачає перехід в іншу функціональну сферу діяльності або виконання певної офіційної ролі на етапі, що не має суворої формальної фіксації в організаційній структурі. кар'єрне зростання також може включати розширення або ускладнення завдань на

попередньому етапі (як правило, відповідні зміни в винагороді). Концепція горизонтального кар'єрного зростання не має на увазі примусового і постійного переміщення по організаційній ієрархії.

Ступінчасте кар'єрне зростання - це тип кар'єрного зростання, який поєднує в собі елементи горизонтального і вертикального типів кар'єрного зростання. Просування співробітників може здійснюватися шляхом чергування вертикального і горизонтального зростання, що дає великий ефект. Цей тип перевізників дуже поширений і може приймати як внутрішньо-організаційні, так і міжорганізаційні форми.

Прихована кар'єра - це найменш очевидний вид кар'єри для інших. Як правило, вона доступна обмеженому числу співробітників, що мають великі ділові контакти за межами організації. Зрозуміло, що доцентрова кар'єра спрямована на досягнення ядра організаційного лідерства. Наприклад, запрошення співробітника на зустріч, до якої інші співробітники не мають доступу, як на формальні, так і на неформальні зустрічі, доступ співробітника до неформальних джерел такий співробітник може займати звичайну посаду в одному з відділів організації, але рівень його винагороди значно перевищує винагороду за працю в його становищі.¹

Професійна кар'єра - це активна поведінка співробітників до досягнення успіху у своїй професійній діяльності. Цей тип кар'єри тісно пов'язаний з професійним зростанням і оволодінням майстерністю і характеризується не стільки самою метою, скільки рухом до цієї мети. Успішна кар'єра залежить не тільки від того, що людина заздалегідь знає, чого він хоче, але і від того, навіщо це потрібно і що робити, коли мета буде досягнута.

Д. Сьюпер був одним з перших, хто запропонував психологічну класифікацію професій. У ній виділяються чоловічий і жіночий типи професій в залежності від чергування професійних іспитів і тривалості стабільної роботи [10].

Чоловічі:

- 1) стабільний, коли випробуваний приступає до професійної діяльності відразу після навчання і завжди йде обраним шляхом;
- 2) звичайний, коли після навчання на стабільній службі завершується серія професійних випробувань;
- 3) нестабільний, коли чергуються професійні випробування і періоди стабільної роботи, ;
- 4) безліч пробних професій, коли людина часто змінює вид зайнятості, не маючи стабільної роботи.

Жіночі:

- 1) Кар'єра домогосподарки;
- 2) звичайна кар'єра, коли освічена жінка після заміжжя перестає працювати і стає домогосподаркою;
- 3) стабільна трудова кар'єра, коли отримана вами освіта допоможе вам знайти роботу, яка стане справою всього Вашого життя;
- 4) Кар'єра в двох напрямках, якщо кар'єра домогосподарки сумісна зі стабільною трудовою кар'єрою;
- 5) періодична кар'єра-робота до заміжжя, потім відпочинок (народження і виховання дітей), повернення на роботу;
- 6) нестабільна кар'єра-чергування періодів роботи після заміжжя і повернення до кар'єри домогосподарки;
- 7) кілька пробних робочих місць - це не пов'язані між собою види робіт, які не мають стабільності в жодній професійній галузі.

2.2 Проблеми розвитку кар'єри жінки-лікаря

Людина в певній соціокультурній сфері пов'язує свою поведінку зі стереотипами, характерними для цієї культури. Намагаючись реагувати якомога повніше або, навпаки, не реагувати на них, але в кожному конкретному випадку

переглядаючи свої дії і дії оточуючих з цього приводу, вчені сходяться на думці, що гендерні стереотипи грають роль регуляторів соціальних норм, соціальної поведінки. Таким чином, гендерні стереотипи - це соціальні вирази, які найбільш повно втілюють набір особистих характеристик, що визначаються моделями поведінки та статтю. Іншими словами, він дає уявлення про те, що означає бути чоловіком чи жінкою в суспільстві та як вони повинні поводитися відповідно до своєї статі. Гендерні стереотипи як ефективний механізм формування традиційної гендерно-рольової поведінки людей відповідної статі включають ідеальний образ чоловіків і жінок; - моделі поведінки (норми, приписи, очікування щодо поведінки людини певної статі в стандартних ситуаціях і соціальні санкції за порушення); - гендерна стратифікація (оцінка соціального статусу і ролей чоловіків і жінок, що визначають соціальний престиж статі) [16].

Характерними особливостями гендерних стереотипів як соціокультурних конструктів є: - їх часова стійкість (резистентність); - здатність утримуватись у свідомості багатьох поколінь носіїв етнічної культури; - ригідність, тобто негнучкість, схематичність, залежність від раніше сформованих образів та протидія у зв'язку з цим різним нововведенням [18].

Різні типи гендерних стереотипів традиційно поділяються на 4 групи:

1. Стереотипи мужності-жіночності. Вони складаються з нормативних уявлень про фізичні, психічні та поведінкові характеристики, характерні для чоловіків та жінок [16].

Стереотипне вираження мужності," активно творчі " риси включають в себе такі риси характеру інструменту, як домінування, активність, впевненість в собі, агресивність, логічне мислення і лідерські якості. Навпаки, жіночність визначається як " принцип пасивного розмноження", який виражається в таких виразних рисах, як залежність, прихильність, тривога, низька самооцінка та емоції. Чоловічі риси часто протилежні жіночим, наприклад, незалежна

залежність, агресивний, агресивний, жорстокий, добрий, раціональний, емоційний, Серйозний, легковажний, сильний Е.Маккобі та К.Жаклін підкреслили, що стереотипи гендерної поведінки не так поширені, як уявлення про те, що жінки стають залежними. У той же час вони відзначили, що ця риса характерна для дітей обох статей в ранньому віці, але в основному вона закріплена в поведінці і стресостійких особистісних якостях дівчаток, оскільки підтримується соціальними очікуваннями навколишнього середовища.

2. Стереотипи про зміст роботи чоловіків і жінок. Згідно з традиційними уявленнями, робота жінки повинна бути пов'язана з продуктивністю, якістю обслуговування і частиною вражаючої сфери діяльності. Навпаки, жінки частіше працюють у сфері торгівлі, охорони здоров'я та освіти. Організаційна, творча, управлінська, тобто інструментальна робота для чоловіків вважається традиційною [16].

Одна з таких ідей належить американському соціологу, представнику структурного і функціонального аналізу Т.Парсонсу, який досліджував проблему диференціації сексуальних ролей, що було науково продемонстровано в середині двадцятого століття. Він сказав, що для задоволення потреб суспільства в успішному функціонуванні та стабільному відтворенні необхідно виконувати два типи функцій: продуктивні та репродуктивні. Отже, перша функція полягає у забезпеченні автономії, раціональності, конкурентоспроможності та включає діяльність, пов'язану з професійною зайнятістю та роботою поза домом. Друга функція - наполегливість, чуйність, комунікативні навички, тренувальні здібності тощо, та в основному це пов'язано з діяльністю в сімейній сфері.

Таким чином, ідея вкоренилася в масовій свідомості, що природа сама визначає зміст роботи чоловіків і жінок. Згідно стереотипним уявленням, якщо жінка від природи здатна мати дітей, вона повинна виконувати виразні функції.

3. Стереотипи про консолідацію сімейних і професійних ролей. Найважливішою соціальною роллю для жінок вважається роль глави сім'ї,

матері. Жінка повинна буде перебувати в приватному житловому приміщенні - будинку дитини, відповідати за його народження і виховання, сімейні відносини. Чоловік повинен бути залучений в суспільне життя, бути успішним в професійному плані і відповідати за фінансову підтримку сім'ї [16]. Отже, ця група гендерних стереотипів часто виражається у формулюванні: "звичайні" чоловіки прагнуть до кар'єри, професійний успіх у свідомості українців все ще існує когнітивна схема такого гендерного змісту, і, отже, при оцінці чоловіків вони бачать свій професійний і матеріальний успіх. В результаті, оцінюючи жінок, вони піклуються про свої сім'ї та дітей. В очах громадськості жінки без сім'ї здаються невдахами і отримують принизливий статус "старих служниць". Ніхто не дає чоловікові принизливого статусу в сім'ї, але якщо він не домагається професійних і матеріальних успіхів з віком, його також починають вважати невдахою.

