

УДК 617.7:616.7:615.851.13-311.212(079.5)

Створення шкали для оцінки міжрольових конфліктів у медичних працівників офтальмологічного профілю

Н. В. Родіна¹, д-р психол. наук, професор; Б. В. Бірон¹, канд. психол. наук;
А. І. Уханова¹, канд. психол. наук; Н.С. Семенюк², канд. психол. наук, А.В. Кернас³

¹ Одеський національний університет ім. І.І. Мечникова;
Одеса (Україна)

² Міжнародна компанія «АЙК'ЮВІА РДС Україна»;
Одеса (Україна)

³ Науково-технічний центр «Академія зв'язку України», відділ природничих наук і психологічної гармонізації розвитку особистості;
Одеса (Україна)

E-mail: nvrodinaod@gmail.com

Ключові слова:

міжрольовий конфлікт, стрес, психометрична шкала, стандартизація, офтальмологи

В процесі професійної діяльності медичні працівники офтальмологічного профілю особливо піддаються ризику психологічних проблем через емоційно вимогливий характер їх роботи та стреси великого навантаження. Одними із чинників стресового навантаження виступають міжрольові конфлікти, тому важливим є створення психометрично адаптованих психодіагностичних інструментів, призначених для їх виявлення.

Мета. Створення і психометричний аналіз української версії психометричної шкали, що вимірює міжрольові конфлікти у медиків та дослідження цих конфліктів у взаємозв'язку з реакціями на стрес.

Матеріал і методи. Вибірку дослідження склали медичні працівники офтальмологічного профілю. Проведено дослідження 211 медичних працівників. Враховуючи коефіцієнт реагування 85,8%, остаточно вибірка складала 181 медичних працівників, з яких 99 особи – представники молодшого та середнього медичного персоналу, а 82 – вищого медичного персоналу (лікарі-офтальмологи). Дослідження проводилось за допомогою модифікованої версії Шкали конфлікту робота-сім'я і конфлікту сім'я-робота (англ. *Work-Family Conflict and Family-Work Conflict Scales*) Р.Дж. Нетемсера, Дж.С. Боулза та Р. Макмуріана, Опитувальника стресових реакцій для оцінки медичних працівників офтальмологічного профілю Я. В. Цехмістера, І. В. Данилюка, Н. В. Родіної, Б. В. Бірона, Н.С. Семенюк на базі ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії імені В.П. Філатова».

Результати. Шкала міжрольових конфліктів для офтальмологів створювалась на основі адаптації опитувальника. В модифікованій версії шкали містились наступні субшкали, що описували два типи міжрольових конфліктів: конфлікт робочих обов'язків з сімейними (WFC) та конфлікт сімейних обов'язків з робочими (FWC), які характеризувались високою внутрішньою узгодженістю та ретестовою надійністю. Двофакторну модель шкали підтверджено за результатами конфірматорного факторного аналізу. Показано, що у лікарів виразність двох типів міжрольових конфліктів є статистично значуще більшою, ніж у молодшого та середнього медичного персоналу. З огляду на репрезентативність вибірки, були створені тестові норми, виражені у квартильній шкалі. Отже, адаптована україномовна версія шкали міжрольових конфліктів для медичних працівників характеризується високою конструктивною і критеріальною валідністю та надійністю.

Вступ. Рольові конфлікти як соціально-психологічне явище мають велике значення для діяльності працівника. Міжрольовий конфлікт виступає, в числі інших організаційних чинників у якості медіатора взаємозв'язку між потенційною здатністю працівника виконати роботу і її реальним виконанням [25, 92]. Рольовий конфлікт є атрибутом певних професій, зокрема, цілу низку емпіричних досліджень присвячено вивченню конфліктів між виконанням робочих та сімейних ролей, які виникають у лікарів та інших ме-

дичних працівників: терапевтів [10], онкологів [13], хірургів [8] та ін.