4. Стереотипи, пов'язані з потягом. Вони коригують загальне уявлення про зовнішність чоловіків і жінок відповідно до критеріїв непривабливою привабливості. У той же час жінки вважаються привабливими, якщо вони слабкі і тендітні, в той час як чоловіки сильні і спортивні [16].

Перераховані групи стереотипів взаємопов'язані, доповнюють один одного, міцно закріплені в масовій свідомості і практично не реалізуються. Останнє наближає їх до всіляких необґрунтованих суджень. Як зазначає Альберт Елліс (автор концепції раціональної терапії емоцій), люди мовчазно вірять у ці судження, тому, якщо вони не будуть схвалені в конкретній ситуації, вони можуть мати різні негативні наслідки.

У той же час у стереотипів є позитивна сторона: вони надають свого роду соціальну інформацію. Це допомагає створювати та підтримувати позитивну самооцінку та імідж-ми; групова ідеологія (Г. Теджфел) [21].

Загалом науковці виділяють дві групи гендерних стереотипів, які сприяють збереженню гендерної нерівності на ринку праці:

1. Стереотипи становища, які притаманні роботодавцям і проявляються в тому, що вони оцінюють жінок як менш корисну робочу силу внаслідок поєднання останніми трудової діяльності із сімейними обов'язками. Загалом, роботодавці до «небажаних» працівників схильні відносити такі три категорії жінок: бездітні жінки у перші роки шлюбу; самотні матері; розлучені жінки з двома чи більше дітьми. Саме їм частіше за все відмовляють у працевлаштуванні, не повідомляючи при цьому справжньої причини відмови, адже роботодавці розуміють, що порушують антидискримінаційне законодавство. Однак небажання втратити кошти через такі обставини, як тимчасова відсутність жінки у зв'язку з вагітністю, відпусткою для догляду за дитиною до досягнення нею 3-річного віку, хворобою дитини, правом жінки на неповний робочий день, виявляється сильнішим, ніж страх порушити закон. Унаслідок зазначених обставин роботодавці віддають перевагу при працевлаштуванні чоловікам. Винятком із такої завуальованої практики дискримінації можуть стати лише ті жінки, які є «привабливими» для роботодавця своїм досвідом, професійними вміннями і навичками [21].

2. Стереотип поведінки, властивий працівникам, тобто жінкам, менш затребуваний на ринку праці, ніж чоловікам, і конкуренція з ними створює додаткові труднощі, а згідно з іншими принципами, вони вибирають вид діяльності, який не є авторитетним для чоловіків. Ось як гендерні стереотипи перетворюються на самореалізаційні пророцтва, тобто як програмується поведінка людей, які їх поділяють. Іншими словами, згідно з гендерними стереотипами, якщо чоловік повинен керувати, заробляти більше грошей і т.д. то жінка не може претендувати на своє місце. І більшість з них ще не прикидаються і демонструють зовнішню придатність. Тільки жінки, чия свідомість вільна від стереотипів або абсолютно впевнена у своєму рівні професіоналізму, йдуть на ризик і створюють конкуренцію чоловікам [21].

Стереотип про те, що "справжня жінка не прагне до кар'єри", є універсальним, і жінкам чітко розподіляються ролі і посади, які замінюють їм непрестижну і низькооплачувану роботу. Цей стереотип має прихований сенс - "справжня жінка прагне мати сім'ю і дітей" [26].

Таким чином, акцент робиться на репродуктивній функції жінки і її головному призначенні - сімейного життя, вихованні дітей. Таким чином, закріплюється вторинний і підлеглий статус жінок, а їх соціальна активність обмежується. При цьому ніхто не бере до уваги власні бажання жінки, її вибір, здібності і професію. І насправді в цьому немає нічого поганого, але нормативний тиск цього стереотипу полягає в праві вибору у дівчат і жінок не тільки в сім'ї, але і на роботі і, отже, в цьому стереотипі. Найбільший і прихований недолік стереотипів полягає в тому, що він підштовхує жінок до якісного прийняття рішень, головним чином щодо кар'єри.

Наступний стереотип, "кар'єра - доля самотньої жінки", є логічним продовженням попереднього стереотипу. Його прихований сенс звучить як попередження жінці: якщо вона вибирає кар'єру, а не сім'ю, вона приречена на самотність. І хоча в житті багато прикладів, коли у професійно успішної жінки благополучна сім'я, про це мало хто говорить або пише.

Один і той же стереотип виглядає так - "сім'я і кар'єра несумісні". Протиставлення сім'ї і кар'єри ставить багатьох дівчат і жінок в стан особистого внутрішнього конфлікту: якщо рівень їх здібностей і прагнень спонукає їх будувати кар'єру, то соціальні інструкції і очікування, засновані на цьому стереотипі, пригнічують їх і обмежують свою соціальну активність. Не кожна жінка може встояти перед такою ситуацією, особливо якщо вона вихована в дусі традиційного завоювання. Відділ соціальної спеціалізації інституту соціології національної академії наук України вивчає громадську думку про гендерні стереотипи і про те, що заважає чоловікам і жінкам підніматися по кар'єрних сходах, відзначаючи в звіті, що представники чоловіків і жінок вважають

основною причиною цього недолік професіоналізму, тобто, відсутність досвіду і недостатніх знань у відповідній галузі. Тобто, після непрофесіоналізму, якщо чоловікові найбільше заважає недостатній рівень освіти, то жінці заважає мати сім'ю і дітей [30].

Цікаво, що, на думку українців, наявність сім'ї та дітей насправді не вважається перешкодою для чоловіків у професійній діяльності, але ще однією вказаною перешкодою для кар'єри жінки є перебування у декретній відпустці. Українське законодавство надає це право як чоловікам, так і жінкам, бабусям і дідусям та іншим близьким родичам, але в громадській думці важливо, як цей неписаний закон ставиться до жінок. Жінкам відведена приватна сімейна сфера життя, а чоловікам - громадська професія. У той же час представники обох статей визнають, що ще однією причиною, що перешкоджає кар'єрному зростанню жінок, є упередженість керівництва щодо висунення кандидатів на керівні посади. Як згадувалося вище, ця упередженість є результатом стереотипного мислення та недооцінки здібностей жінок. Виходячи з цього, чоловіки вважають, що в конкурентній боротьбі колеги-жінки рідше загрожують їм, ніж їхні колеги-чоловіки.

Наступний стереотип - "у бізнесу не жіноче обличчя" - накладає обмеження на доступ жінок до матеріальних ресурсів. Аналізуючи український ринок праці та різні рівні бізнесу, можна легко помітити таку закономірність. У великих компаніях, де зосереджені значні фінансові ресурси, практично немає жінок. Це приносить свої вигоди. І це контролюється чоловіками. За даними Міжнародної Фінансової Корпорації (IFC), лише 6% жінок-бізнесменів керують великими компаніями в Україні [21].

Стереотип про те, що "жінки недостатньо амбітні", стосується уявлень про їхні лідерські якості та пояснює, чому вони не можуть бути лідерами. Однією з головних причин існування цього стереотипу можна вважати усталене уявлення про норми поведінки жінок і чоловіків. Виходячи з цього, важко зрозуміти, як

турботлива, ніжна і уважна дружина і мати може стати міцним, раціональним і ефективним керівником на робочому місці. Образ заміжньої матері повністю заперечує образ жінки-лідера, а саме лідерство продовжує вважатися чоловічою роллю. Тому, щоб отримати всілякі керівні посади, жінки повинні спочатку нейтралізувати упередження проти себе, демонструючи вищі здібності порівняно з чоловіками [20].

Результати численних емпіричних досліджень гендерних характеристик лідерства доводять, що жінки-лідери не відрізняються від лідерів-чоловіків ні стилем керівництва, ні ефективністю своєї діяльності, і що в мотивації і прагненні до лідерства жінки не тільки поступаються чоловікам, але і поступаються їм в цих аспектах. Вона опинилася попереду планети всієї [30].

Виходячи з цього, ми можемо зробити висновок, що жінки потенційно можуть стати чудовими лідерами, але гендерні стереотипи є для них перешкодою, і в результаті вони можуть об'єктивно дійти висновку, що вони мають менше влади, впливу та ресурсів.