Незважаючи на те, що проблемі міжрольових конфліктів саме у медичних працівників офтальмологічного профілю присвячені одиночні публікації канадських [24] та індійських [18, 20] вчених, вона залишається недостатньо розробленою, що і обумовлює актуальність нашого дослідження.

Отже, метою статті виступає створення і психометричний аналіз української версії психометричної шкали, що вимірює міжрольові конфлікти у медиків та дослідження цих конфліктів у взаємозв'язку з реакціями на стрес.

Матеріал і методи

Вибірку дослідження склали медичні працівники офтальмологічного профілю. Опитано 211 медичних працівників. Враховуючи коефіцієнт реагування 85,8%, остаточною вибіркою склали 181 медичних працівників, з яких 99 особи – представники молодшого та середнього медичного персоналу, а 82 – вищого медичного персоналу (лікарі-офтальмологи). Дослідження проводилось на базі офтальмологічних інститутів та офтальмологічних відділень лікарень Півдня України.

Для вивчення балансу між роботою й особистим життям використовувалися Шкали конфлікту робота-сім'я і конфлікту сім'я-робота (англ. Work-Family Conflict and Family-Work Conflict Scales) американських дослідників Р.Дж. Нетемеєра, Дж.С. Боулза та Р. Макмуріана [19], результати з її перекладу та психометричної адаптації до вітчизняної популяції описані у даній статті. Методика містить дві субшкали. Перша субшкала описувала ситуації, в яких робочі справи заважають сімейним. Ця субшкала містила п'ять пунктів. Друга субшкала також містила п'ять пунктів і описувала ситуації, в яких сімейні справи заважають робочим. Ступінь згоди з твердженнями оцінювалась за семибальною шкалою Лікерта: від «1» – «Цілком незгодний» до «7» – «Цілком згодний». Було здійснено децентрований переклад [2] відповідних пунктів з англійської мови на українську, намагаючись зберегти як вірний зміст, так і звичність і розмовність у тексті опитувальника, а також враховуючи соціально-культурні норми. Перекладена версія отримала назву Шкала міжрольових конфліктів для оцінки медиків офтальмологічного профілю.

Для аналізу критеріальної валідності методики, що психометрично адаптується, використано Опитувальник стресових реакцій для оцінки медичних працівників офтальмологічного профілю [22] українських науковців Я. В. Цехмістера, І. В. Данилюка, Н.В. Родіної, Б. В. Бірона, Н.С. Семенюк, який спеціально призначений для дослідження офтальмологів і характеризується високою конструктивною валідністю та надійністю.

Опитувальник містить чотири шкали, що описують категорії стресових реакцій: фізіологічні реакції (F), емоційні реакції (G), поведінкові реакції (H), а також шкалу когнітивного оцінювання стресу (I).

Результати

На першому етапі було проведено психометричний аналіз Шкали міжрольових конфліктів для оцінки медиків офтальмологічного профілю. Всі пункти шкали були з прямим ключем. Описові статистики для пунктів наведені в таблиці 1.

Спираючись на дану таблицю, можна зазначити, що всі досліджені пункти мали нормальний розподіл. Згідно з Р.Б. Клайном [14], якщо абсолютне значення асиметрії не більше 3, а ексцесу – не більше 10, то нормальність розподілу значень можна вважати прийнятною. Також оцінювалась багатомірна нормальність за допомогою коефіцієнту Мардіа [15], який дорівнював 79,436, що є значно меншим, ніж критичне значення 120. Отже, для конфірматорного факторного аналізу можливим є моделювання з використанням методу найбільшої правдоподібності.