Термін "сексизм" з'явився в 60-х роках двадцятого століття, завдяки феміністичному руху в США. У той час учасниці жіночого руху проаналізували соціальний статус жінок, принижених, недооцінених і пригноблених жінок, виявивши безліч забобонів і стереотипів. І, як і зараз, ця практика ігнорування їх була результатом спільної патріархальної ідеології. Сьогодні деякі дослідники вважають, що "сексизм" є формою сексизму, тоді як інші трактують його як синонім поняття "сексизм", але в обох випадках його значення залишається незмінним, доводячи, що одна стать переважає над іншою. "Словник гендерних термінів" (З.Шевченко), сексизм (від латинського слова *sexus* — гендер) - це упереджене ставлення, дискримінація людини за ознакою статі або гендерної ідентичності. У гендерній психології гендерна дискримінація базується на ставленнях та переконаннях, коли жінка (або чоловік) помилково приписує певну рису характеру або заперечує її існування.

Дискримінація за ознакою статі заснована на забобонах щодо певної статі, створюваних негативними соціальними установками зі спотвореним змістом, в результаті чого виникає негативне сприйняття представників цієї статі.

Гендерні упередження, як і інші соціальні установки, включають в свою структуру три елементи. 1) когнітивні (необґрунтовані судження про здібності і можливості досягти успіху в тому чи іншому вигляді професії, які проявляються через систему упереджених суджень про чоловіків і жінок); 2) емоційні (що виражаються в неприйнятті, приниженні, недооцінці представників певної статі, що призводять до цілого спектру негативних емоцій і почуття, включаючи огиду, а в крайніх випадках і ненависть до них); 3) поведінкові (проявляється негативний вербальний настрій, поведінка, дискримінація, сексуальні домагання, насильство).

Сексизм - не єдиний прояв сексизму в даній спеціальності. Інші його симптоми включають гендерні та сексуальні домагання та насильство.

Домагання в широкому розумінні - це "форма дискримінації, небажаної поведінки, пов'язаної з релігією або переконаннями, інвалідністю, віком, ознаками сексуальної орієнтації, расовим або етнічним походженням, що переслідує мету або діє в результаті приниження гідності даної особи або створення атмосфери залякування, ворожості, розпуста, приниження або образа" [2].

Гендерно-рольовий конфлікт - це внутрішні протиріччя особистості, або різні прояви протиріч у взаємодії особистості з іншими людьми і суспільством, в основі яких лежать розбіжності, нестиковки в її рольовій поведінці, обумовлені гендерними особливостями [30].

У процесі формування кар'єри співробітники можуть стикатися з конфліктами між своєю гендерною ідентичністю, усвідомленням себе як жінки або чоловіка і обраною професією, статусом, корпоративною культурою організації, стилем взаємодії всередині організації, виконанням певних

професійних завдань і лежачими в їх основі вимогами і очікуваннями про близьке оточення, сім'ю, друзів і суспільство в цілому. Часто гендерно-рольові конфлікти виникають через невідповідність соціальних стереотипів про гендерні ролі реальним потребам, бажанням конкретної людини і особливостям його гендерної ідентичності. Виникнення гендерно-рольових конфліктів визначає не тільки внутрішні конфлікти, а й міжособистісні конфлікти між окремими людьми і групами. Ми говоримо про професійні взаємодії, або взаємодії на роботі, або в сім'ї. Ситуація переживання гендерних і рольових конфліктів стає психологічним бар'єром на шляху реалізації людиною власної кар'єри.

Колись давним-давно наркотики вважалися прерогативою виключно представників сильної статі. Чоловіки ретельно оберігали свої прерогативи, тому жінкам, зрозуміло, категорично заборонялося займатися лікуванням, за винятком акушерства. І ось одного разу в афінську школу Герофіла прийшов молодий чоловік, який хотів оволодіти мистецтвом лікування. Коли прийшов час застосувати свої знання на практиці, він відправився в будинок, де лежала хвора жінка. Але поважна Афінська жінка відмовилася роздягатися перед незнайомим чоловіком. Тоді доктор зняв з себе одяг, і виявилось, що він... Молода афінянка на ім'я Агнодіс, щоб оволодіти медичними технологіями, не тільки носила Чоловічий одяг, але і підстригала своє розкішне волосся, що було неприйнятно в той час, і її пацієнти швидко одужували і не зберігали таємницю її рятівника. Лікар подав скаргу на шахрайку, але всі жінки міста заступилися за Агнодіку. Судді довелося поступитися і відкрити жінці шлях до наркотику [15].

Ще з часів Великого князівства Київського відоме ім'я жінки, яка займалася благодійністю та лікуванням хворих. З історії відомо, що дочка чернігівського князя Мстислава, внучка високоосвіченого Володимира Мономаха, Євпраксязою написала трактат "Арима", що в перекладі означає "мазь". Це перший медичний твір, створений жінкою Київської Русі. Його зміст свідчить про те, що ця жінка добре розбиралася в медичних питаннях і мала

власний досвід лікування пацієнтів за допомогою засобів народної медицини. У народі воно називалося "Добродія". В даний час копія "Алімми" зберігається у флорентійській бібліотеці Лоренцо Медічі. Текст дисертації дійшов до нас в неповному вигляді. Вона складається з 29 розділів і структурно розділена на 5 частин. Отже, наша співвітчизниця Євпраксія-Зоя-перша в світі відома жінка-лікар і жінка-вчений. Крім того, вона написала перший великий збірник з фітотерапії — перші відомі медичні праці в Київській Русі.

Жінки вступили в офіційну медицину лише в 19 столітті, медсестра зробила перший крок у цьому напрямку. Всесвітньо відомій засновниці сестринської справи Флоренс Найтінгейл, яка виросла в сімейних традиціях британської аристократії, одного разу наснилося, що Бог закликав її служити людям, тому вона пішла служити у військовий госпіталь. Флоренс не загрозували антисанітарні умови, в яких перебували поранені. Крізь призму часу ми бачимо результати її діяльності: тисячі жінок з усього світу стали послідовницями відважних британок [14].

А першою жінкою, яка змогла відкрито отримати медичну ступінь, називають британку Елізабет Блеквелл (1821-1910). Вона здобула освіту в США, і умови вступу до медичного університету штату Нью-Йорк були просто принизливими: жодному зі 150 студентів не потрібно було заперечувати. Кажуть, що студенти думали, що їх розігрують, і одноголосно проголосували "за". Під час навчання були випадки, коли вони намагалися захистити її "ніжну" жіночу психіку від потрясінь, наприклад, попросили Елізабет залишити лекцію про репродукцію. Вважалося, що подібний натуралізм може довести жінок до істерики. Тим не менше, в 1849 році Елізабет закінчила школу і спробувала практикувати, але через забобони пацієнтів було мало.

У Києві основоположником вищої медичної освіти для жінок був доктор Андрій Йосипович Карницький, приват-доцент кафедри дитячих хвороб, який в 1905 році отримав дозвіл на відкриття курсу медицини і педагогіки "мати і

дитя". З цією метою на території Олександрівської лікарні було виділено місце для анатомічного театру з відділеннями нормальної, оперативної хірургії, гістології, патологічної анатомії та загальної патології. Перший випуск лікарів відбувся в 1912 році, а середній вік випускників становив 24-39 років [30].

Протягом деякого часу дипломи про медичну освіту для чоловіків і жінок не були рівними, і жінки з меншою ймовірністю могли бути прийняті до державних установ. Лікарям пропонували роботу в земстві або приватних педіатричних та гінекологічних кабінетах. Поступово ситуація змінилася.

Протягом 20-го століття жінки отримали право повноцінно займатися медичною практикою, і з'явилася плеяда чудових фахівців лікарів [22].

У відповідь на запит Національна служба охорони здоров'я України повідомила, що в країні налічується близько 24 000 лікарів первинної ланки, тобто педіатрів, терапевтів і сімейних лікарів, трохи більше 4000 чоловіків і майже 20 000 жінок. Але всередині керівництва установ такого рівня вони розподілені майже порівну - 1115 жінок проти 917 чоловіків.

У другому шарі, тобто між вузькими спеціалістами та лікарнями, різниця не така помітна. Тут працює майже 96 000 чоловік, з них 37 000 чоловіків і 59 000 жінок. Чоловіків на керівних посадах значно більше, ніж жінок - 1458 і 925 відповідно. Але серед середнього та молодшого медичного персоналу жінки становлять абсолютну більшість - 152 000 чоловік, близько 5000 чоловіків і майже 147 000 жінок.

У медицині працює більше жінок, ніж чоловіків, але їх заробітна плата нижча. Вони в меншій мірі представлені на адміністративних посадах і в хірургічних відділеннях, де найчастіше відбуваються неформальні виплати. Ситуація аналогічна ситуації в сфері освіти, де більшість складають жінки. Але в міру того, як ми просуваємося вгору по адміністративній вертикалі, їх кількість зменшується.

Медицина в Україні також хронічно недофінансована. Витрати знаходяться в межах 2-3% ВВП, 5% передбачено в пакеті законів про реформу охорони здоров'я, а в попередніх законодавчих актах - 10%. За деякими винятками, такими як кардіохірургія, ми значно відстаємо від країн ЄС. Станом на 2018 рік в Україні рівень дитячої смертності, який є одним з основних показників доступності та якості медицини, становив 1 особа на 1000 населення, 9 осіб. У Польщі, Німеччині, Франції та Нідерландах цей показник становить 4 особи. Але загальна вартість медичного обслуговування на душу населення там також висока, іноді в 10 разів. У той же час в Грузії і Молдові, як і в нашій країні, на 1 людину в рік витрачається 500-600 євро, але рівень дитячої смертності становить 10 і 16 відповідно. У Казахстані, Еквадорі та Аргентині, де витрати в 2 рази вище, цей показник також дорівнює 10. А в Азербайджані та Алжирі, де витрати становлять близько 1000 ієн, реєструється 1000 смертей на 22 і 24 дитини відповідно. Звичайно, ситуація може погіршитися, але при виборі європейського вектору ми будемо орієнтуватися на кращі приклади, які неможливо досягти без збільшення фінансування.

І цього не відбувається, але жінки, які працюють лікарями, вибирають різні життєві стратегії. Хтось поїхав за кордон, хтось зайнявся приватною медициною, а хтось вирішив боротися за гідну зарплату і умови праці в державному секторі.

2.3 Поєднання сфер сім'ї та кар'єри у житті жінки-лікаря

Невід'ємною частиною сучасного демократичного світогляду вважається повага принципів справедливості гендерних поглядів і поглядів, рівного і рівного громадянського гідності всіх, незалежно від статі. Прагнення до гендерного балансу демонструється не тільки прийняттям законодавчих актів, а й практикою повсякденних відносин у багатьох розвинених країнах Європи. Скандинавські країни стали всіма іншими класичними моделями, що

закликають до реальних змін в суспільстві в бік гендерної рівності. Чи буде українська держава і суспільство домагатися таких змін - питання без чіткої відповіді. На перший погляд, щороку відбувається багато "перемог" і "зрад" 1, і кожен може на свій розсуд вирішити, чи змінюється гендерна культура і ставлення суспільства з року в рік відповідно до позитивних або негативних критеріїв оцінки. Те, що не знаходиться на поверхні і залишається невидимим, поки дослідники не почнуть запитувати, вимірювати та порівнювати, - це динаміка цінностей та відносин декомунізації між чоловіками та жінками щодо гендерно-чутливих аспектів політики, економіки, освіти та праці [30].

Традиційні вівторкові ідеї та норми, глибоко вкорінені в центральній культурі, що відтворюється протягом століть, не дають схвалення та підтримки кар'єрним прагненням жінок, перевага на боці чоловіків. В першу чергу мова йде про сферу зайнятості, можливості професійної самореалізації в різних формах. Серед них чільне місце займає кар'єрне зростання відповідно до бюрократичними, професійними, підприємницькими або економічними кроками успіху. декомунізація. Робота жінок також повинна бути сумісною з веденням домашнього господарства, приготуванням їжі, прибиранням, материнством та вихованням дітей, що в сукупності значно ускладнює реалізацію їхніх кар'єрних амбіцій. У традиційному патріархальному суспільстві чільне місце в списку якостей справжньої працюючої дружини може займати готовність допомагати і створювати оптимальні умови для успішного кар'єрного росту чоловіка, а не годувати і самореалізовуватися [13].

З формуванням теоретико-методологічних аспектів гендеру в психології в останні десятиліття минулого століття систематично проводяться опитування про участь чоловіків і жінок в різних сферах діяльності, їх участі в політиці і ситуації на ринку праці. Вони відстежують напрямок цінностей і динаміку вираження гендерних стереотипів. За словами дослідників, вони створюють конкретні питання і формулювання, які можуть декомунізувати поширеність

гендерних поглядів серед різних категорій населення і спостерігати, як вони змінюються з часом.

"Ділова жінка" - явище нове і звичне в сучасному суспільстві. Більшість думок базується на концепції, згідно з якою жінки є охоронцями домашнього вогнища в сім'ї, але тепер жінки - це не просто хранителі, це роль тих, хто працює в сфері кар'єри. Згідно з деякими джерелами, слов'янські країни займають лідируючі позиції в світі за часткою жінок-лідерів бізнесу. Мета дослідження - жінки в сучасному суспільстві, а предметна частина - зрозуміти важливість сім'ї та кар'єри в житті сучасних жінок. Парадокс цієї ситуації полягає в тому, що, з одного боку, жінки завжди мають однакове значення. Це проявилось в оновленні та вихованні поколінь, які часто є важливою частиною соціальної діяльності чоловіків і жінок. Водночас, з одного боку, роль жінок у суспільстві не така, як у чоловіків. Підлегле становище жінки простежується в багатьох релігійних навчаннях. Крім того, у працях стародавніх філософів ми часто знаходимо дуже сексистський погляд на жінок як на "нижчих істот". На жаль, ця тенденція простежується навіть у сучасному суспільстві: найвищі керівні посади, найвищі звання, як правило, займають чоловіки [30].

Але в тому ж сучасному суспільстві ми також можемо зіткнутися з боротьбою за права чоловіків. Представники мужності прагнуть викоринити дискримінацію щодо чоловіків і рівні права з жінками. Бінарна гендерна система також має сильний вплив. Наприклад, у більшості жінок подвійне почуття - вони хочуть і сім'ю, і кар'єру, система очікує народження дитини, але ринок праці відкритий. Але є такі явища, як скляні стіни і стелі для жінок. Зміни в інституті сім'ї та різні економічні умови мають достатній вплив на життєву стратегію жінок. Відбуваються зміни, змінюються стандарти і інтереси, вони визначають рівень соціальних досягнень людини в суспільстві і призводять до побудови особистих шляхів, по яких сучасні жінки стикаються з важким

вибором: кар'єрне зростання і ділова активність, незалежність або створення сім'ї, увага до повсякденного життя і виховання дітей.

Як відомо, професійна діяльність - це одна зі сфер соціалізації особистості.¹ У цій сфері людині надається можливість розкрити і проявити свої таланти, особисті та професійні якості. Кар'єра має захоплююче значення для людини в його професійній діяльності. Крім того, в деяких пострадянських країнах жінки складають близько 55% від загального числа працюючих, і, як правило, це пов'язано з наявністю значної конкуренції з чоловіками за фахом. В даний час ми можемо спостерігати активну трансформацію сімейної системи і зростання активної конкуренції між чоловіками і жінками за право увійти в структуру влади. Враховуючи декомунізацію, сучасні жінки змушені вибирати між кар'єрним зростанням і особистим життям з широким спектром контактів або створенням сім'ї, вихованням дітей і встановленням способу життя. В результаті цього вибору багато жінок вибирають кар'єру, а народження дітей і створення сім'ї відкладається до похилого віку. На жаль, у суспільстві жінок, які обирають кар'єру, а не сім'ю, часто засуджують не лише чоловіки, а й жінки. 2/3 чоловіків і 50% жінок погодилися з "призначенням природної жінки". Отже, жінку називають домогосподаркою і берегинею сімейного тепла. 51% чоловіків і 37% жінок вважають, що робота жінок негативно впливає на виховання дітей. 50% чоловіків і 25% жінок звинувачують жінок, які працюють тільки заради своєї кар'єри.

У цій роботі ми викладаємо стратегії об'єднання кар'єри і сім'ї. Існують різні стратегії досягнення балансу декомунізації між сім'єю та кар'єрою. Наприклад, "механізація повсякденного життя", при якій жінки виконують значну частину домашньої роботи за допомогою технологій. Крім того, возз'єднання кар'єри і сім'ї забезпечується рівним розподілом часу. Постарайся відсунути провину на задній план. Багато жінок відчувають себе винними в тому, що проводять менше часу зі своїми сім'ями, щоб передати роботу по дому

механізаторам і найманим працівникам. Важливо пам'ятати, що важливо не кількість часу, проведеного з сім'єю, а якість проведеного часу. Те саме стосується домашніх справ. Сьогодні жінки не можуть обмежитися 1 соціальною роллю. Життя набагато ширше і багатогранніше, ніж дитячі проблеми і побудова кар'єри. Сучасні жінки прагнуть поєднувати і виконувати соціальні ролі, які важливі для них насамперед [13].