Для визначення кількості факторів у моделі було виконано процедуру експлораторного факторного аналізу, до якого було включено всі 10 пунктів. Процедура факторного аналізу здійснювалась методом максимальної правдоподібності. Тест сферичності Бартлетта, що свідчить про здатність до факторизації, був статистично значущим ($\chi^2=1146,567$; $p<0,001$). Критерій адекватності вибірки Кайзера-Мейєра-Олкіна, що характеризує ступінь застосовності факторного аналізу до даної вибірки, розрахований для всієї матриці, дорівнює 0,835, що вказує на високий рівень адекватності моделі. Кількість факторів, необхідна для адекватного факторного рішення, встановлювалась за допомогою критерію кам'янистого осипу (рис. 1). Виходячи з цього графіку, оптимальним рішенням є саме двофакторна модель, адже починаючи з другого фактору не відбувається суттєвих змін у власних значеннях факторів, які виходять на постійний рівень.

Відповідно, ми зупинились на вивченні та модифікації двофакторної моделі. Ця модель пояснює 71,233% загальної дисперсії змінних. Отже, суттєву частку інформації, що міститься у опитувальнику, буде збережено: 1-й фактор пояснював 45,606% загальної дисперсії даних, 2-й фактор – відповідно 25,626%.

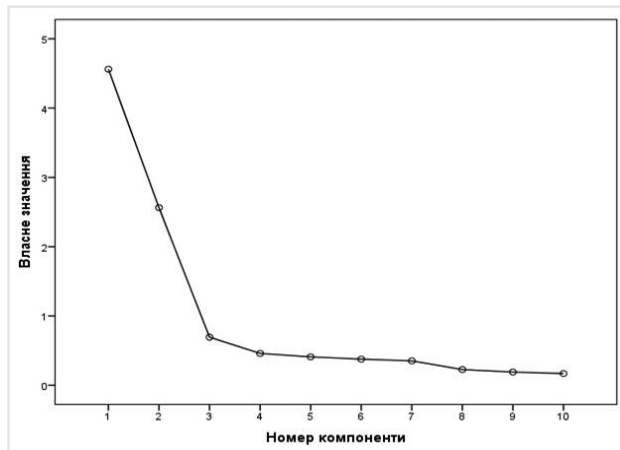
Таблиця 1. Описові статистики для пунктів Шкали конфлікту робота-сім'я і конфлікту сім'я-робота

№ пункту	M	SD	S	K	№ пункту	M	SD	S	K
пункт 1	2,951	1,000	0,920	-0,231	пункт 6	2,520	1,000	1,321	0,732
пункт 2	3,273	2,000	0,585	-1,026	пункт 7	2,636	1,000	1,546	1,293
пункт 3	3,050	2,000	0,761	-0,571	пункт 8	2,088	1,000	2,396	5,918
пункт 4	2,885	1,000	0,942	-0,164	пункт 9	2,031	1,000	2,491	6,317
пункт 5	3,614	2,000	0,419	-0,851	пункт 10	2,147	1,000	2,100	4,203

Таблиця 2. Матриця патернів експлораторного факторного аналізу для Шкали міжрольових конфліктів для оцінки медиків офтальмологічного профілю

№ пункту	Фактор		h ²	№ пункту	Фактор		h ²
	1	2			1	2	
пункт 1	0,015	0,868*	0,746	пункт 6	0,791*	-0,177	0,736
пункт 2	0,010	0,853*	0,724	пункт 7	0,753*	-0,063	0,598
пункт 3	-0,051	0,808*	0,678	пункт 8	0,915*	0,138	0,786
пункт 4	-0,082	0,826*	0,728	пункт 9	0,921*	0,060	0,822
пункт 5	0,119	0,755*	0,534	пункт 10	0,884*	0,016	0,773

Примітка: знаком * позначені максимальні за абсолютним значенням факторні навантаження пунктів.

**Рис. 1.** Графік «кам'янистого осипу» для експлораторного факторного аналізу.

Процедурою обертання було обрано косокутне обертання за методом Promax. Матриця патернів експлораторного факторного аналізу для Шкали міжрольових конфліктів для оцінки медиків офтальмологічного профілю наведена в таблиці 2.

Аналізуючи таблицю 2, варто зазначити, що до першого фактора увійшли всі пункти, які описували конфлікт між сімейними обов'язками та робочими, другий фактор сформували пункти, які описували конфлікт між робочими обов'язками і сімейними. Двофакторна модель, що складалася з повного набору пунктів, зазнала конфірмаційного аналізу, який не підтвердив її відповідність емпіричним даним (табл. 2, Модель 1). Це зумовило необхідність модифікації отриманої двофакторної моделі. Було встановлено, що коефіцієнти регресії між пунктами та латентними змінними є високими ($\beta > 0,600$; $p < 0,01$), що дозволяє залишити у моделі всі пункти. Модифікаційні індекси вказали на необхідність розглянути кореляційні зв'язки між залишковими дисперсіями таких пунктів: 1 та 2; 2 та 3; 4 та 5; 6 та 7; 8 та 9; 8 та 10; 9 та 10.

Остаточна модифікована двофакторна модель наведена на рисунку 2. Індекси відповідності, розраховані для двофакторної модифікованої моделі (табл. 3, Модель 2), засвідчили, що дана модель відповідає майже всім граничним нормам. Так, значення показника $\chi^2/df < 3$ вважається ознакою доброї відповідності [14]. Для

SRMR значення менше ніж 0,08, як правило, вважаються такими, що характеризують модель, яка добре відповідає емпіричним даним [12]. Деякі питання викликає значення індексу RMSEA, адже значення менше 0,08 розглядаються, як показник допустимої відповідності, а у межах 0,08 та 0,10 як граничне [9].

Додатково використовувались відносні індекси відповідності NFI (англ. Normed-fit index – нормований індекс відповідності) IFI (англ. Incremental Fit index – інкрементний індекс відповідності) і CFI (англ. Comparative Fit Index – порівняльний індекс відповідності), величина яких менше залежить від розміру вибірки і кількості ступенів свободи. Критичні значення цих індексів для прийняття моделей становлять $\geq 0,90$ як для індексів NFI та CFI [5], також як і для індексу IFI [6].

Таким чином, двофакторна структура дозволила створити дві субшкали: до першої – увійшли пункти 1-5: вони описували конфлікт робочих обов'язків із сімейними, до другої – пункти 6-10, які описували конфлікт сімейних обов'язків з робочими. Було розраховано надійність за внутрішньою узгодженістю за критерієм α Кронбаха [7], та надійність за композитною внутрішньою узгодженістю за критерієм ωB Макдональда [16]. Значення показників характеризувались високою внутрішньою узгодженістю, адже вони були значно вищі за встановлені граничні норми: $\alpha > 0,60$ та $\omega B > 0,60$ [11]. Це стосується як субшкали конфлікту робочих обов'язків із сімейними ($\alpha = 0,907$, $\omega B = 0,876$) так і субшкали конфлікту сімейних обов'язків з робочими ($\alpha = 0,880$, $\omega B = 0,837$).

Оскільки коефіцієнт кореляції між двома субшкалами був сильний ($r = 0,770$; $p < 0,001$), було перевірено гіпотезу про відповідність однофакторної моделі емпіричним даним. Однофакторна модель, що складалася з повного набору пунктів, зазнала конфірмаційного аналізу, який не підтвердив її відповідність емпіричним даним (табл. 3, Модель 3). Модифікація отриманої однофакторної моделі дозволила її значно покращити (табл. 3, Модель 4), проте вона все ж таки поступалась Моделі 2, яка була прийнята за базову при створенні шкали міжрольових конфліктів у медичних працівників офтальмологічного профілю. Проте, ми вважаємо перспективною подальшу роботу із створення однофакторного україномовного опитувальника на основі