Упереджене ставлення жінок до можливостей працювати і робити кар'єру не стало несподіванкою це легко пояснити дуже поширеним у суспільстві переконанням, що всі жінки - це в першу чергу матері, люди, у яких є діти для соціальної самореалізації і які повинні піклуватися про них в першу чергу. Решта соціальної ролі використовується для того, щоб вважатися другорядною декомунізованою та неповноцінною, тому за певних обставин її можна ігнорувати.

Фраза "зробити кар'єру" зазвичай відноситься до поступового прогресу в кілька етапів: формальний, професійний, фінансовий. Більшість професійних професій в сучасному суспільстві зазвичай організовані ієрархічно в рамках великих бюрократичних організацій, і можливості кар'єрного зростання є невід'ємною частиною професійної діяльності. Перш за все, ми відзначаємо, що структурована кар'єра, яка називається послідовним набором пов'язаних посад, які одночасно складають ієрархію доходів і соціального престижу, є типовою в першу чергу для працівників знань. Професія вимагає відповідного рівня вищої освіти. Підприємницьку діяльність також можна трактувати як кар'єру, але, звичайно, не як рух у межах певної формальної ієрархії, а як посилення управління матеріальними, людськими та фінансовими ресурсами, що передбачає значну кількість знань у сучасному суспільстві. Успішна кар'єра вимагає, перш за все, хорошої освіти, але його отримання не гарантується, а дозволяє вам займати такий статус зайнятості. Це може бути перша ланка або компонент довгого ланцюга руху каретки.

3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНОГО СТАВЛЕННЯ ЖІНОК-ЛІКАРІВ ДО ПОЄДНАННЯ СІМ'Ї ТА КАР'ЄРИ

3.1. Організація емпіричного дослідження соціально-психологічних чинників ефективної професійної діяльності жінки-лікаря

Нами було проведено дослідження згідно теми нашої роботи, а саме дослідити ставлення до поєднання кар'єри та сім'ї особистості в організації як умови ефективної професійної діяльності жінки-лікаря.

Мета дослідження проаналізувати ставлення особистості до поєднання кар'єри та сім'ї в умовах ефективності роботи.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати вітчизняну та зарубіжну літературу по темі дослідження.
2. Визначити установки, поведінку і відносини особистості до кар'єри.
3. Визначити установки, поведінку і відносини особистості до власної сім'ї.
4. Дати рекомендації щодо покращення поєднання даних сфер життя.

В якості респондентів дослідження виступили жінки-медикині (65 осіб), які працюють в харківських лікарнях, згідно з завданнями дослідження було обрано жінок, які працюють та мають сім'ю. Дослідження відбувалося за допомогою гугл-опитування в режимі онлайн, за попередньою домовленістю з респондантами.

Методики дослідження:

- 1) Методика ДОРС – диференційована оцінка станів зниженої працездатності.

Методика є модифікованою версією німецького тесту BMSII Пласа і Ріхтера, використовуваного для оцінки ступеня тяжкості праці в різних видах професійної діяльності. Відповіді піддослідних оцінюються за допомогою

чотирибальною шкалою, що виділяють чотири ступеня вираженості симптомів наступних психічних станів:

- монотонія;
- психічне пересичення;
- напруженість / стрес;
- стомлення.

2) Тест-опитувальник задоволеності шлюбом (ОУБ), розроблений В. В. Сталіним, Т. Л. Романової, Г. П. Бутенко.

Тест призначений для експрес-діагностики ступеня задоволеності-незадоволеності шлюбом, а також ступеня узгодження-неузгодженості задоволеності шлюбом у тієї або іншої соціальної групи. Опитувальник є одновимірну шкалу, що складається з 24 тверджень, що відносяться до різних сфер: сприйняття себе і партнера, думки, оцінки, установки і т.д.

3) Методика «Якорі кар'єри»

Представлений тест Шейна «Якорі кар'єри» є методику, спрямовану на визначення системи цінностей людини в його професійній діяльності. Говорячи простими словами - то, на що людина орієнтована при побудові своєї кар'єри. Даний тест здатний визначити наступні орієнтації:

- Професійна компетентність (бути майстром своєї справи);
- Менеджмент (управління різними напрямками організації);
- Автономія-незалежність (свобода у виборі діяльності, стилю і т.п.);
- Стабільність (безпека і впевненість у майбутньому);
- Служіння (прагнення допомагати людям, робити світ кращим);
- Виклик (змагання, конкуренція, націленість на перемогу);
- Інтеграція стилів життя (збалансованість всіх сфер життя);
- Підприємництво (не бажання працювати на когось, прагнення до створення чогось нового самостійно).

3.2 Аналіз і інтерпретація отриманих даних

Згідно отриманих результатів за допомогою методики Якорі кар'єри, ми виявили, що такі шкали як: автономія, стабільність місця роботи та служіння у порівнянні з іншими мають вищі показники. Це може свідчити про те, що опитувані нами жінки більш схильні до звільнення від організаційних правил, приписів і обмежень, виражена потреба все робити по-своєму: самому вирішувати, коли, над чим і скільки працювати. Відсутність бажання підкорятися правилам організації (робоче місце, час, формений одяг).

Таблиця 3.1 – Результати методики «Якорі кар'єри»

Шкали	Сер. Арифметичне та похибка($\bar{X}\pm\sigma$)	r-критерій Спірмана	P
Професійна компетентність	5,55±1,64	-0.205	>0,05
Менеджмент	6,60±1,47	-0.193	>0,05
Автономія	7,20±1,24	-0.031	>0,05
Стабільність місця роботи	7,15±1,35	-0.097	>0,05
Стабільність місця проживання	4,15±2,06	0.215	>0,05
Служіння	7,35±1,63	-0.177	>0,05
Виклик	6,25±1,68	-0.305	>0,05
Інтеграція стилів життя	6,80±0,95	0.36	>0,05
Підприємництво	5,50±1,76	-0.183	>0,05

Високі показники по графі стабільності вказують на те, що, вірогідно, особи мають на увазі пошук роботи в такій організації, яка забезпечує певний термін служби, має хорошу репутацію (не звільняти робітників), піклується про своїх працівників після звільнення і платить великі пенсії, виглядає більш надійною в своїй галузі. Людина з такою орієнтацією - його часто називають «людиною організації» - відповідальність за управління кар'єрою перекладає на

наймача. Він буде здійснювати будь-які географічні пересування, якщо того зажадає компанія.

Високі показники по графі служіння вказують на те, що, вірогідно основними особи є «робота з людьми», «служіння людству», «допомога людям», «бажання зробити світ кращим» і т. Д. Людина з такою орієнтацією має можливість продовжувати працювати в цьому напрямку, навіть якщо йому доведеться змінити місце роботи. Він не буде працювати в організації, яка ворожа його цілям і цінностям, і відмовиться від просування або переведення на іншу роботу, якщо це не дозволить йому реалізувати головні цінності життя.

Використаний нами г-критерій Спірмана не показав наявності взаємозв'язку між кар'єрними орієнтаціями та рівнем сімейного благополуччя.

Таблиця 3.2 – Результати методики «ДОРС»

Шкала	Сер. Арифметичне та похибка ($\bar{X} \pm \sigma$)	г-критерій Спірмана	Р
Стомлення	21,70±3,47	0.123	>0,05
Монотонія	20,30±3,80	-0.15	>0,05
Пересичення	19,80±6,03	0.118	>0,05
Стрес	22,10±5,73	-0.492	>0.01

Згідно отриманих результатів за допомогою методики ДОРС, ми виявили, що такі показники як: стомлення, монотонія, пересичення та стрес знаходяться на помірному рівні. Це означає, що опитані жінки, які заняті в кар'єрі, мають енергетичний ресурс для продовження роботи. Однак слід відмітити, що показник стресу у порівнянні з іншими показниками є більшим. Виходячи з цього можна висунути припущення, що незабаром він може підвищитися.

Використаний нами г-критерій Спірмана показав, що є певний взаємозв'язок між стресом на роботі та рівнем сімейного благополуччя.