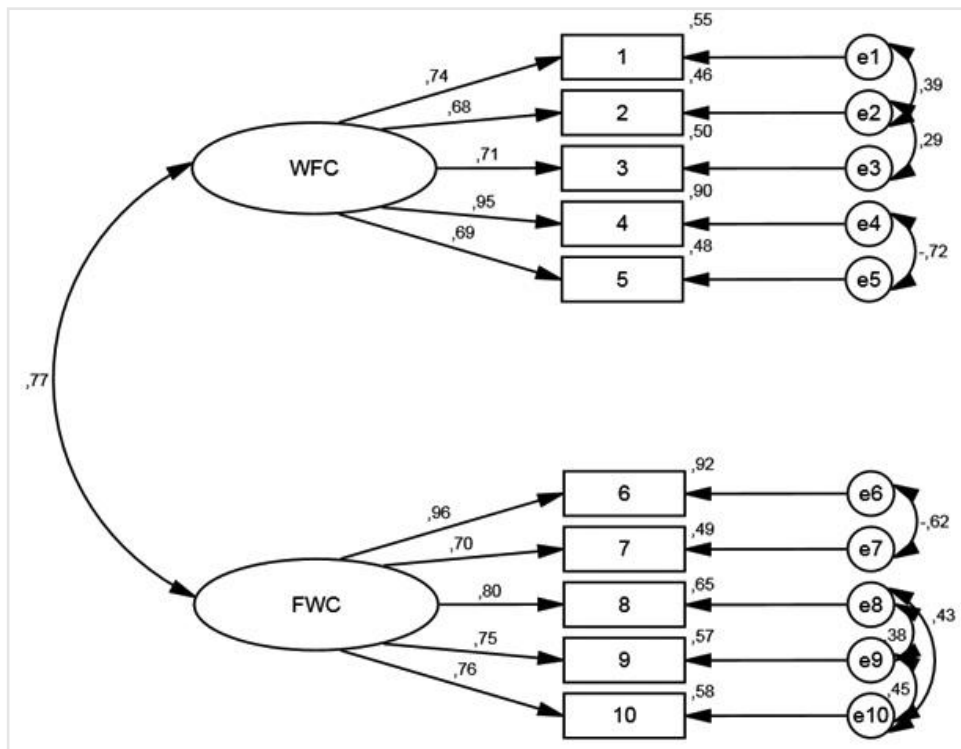


Рис. 2. Шляхова діаграма для двофакторної моделі Шкали міжрольових конфліктів для оцінки медиків офтальмологічного профілю.

Таблиця 3. Індекси відповідності для факторних моделей шкали міжрольових конфліктів

№	Модель	χ^2/df	RMSEA	SRMR	NFI	IFI	CFI
1	2-факторна початкова	4,293	0,135	0,077	0,889	0,913	0,912
2	2-факторна модифікована*	2,282	0,099	0,051	0,942	0,962	0,962
3	1-факторна початкова	9,815	0,221	0,116	0,739	0,759	0,757
4	1-факторна модифікована	2,928	0,103	0,652	0,949	0,966	0,965

Примітка: знаком * позначена модель, яка найбільше відповідає емпіричним даним.

шкали міжрольових конфліктів у медичних працівників офтальмологічного профілю. До речі, надійність за внутрішньою узгодженістю для загальної шкали, сформованої усіма 10 пунктами, також була високою ($\alpha=0,916$, $\omega_B=0,823$).

Розглядаючи психологічний зміст кожної із субшкал, можна зазначити, що перша субшкала – субшкала конфлікту робочих обов'язків з сімейними (WFC) характеризує рольовий конфлікт, при якому вимоги роботи, час, витрачений на її виконання, і напруга, викликана виконанням професійних обов'язків, перешкоджають виконанню сімейних обов'язків. В свою чергу, друга субшкала – субшкала конфлікту сімейних обов'язків з робочими (FWC) характеризує інтенсивність міжрольового конфлікту при якому вимоги, пов'язані із виконанням сімейної ролі, час, витрачений на її виконання, і напруга, викликана її виконанням, перешкоджають виконанню професійних обов'язків.

Після проведення повторного дослідження (період 2 тижні) розрахований коефіцієнт кореляції Пірсона свідчив про високий рівень ретестової надійності.