Згідно отриманих результатів за допомогою методики ДОРС, ми виявили, що приблизно 30% опитаних жінок мають перехідний тип задоволеності своїм шлюбом. Це означає, що у даному шлюбі можуть простежуватися якісь спірні моменти, конфлікти та кризові ситуації. Слід звернути увагу, що на такі показники могли вплинути події пов'язані з військовим станом в Україні.

Таблиця 3.3 – Результати методики «ОУБ»

Шкала	К-ть	%
Абсолютно неблагополучні	1	5%
Неблагополучні	1	5%
Скоріш за все неблагополучні	2	10%
Перехідні	6	30%
Скоріш благополучні	5	25%
Благополучні	4	20%
Абсолютно благополучні	1	5%

За допомогою математично статистичної обробки даних ми отримали, що такі шкали, як: я, колеги, друзі та моє нинішнє мають негативну кореляцію, тобто при зростанні значень однієї з перемінної значення іншої зменшуються. Значущих відмінностей згідно розрахунків не спостерігається, крім шкали «робота», можна припустити, що є незначні зміни, зв'язок.

Результати дослідження показали, що ставлення жінок до таких категорій, як: моє майбутнє, я, моє нинішнє, моя робота та сім'я знаходяться на позиції більш актуального значення для жінок. Шкали: друзі, нинішнє та минуле знаходяться у позиції середньої важливості.

3.3 Рекомендації щодо поєднання сім'ї та кар'єри жінки-лікаря

1) Розподіл часу: як довго і коли ви перебуваєте на роботі, коли все відкладається і Вам потрібно провести час з дітьми та родиною. У робочий час виконуйте домашні справи та проводьте час зі своєю родиною. Встановіть часові рамки для своєї роботи та зосередьте свою енергію на цей час. Дуже важливо мати деякі обмеження по робочому часу, інакше ситуація може вийти з-під контролю.

2) Не залишайте свій робочий ноутбук і телефон на роботі або, в крайньому випадку, беріть їх з собою на вихідні.

3) Виробіть сімейні звички та програми. Щоб ефективно жонглювати роботою та сімейним життям, потрібен час, і цей час слід витратити на вироблення позитивних повсякденних звичок.

4) Забронюйте відпустку. Відмінний спосіб поєднати роботу і сімейне життя - забронювати відпустку. Забронювавши відпустку, ви можете виділити час для себе та своєї родини. Кращий варіант-спланувати відпустку всією сім'єю, що ви будете робити, куди підете разом і т.д. важливо регулярно брати відпустку і проводити цей час зі своєю сім'єю і друзями. Це не тільки зблизить ваші сімейні стосунки, але і дозволить вам відновити сили.

5) Починайте роботу раніше. Чудовий спосіб створити більш здоровий баланс між роботою та сім'єю - це розпочати роботу рано вранці. Якщо ви почнете працювати рано вранці, то ввечері у вас залишиться час для сім'ї.

6) Створіть для себе мережу надійних людей, яким ви можете довіряти, ви можете час від часу піклуватися про своїх дітей.

7) Намагайтеся знаходити час, щоб побути наодинці з другою половиною.

8) Довіряйте собі. Якщо навколо вас є підтримка, використовуйте її. Делегуйте роботу колегам, які добре підготовлені для виконання певних завдань. Коли ви допомагаєте іншим досягти ваших цілей, віддача та ефективність вашої роботи значно зростають. Крім того, делегування зменшує як тимчасове, так і енергетичне навантаження та підвищує загальну продуктивність.

9) Знаходьте час для себе. Робота та сім'я дуже важливі, але для того, щоб досягти успіху в обох напрямках, можливо, вам доведеться подбати про себе. Чи не розпоршуються занадто сильно кожен день, краще виділяти час на відпочинок і підзарядку протягом тижня.

10) Керуйте своєю енергією. Керувати своєю енергією так само важливо, як і своїм часом.

ВИСНОВКИ

Згідно проведеного нами дослідження по даній темі, ми можемо зробити такі висновки, що опитувані нами жінки, у більшості випадків, більш схильні до звільнення від організаційних правил, приписів і обмежень, виражена потреба все робити по-своєму: самому вирішувати, коли, над чим і скільки працювати. Відсутність бажання підкорятися правилам організації (робоче місце, час, формений одяг). Відсутність бажання підкорятися правилам організації (робоче місце, час, формений одяг). Опитані нами жінки, вірогідно, мають схильність до пошуку роботи в такій організації, яка забезпечує певний термін служби, має хорошу репутацію (не звільняти робітників), піклується про своїх працівників після звільнення і платить великі пенсії, виглядає більш надійною в своїй галузі.

У опитаних нами жінок просліджується, що такі показники як: стомлення, монотонія, пересичення та стрес знаходяться на помірному рівні. Що означає, що опитані жінки, які заняті в кар'єрі, потребують певної перерви задля ефективного продовження своєї роботи. Однак слід відмітити, що показник стресу має більші результати у порівнянні з іншими показниками. Виходячи з цього можна висунути припущення, що незабаром, при продовженні виконання діяльності у незмінному темпі він може підвищитися.

Результати по категорії задоволеності своїм шлюбом показали, що приблизно 30% опитаних жінок мають перехідний тип задоволеності своїм шлюбом. Це означає, що у даному шлюбі можуть простежуватися якісь спірні моменти, конфлікти та кризові ситуації. Слід звернути увагу, що на такі показники могли вплинути події пов'язані з карантинними заходами.

Методика «ЦТО» показала нам, що ставлення жінок до таких категорій як: моє майбутнє, я, моє нинішнє, моя робота та сім'я знаходяться на позиції більш

актуального значення для жінок. Шкали: друзі, нинішнє та минуле знаходяться у позиції середньої важливості.

У цілому у проведеному нами дослідженні використаний нами r -критерій Спірмана не показав наявності взаємозв'язку між кар'єрними показниками та рівнем сімейного благополуччя. Проте r -критерій Спірмана виявив, що є певний взаємозв'язок між стресом на роботі та рівнем сімейного благополуччя. Тобто, в цілому, жінки можуть поєднувати роботу та родину, проте, як виявилось більшість все ж мають досить спірні моменти у даному випадку.

На результати дослідження могли вплинути такі фактори, як: наявність конфліктної ситуації у сфері кар'єри та сім'ї, події пов'язані з військовим станом в Україні, вікова категорія опитаних жінок, особливості місця роботи, специфіка відносин у родині та на роботі, ціннісні орієнтації.

СПИСОК ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Бега М. І. Вплив гендерних стереотипів на чоловічі та жіночі ролі в сучасній сім'ї. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. 2008. Вип. 89. С. 6–9.
2. Богдан Ж. Б. Особливості лідерських якостей дівчат з повних та неповних родин. *Проблеми та перспективи формування національної гуманітарно-технічної еліти* : зб. наук. пр. / ред. Л. Л. ТОВАЖНЯНСЬКИЙ, О. Г. РОМАНОВСЬКИЙ. Харків : НТУ "ХП", 2015. Вип. 44 (48) : матер. міжнар. наук.-практ. конф. студентів, аспірантів та молодих вчених : "Психолого-педагогічні аспекти формування управлінського потенціалу сучасної молоді: теорія і практика", 21 жовтня 2015 р. С. 13-26.
3. Богдан Ж., Мовчан Я. Гендерна психологія : навчально-методичний посібник для здобувачів другої (магістерської) вищої освіти за спеціальністю 053 Психологія. Харків : Друкарня Мадрид, 2021. 155 с.
4. Бочелюк В. Організаційна психологія на підприємстві. / Віталій Бочелюк, Ольга Пучина. К. : Скиф, 2012. 272 с.
5. Буйських Ю. С. Життя в клініці: субкультура лікарів в просторі сучасного міста. *Матеріали до української етнології : щорічник. Збірник наукових праць. Київ* : НАНУ, ІМФЕ ім. М. Т. Рильського, 2011. Вип. 10 (13). С. 73–80.
6. Вісник студентського наукового товариства [Електронне видання]: збірник наукових праць студентів, магістрантів і аспірантів / за заг. ред. О. В. Мельничука. Вип. 19. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2018. 358 с.

7. Гендерна політика в системі державного управління : підручник / за заг. ред. М. М. Білинської. Запоріжжя : Друк. світ, 2011. 132 с.