Для молодшого та середнього персоналу: субшкала конфлікту робочих обов'язків із сімейними (WFC) – $r=0,793$, конфлікту сімейних обов'язків з робочими (FWC) – $r=0,851$. Для лікарів: субшкала конфлікту робочих обов'язків із сімейними (WFC) – $r=0,838$, конфлікту сімейних обов'язків з робочими (FWC) – $r=0,799$. Отже, субшкали шкали міжрольових конфліктів (ШМК) характеризуються також і ретестовою надійністю для проведення емпіричного дослідження.

Останній етап психометричного аналізу цієї методики полягає у дослідженні описових статистик для сформованих субшкал. У результаті дескриптивного аналізу для підвибірki молодшого та середнього медичного персоналу встановлено описові статистики для субшкал міжрольових конфліктів: для субшкали WFC ($M = 2,973$; $SD = 0,976$), та субшкали FWC ($M = 2,177$; $SD = 0,875$). Також встановлено описові статистики для цих субшкал для підвибірki лікарів: для субшкали WFC ($M = 3,374$; $SD = 0,978$), та субшкали FWC ($M = 2,415$; $SD = 0,662$).

Таблиця 4. Матриця інтеркореляцій між параметрами шкали міжрольових конфліктів та опитувальника стресових реакцій.

			F	G	H	I
Молодший та середній персонал	WFC	rs	0,417	0,306	0,372	-0,002
		p	<0,001	0,002	<0,001	0,983
	FWC	rs	0,180	0,191	0,319	-0,050
		p	0,074	0,058	0,001	0,624
Лікарі	WFC	rs	0,307	0,285	0,111	0,090
		p	0,005	0,009	0,320	0,421
	FWC	rs	0,435	0,473	0,364	0,150
		p	<0,001	<0,001	0,001	0,177

Проведено порівняння інтенсивності міжрольових конфліктів у контрастних підгрупах за непараметричним U-критерієм Манна-Уїтні. Виявлено статистично значущі розбіжності, оскільки значення U-критерію є наступними: для субшкали WFC ($U = 3325,500$; $p = 0,035$), для субшкали FWC ($U = 3145,500$; $p = 0,005$). Таким чином, інтенсивність міжрольових конфліктів залежить від посадового положення медиків офтальмологічного профілю і виявляється сильніше у лікарів, ніж у середнього медичного персоналу. При чому виразність конфлікту робочих обов'язків із сімейними в обох посадових групах є більшою, ніж конфлікту сімейних обов'язків з робочими. Отже, можна зробити висновок, що у працівників офтальмологічного профілю робочі обов'язки перешкоджають сімейним справам сильніше ніж у зворотньому напрямку.

Для оцінки критеріальної валідності обчислено коефіцієнти кореляції rs Спірмена між шкалою міжрольових конфліктів та опитувальником стресових реакцій (табл. 4).

Виходячи з даної таблиці можна зауважити, що у молодшого та середнього персоналу наявність конфлікту робочих обов'язків із сімейними виявляється у фізіологічних реакціях на стрес, емоційному вигоранні, поведінкових порушеннях тощо, тоді як конфлікт сімейних обов'язків з робочими є пов'язаним лише з поведінковими реакціями на стрес. В свою чергу у лікарів-офтальмологів конфлікт робочих обов'язків із сімейними виявляється лише у фізіологічних та емоційних симптомах, тоді як конфлікт сімейних обов'язків з робочими виявляється у більш широкому спектрі реакцій, залучаючи окрім зазначених ще і поведінкові реакції.