8. Грабовська І. Джерельні підвалини дослідження паритетної (гендерної) демократії: український і світовий контекст. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. 2007. № 11. (Серія «Українознавство»). URL: http://papers.univ.kiev.ua/ukrainoznavstvo/articles/Sources_grounds_of_the_investigation_Paritet_democracy_Gender_democracy_Ukrainian_add_World_context_12970.pdf

9. Гупаловська В. Гендерні особливості кар'єрних орієнтацій молоді. / В. Гупаловська, О. Каляманська, О. Щербатюк. *Вісник Львівського університету. Філософські науки*. 2008. Вип. 11. С. 229–246

10. Дейнеко, О., Борисов, Р. (2019). Сім'я та кар'єра в оцінках українського студентства: постмодернізація ціннісного поля (на прикладі м. Харкова). *Соціологічні студії*, 2 (15), 64–73.

11. Донець А. А. Особливості формування гендерної ідентичності особистості у підлітковому віці. *Молодий вчений*. 2014. № 7. С. 162–164. URL: <http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2014/7/93.pdf>

12. Камінська Н. В., Пашко Д. В., Романова Н. В. Причини виникнення гендерної нерівності. *Юридична психологія*. 2018. № 2 (23). С. 30–47.

13. Каткова Т. А., Ілляшенко О. М. Психологічні особливості гендернорольової поведінки чоловіків та жінок з різними типами ставлення до сім'ї. *Вісник Одеського національного університету імені І. І. Мечникова*. 2016. Вип. 4 (42). С. 74–81. URL: <http://psysocwork.onu.edu.ua/article/viewFile/134720/131396>.

14. Книш А.Є. Особливості кар'єрних орієнтацій студентів-випускників, що обирають спеціалізацію психолога-тренера. *Вісник Харківського*

національного педагогічного університету ім. Г.С. Сковороди. ХНПУ, 2013. С. 125–133.

15. Ковальова О. М., Сафаргаліна-Корнілова Н. А., Герасимчук Н. М. Деонтологія в медицині : підручник. Харків, 2014. 258 с.

16. Кравець В. П., Говорун Т. В., Кікінежді О. М. Гендерні дослідження: прикладні аспекти : монографія. Тернопіль : Навч. кн., 2013. 448 с.

17. Краснопольська Т. М. Гендерна рівність в політичній сфері як складова паритетної демократії. Актуальні проблеми політики. 2012. Вип. 47. С. 223–232.

18. Лазар І. Гендерна політика: поняття, визначення, управлінські підходи : слов.-довід. 2-ге вид., доповн. Львів : Ліга-Прес, 2006. 178 с.

19. Малкович М. М. Гендерна ідентифікація як механізм формування гендерних уявлень у дошкільному віці. Наукові записки. 2013. Вип. 25. С. 92–95. (Серія «Психологія і педагогіка»).

20. Мельник Т. М. Правові аспекти гендеру. Основи теорії гендеру : навч. посіб. Київ : К.І.С., 2004. Розд. 10. С. 281–325.

21. Мірошниченко О.М. Гендерні стереотипи та кар'єрні мотиви жінок. *Вісник Чернігівського державного педагогічного університету*. Випуск 25. Серія: психологічні науки. Чернігів, 2004. С.87-90.

22. Орбан-Лембрик Л.Е. Психологія управління: навчальний посібник. 2-е вид., доповн. К.: Академвидав, 2010. 544с.

23. Підбуцька Н. В. Структура ціннісних орієнтацій людей різних поколінь. *Вісник ХНПУ* : зб. наук. пр. Сер. : Психологія. Харків : ХНПУ, 2013. Вип. 45 (1). С. 192-199.

24. Підбуцька Н. В. Теоретичний аспект вивчення гендерних особливостей уявлень про лідерство студентської молоді. *Проблеми та перспективи*

формування національної гуманітарно-технічної еліти : зб. наук. пр. / ред. Л. Л. ТОВАЖНЯНСЬКИЙ, О. Г. РОМАНОВСЬКИЙ. Харків : НТУ "ХПІ", 2015. Вип. 44 (48) : матер. міжнар. наук.-практ. конф. студентів, аспірантів та молодих вчених : "Психолого-педагогічні аспекти формування управлінського потенціалу сучасної молоді: теорія і практика", 21 жовтня 2015 р. С. 62-72.

25. Троценко О. В. Медична субкультура : навчально-методичний посібник для вітчизняних студентів зі спеціальності "Медицина" Харків : ХНМУ, 2020. 40 с.

26. Савельєва В. С. Управління діловою кар'єрою : навч. пос. [для студентів екон., факультетів, слухачів післядипл. освіти]. К. : Центр учбової літератури, 2007. С. 176.

27. Столярчук О. А. Психологія сучасної сім'ї : навч. посіб. Кременчук : Щербатих О. В., 2015. 136 с. URL: http://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/19502/1/O_Stoliarchuk_PSS_IL.pdf.

28. Сучасна жінка – сім'я і бізнес [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://maryse.ru/page/suchasna-zhinka-simjai-biznes> .

29. Технологія роботи організаційних психологів : [навч. посіб. для студентів вищ. навч. закладів та слухачів ін-тів після диплом. освіти] / за наук. ред. Л. М. Карамушки. К. : 2005. С. 366.

30. Ткалич М.Г. Гендерна дискримінація в сучасних українських організаціях: результати емпіричного дослідження. *Актуальні проблеми психології: Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія*. За ред.. Максименка С.Д. та ін. К. 2014. Т. I. Вип. 41. С. 117-121.

31. Чуйко О. М., Куравська Н. В. Гендер і кар'єра : навчальний посібник / ДВНЗ «Прикарпатський національний університет ім. В. Стефаника». Івано-Франківськ Супрун В.П., 2019. 372 с.

32. Чуйко О. Мотиваційні чинники кар'єрних орієнтацій сучасних жінок.: зб. наук. праць: *філософія, соціологія, психологія*. Вип. 18, Ч. 2. Івано-Франківськ : ДВНЗ «Прикарпат. нац. ун-т ім. В. Стефаника», 2013. С. 103–111.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

МЕТОДИКА ДОРС – ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ОЦІНКА СТАНІВ ЗНИЖЕНОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ

1. Робота приносить мені задоволення
2. Я з легкістю можу повністю сконцентруватися на роботі
3. Робота не здається мені «тупий» або занадто одноманітною
4. Я працюю майже з відразою
5. Я відчуваю себе неповоротким і сонним
6. Хотілося б, щоб в моїй роботі було побільше різноманітних завдань
7. У мене виникає почуття невпевненості при виконанні роботи
8. На виникають перешкоди і неполадки в роботі я реагую спокійно і зібрано
9. Щоб справлятися з виконанням робочих завдань, мені доводиться витратити набагато більше зусиль, ніж я звик
10. Моя робота йде без особливої напруги
11. Я втрачаю загальний контроль над робочою ситуацією

12. Я відчуваю себе стомленим
13. Я продовжую працювати і далі, хоча не відчуваю особливого інтересу
14. Все, що відбувається на моєму робочому місці, я можу контролювати без жодної напруги
15. Я працюю з небажанням
16. Я намагаюся змінити діяльність або відволіктися, щоб подолати почуття втоми
17. Я знаходжу свою роботу досить приємною і цікавою
18. Буває, що в деяких робочих ситуаціях я відчуваю страх
19. На роботі я млявий і безрадісний
20. Робота не дуже обтяжує мене
21. Мені доводиться змушувати себе працювати
22. Виникають ситуації, коли доводиться миттєво зібратися і приймати рішення, щоб запобігти можливим збоям і неполадки в роботі
23. Під час роботи мені хочеться встати, трохи розім'ятися і порухатися
24. Я на грані того, щоб заснути прямо за роботою
25. Моя робота сповнена різноманітних завдань
26. Я із задоволенням виконую свою роботу
27. Мені здається, що я легко можу впоратися з будь-якого поставленого переді мною робочої завданням
28. Я зібраний і повністю включений в виконання будь-якого дорученого мені завдання
29. Я можу без праці вжити всіх необхідних заходів для подолання складних ситуацій
30. Час за роботою пролітає непомітно
31. Я звик до того, що в моїй роботі постійно може траплятися щось непередбачене
32. Я реагую на те, що відбувається недостатньо швидко
33. Я ловлю себе на відчутті, що час ніби зупинився
34. Мені стає не по собі при будь-якому, навіть незначному, збої або перешкоди в роботі
35. Моя робота занадто одноманітна, і я був би радий будь-якої зміни в перебігу робочого процесу
36. Я ситий по горло цією роботою
37. Я відчуваю себе змученим і зовсім побитим
38. Мені неважко самостійно приймати будь-які рішення, що стосуються виконання своєї роботи
39. Останнім часом робота не приносить мені і половини звичайного задоволення
40. Я відчуваю нервозність і підвищену дратівливість

ДОДАТОК Б

Опитувальник на рівень задоволеності шлюбом

1. Коли люди живуть так близько, як це відбувається у сімейному житті, вони неминуче втрачають порозуміння та гостроту сприйняття іншої людини:

А) вірно;

Б) не впевнений (впевнена);

В) не вірно.