Останнім етапом дослідження було проведення стандартизації шкали міжрольових конфліктів. Ми виходимо з того, що дана вибірка може служити вибіркою для стандартизації опитувальника, і розраховані для неї норми є репрезентативними для осіб відповідного віку й соціального статусу. Це дозволяє ввести відповідні тестові норми. Вибраний спосіб приведення нормованих оцінок до виду зручного для практичного використання являє собою представлення вихідних тестових оцінок у вигляді кватильної шкали (1-й кватиль – граничне значення низького рівня показ-

Таблиця 5. Значення сирих балів показника у відповідності до визначених стандартизованих рівнів показника згідно розрахованих кватильних оцінок

Рівень показника	Субшкали ШМК	
	WFC	FWC
<i>Молодший та середній персонал</i>		
Низький	<1,600	<1,400
Нижче середнього	<2,600	<1,800
Вище середнього	<4,000	<2,200
Високий	≥4,000	≥2,200
<i>Лікарі</i>		
Низький	<2,000	<1,400
Нижче середнього	<3,000	<2,200
Вище середнього	<4,200	<2,800
Високий	≥4,200	≥2,800

ника, 2-й кватиль – нижче середнього, 3-й кватиль – вище середнього, 4-й кватиль – граничне значення високого рівня показника). У таблиці наводяться значення сирих балів показника у відповідності до визначених стандартизованих рівнів показника згідно розрахованих кватильних оцінок.

Отже, з огляду на репрезентативність вибірки, були створені тестові норми, виражені в кватильній шкалі.

Обговорення

З літератури відомо, що офтальмологи піддаються ризику психологічних проблем через високі вимоги до їх професійної діяльності [24]. Офтальмологи повідомляють про високий рівень емоційного вигорання [17] і стикаються зі стресом великого навантаження [23], пов'язаного, в першу чергу, з відповідальністю перед пацієнтом [21]. Тому офтальмологія особливо підходить для вивчення чинників, пов'язаних із професійним стресом. Наше дослідження сфокусоване на обстеженні українських офтальмологів.

Концептуалізуючи міжрольовий конфлікт як стресовий чинник, необхідно зазначити, що українською мовою поки не опубліковано психодіагностичних ін-

струментів, які призначені для дослідження рольових протиріч між сім'єю та роботою у медиків. У вітчизняних дослідженнях цей конфлікт досліджено лише в загальному аспекті як баланс «робота-життя», за допомогою методики, розробленої М.Г. Ткалич [4].

У зв'язку з цим було створено та психометрично проаналізовано українську версію Шкали конфлікту робота-сім'я і конфлікту сім'я-робота (англ. Work-Family Conflict and Family-Work Conflict Scales), яка отримала назву Шкала міжрольових конфліктів і призначена для медиків офтальмологічного профілю. Також була проведена оцінка взаємозв'язків цього психодіагностичного інструменту із показниками стресових реакцій.

Порівнюючи між собою показники за двома субшкалами, можна зазначити, що для більшої частини респондентів родина має більшу цінність, ніж робота. Ця аргументація запропонована ще авторами оригінальної версії шкали [3], які припустили, що середні значення за першою субшкалою мають бути вищими, ніж за другою субшкалою, що також характерно і для нашої вибірки. В цілому рівень конфліктності в цих сферах у медиків офтальмологічного профілю є нижчим у порівнянні з нормами, отриманими за допомогою англійської [19] та російськомовної [3] версій. Це вказує, що представники досліджуваного контингенту не схильні розглядати як критичні взаємні перешкоди. Стосовно більшої вираженості обох типів рольових конфліктів у лікарів — це пов'язано із сильнішим тиском рольових вимог і, відповідно, з більшою їх інтерференцією.