2. Ваші подружні відносини приносять Вам:

А) швидше неспокій і страждання;

Б) важко відповісти;

В) швидше радість та задоволення.

3. Родичі та друзі оцінюють ваш шлюб:

- А) як вдалий;
- Б) щось середнє;
- В) як невдалий.

4. Якби ви могли, то:

- А) ви б багато чого змінили у характері вашої половинки;
- Б) важко сказати;
- В) ви б не стали нічого змінювати.

5. Одна з проблем сучасного шлюбу у тому, що він ” приїдається “, зокрема і сексуальні стосунки:

- А) вірно;
- Б) важко сказати;
- В) неправильно.

6. Коли ви порівнюєте ваше сімейне життя з сімейним життям ваших друзів та знайомих , вам здається :

- А) що ви менш щасливі за інших;
- Б) важко сказати;
- В) ви не порівнюєте ваші стосунки з іншими.

7. Життя без сім’ї, без близької людини – занадто дорога ціна за повну самостійність та незалежність:

- а) вірно;
- б) важко сказати;
- в) неправильно.

8. Ви вважаєте, що без вас життя вашої половинки було б неповноцінним:

- А) саме так;
- Б) важко сказати;
- В) ні, я так не вважаю.

9. Більшість людей певною мірою обманюються у своїх очікуваннях щодо шлюбу:

- А) вірно;
- Б) важко сказати;
- В) неправильно.

10. Тільки безліч різних обставин заважає вам прийняти рішення про розлучення:

- А) вірно;
- Б) не можу сказати;
- В) неправильно.

11. Якби повернувся час, до вашого одруження, то вашою парою стала б:

- А) будь-яка інша людина;
- Б) важко сказати;
- В) моя теперішня половинка.

12. Ви пишастесь, що така людина, як ваша половинка, поряд з вами:

- А) вірно;
- Б) важко сказати;
- В) неправильно.

13. На жаль, недоліки вашої половинки часто переважають її переваги:

- А) вірно;
- Б) важко сказати;
- В) неправильно.

14. Основні перешкоди для щасливого подружнього життя криються :

- А) швидше всього у характері вашої половинки;
- Б) важко сказати;
- В) швидше, у вас самих.

15. Почуття, з якими ви одружилися:

- А) посилилися;
- Б) важко сказати;
- В) ослабли.

16. Шлюб притуплює творчі можливості людини:

- А) вірно;
- Б) важко сказати;
- В) неправильно.

17. Можна сказати, що ваша половинка має такі переваги, які компенсують її недоліки:

- А) погоджуюся;
- Б) щось середнє;
- В) не погоджуюся.

18. На жаль, у вашому шлюбі не все гаразд з емоційною підтримкою один одного:

- А) вірно;
- Б) важко сказати;
- В) неправильно.

19. Вам здається, що ваша половинка часто робить дурниці, говорить не до ладу, недоречно жартує:

- А) вірно;
- Б) важко сказати;
- В) неправильно.

20. Життя у сім'ї, на вашу думку, не залежить від вашої волі:

- А) вірно;
- Б) важко сказати;
- В) неправильно.

21. Ваші сімейні взаємини не внесли в життя того порядку та організованості, яких ви очікували:

- А) вірно;
- Б) важко сказати;
- В) неправильно.

22. Неправі ті, хто вважає, що саме у сім'ї людина менше всього може розраховувати на повагу:

- А) погоджуюся;
- Б) важко сказати;
- В) не погоджуюся.

23. Як правило, присутність вашої половинки приносить для вас задоволення:

- А) вірно;
- Б) важко сказати;
- В) неправильно;

24. Насправді у вашому подружньому житті не було жодного світлого моменту:

- А) вірно;
- Б) важко сказати;
- В) неправильно.

ДОДАТОК В

ЯКОРЯ КАР'ЄРИ - МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ ЦІННІСНИХ ОРІЄНТАЦІЙ У КАР'ЄРІ [Е. ШЕЙН]

- 1.) Будувати свою кар'єру в межах конкретної наукової чи технічної сфери.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 2.) Здійснювати спостереження та контроль над людьми, впливати на них на всіх рівнях.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 3.) Мати можливість робити все по-своєму і не бути обмеженим правилами будь-якої організації.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 4.) Мати постійне місце роботи з гарантованим окладом та соціальною захищеністю.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 5.) Використовувати своє вміння спілкуватися на користь людям, допомагати іншим.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 6.) Працювати над проблемами, які видаються майже нерозв'язними.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 7.) Вести такий спосіб життя, щоб інтереси сім'ї та кар'єри взаємно врівноважували одне одного.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 8.) Створити і побудувати щось, що буде цілком моїм виробом чи ідеєю.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 9.) Продовжувати роботу за своєю спеціальністю, ніж отримати вищу посаду, що не пов'язана з моєю спеціальністю.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 10.) Бути першим керівником в організації.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 11.) Мати роботу, не пов'язану з режимом чи іншими організаційними обмеженнями.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 12.) Працювати в організації, яка забезпечить мені стабільність на тривалий час.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 13.) Вжити свої вміння та здібності на те, щоб зробити світ кращим.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 14.) Змагатися з іншими та перемагати.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 15.) Будувати кар'єру, яка дозволить мені не змінювати свій спосіб життя.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 16.) Створити нове комерційне підприємство.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 17.) Присвятити все життя обраній професії.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 18.) Обійняти високу керівну посаду.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 19.) Мати роботу, яка представляє максимум свободи та автономії у виборі характеру занять, часу виконання тощо.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 20.) Залишатися на одному місці проживання, ніж переїхати через підвищення.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 21.) Мати можливість використовувати свої вміння та таланти для служіння важливій меті.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 22.) Єдина дійсна мета моєї кар'єри – знаходити та вирішувати важкі проблеми, незалежно від того, в якій галузі вони виникли.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 23.) Я завжди прагну приділяти однакову увагу моїй родині та моїй кар'єрі.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 24.) Я завжди знаходжуся в пошуку ідей, які дадуть мені можливість розпочати та побудувати свою власну справу.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 25.) Я погоджуся на керівну посаду лише в тому випадку, якщо вона перебуває у сфері моєї професійної компетенції.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 26.) Я хотів би досягти такого становища в організації, яке давало б можливість спостерігати за роботою інших та інтегрувати їхню діяльність.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 27.) У моїй професійній діяльності я найбільше дбав про свою свободу та автономію.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 28.) Для мене важливіше залишитися на нинішньому місці проживання, ніж отримати підвищення чи нову роботу в іншій діяльності.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 29.) Я завжди шукав роботу, на якій міг би приносити користь іншим.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 30.) Змагання та вигреш – це найбільш важливі та хвилюючі сторони моєї кар'єри.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 31.) Кар'єра має сенс лише в тому випадку, якщо вона дозволяє вести життя, яке мені подобається.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 32.) Підприємницька діяльність складає центральну частину моєї кар'єри.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 33.) Я б швидше пішов з організації, ніж почав займатися роботою, не пов'язаною з моєю професією.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 34.) Я вважатиму, що досяг успіху в кар'єрі тільки тоді, коли стану керівником високого рівня в солідній організації.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 35.) Я не хочу, щоб мене обмежувала якась організація чи світ бізнесу.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 36.) Я хотів би працювати в організації, яка забезпечує тривалий контракт.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 37.) Я б хотів присвятити свою кар'єру досягненню важливої та корисної мети.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 38.) Я почуваюся успішним лише тоді, коли я постійно залучений до вирішення важких проблем чи в ситуації змагання.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 39.) Вибрати і підтримувати певний спосіб життя важливіше, ніж досягати успіху в кар'єрі.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 40.) Я завжди хотів заснувати та побудувати свій власний бізнес.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 41.) Я віддаю перевагу роботі, яка не пов'язана з відрядженнями.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10