Оцінюючи взаємовідношення між параметрами ШМК і ОСР ми дійшли наступних висновків. Відомо, що рольовий конфлікт виступає одним з важливих факторів, що обумовлюють стрес на роботі, і в категорії «рольовий стресор», і в категорії «стрес, обумовлений робочим графіком» [25, р. 455-471]. Тривале знаходження в ситуації рольового конфлікту веде до широкого спектра деструктивних наслідків для особистості — когнітивних, емоційних і поведінкових. До когнітивних наслідків відноситься: зниження самооцінки й суперечливість образу Я, усвідомлення свого стану як психологічного тупика, суб'єктивне визнання наявності проблеми ціннісного вибору, сумнів в істинності мотивів і принципів. До емоційних наслідків відносяться: психоемоційна напруженість, виразні негативні переживання, зниження задоволеності діяльністю, негативний емоційний фон спілкування. Поведінкові наслідки: зниження якості й інтенсивності діяльності; абсентеїзм [1, с. 275]. У самому загальному виді конфлікт між роботою і сім'єю має наслідки як для організації — зниження задоволеності працею, професійне вигорання персоналу, намір змінити роботу, а часто й фактичне звільнення, зниження продуктивності праці, — так і для працівників і їх родин — депресія, загальна незадоволеність сімейним життям і загальна життєва незадоволеність [19]. Відсутність статистично зна-

чущих кореляцій із когнітивним оцінюванням показує, що рівень рефлексії стресу, викликаного міжрольовим конфліктом, не пов'язаний з інтенсивністю конфлікту. Це свідчить про ірраціональність сприйняття рівня навантаження стресових подій та ефективності копінг-стратегій в умовах міжрольового конфлікту.

Застосування стандартної ШМК дозволить співвідносити дані наступних досліджень із результатами даної роботи. У практичному плані ця шкала матиме широке застосування у складі комплексних діагностичних батарей при оцінці ефективності психологічної підтримки професійної діяльності медиків офтальмологічного профілю. В дослідженні А.Г. Наїра зі співавт. [18] вказується, що підтримка сім'ї та колег допомагає офтальмологам досягти гарного балансу між роботою та життям. Обмеження даного дослідження полягають у тому, що в ньому не враховано такі важливі параметри як стать, професійний стаж, кількість дітей у родині та інші соціально-демографічні змінні. Текст опитувальника наведено у Додатку.

Література

1. **Березовская Р. А.** Уровень ролевого конфликта как показатель профессионального здоровья менеджеров. В сб.: О. Ю. Щелкова (отв. ред.) // *Ананьевские чтения. Психология в здравоохранении: Матер. науч. конф.*, 22-24 октября 2013 г. – СПб.: Скифия-принт, 2013. – С. 419-420.
2. **Кэмпбелл Д.** Модели экспериментов в социальной психологии и прикладных исследованиях. – СПб.: Социально-психологический центр, 1996. – 391 с.
3. **Смирнова А.Ю.** Значение ролевого конфликта в переживании субъективной незащищенности в сфере труда // *Организационная психология.* – 2016. – №6 (4). – С.14-29.
4. **Ткалич М. Г.** Баланс «робота – життя» персоналу: обґрунтування емпіричних показників / М. Г. Ткалич // *Проблеми сучасної психології.* – 2017. – № 1. – С. 85-90.
5. **Bentler P. M.** Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures / P. M. Bentler, D. G. Bonett // *Psychological Bulletin.* – 1980. – V. 88, №3 – P. 588-606.
6. **Bollen K.** A New Incremental Fit Index for General Structural Equation Models // *Sociological Methods and Research.* – 1989. – Vol.17 (3). – P.303-316.
7. **Cronbach L.J.** Coefficient alpha and the internal structure of tests // *Psychometrika.* – 1951. – №16. – P. 297-334.
8. **Dyrbye L.N., Shanafelt T.D., Balch C.M., Satele D., Sloan J., Freischlag J.** Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex // *Arch Surg.* – 2011. – V.146(2). – P.211-217.
9. **Fabrigar L. R., MacCallum R. C., Wegener D. T., Strahan E. J.** Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research // *Psychological Methods.* – 1999. – Vol.4 (3). – P.272-299.
10. **Fuss I., Nübling M., Hasselhorn H.M., Schwappach D., Rieger M.** Working conditions and Work-Family Conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences // *BMC Public Health.* – 2008. – Oct 7 (8). – P.353
11. **Hair J.F.** *Multivariate Data Analysis* / J.F. Hair, W.C. Black, B.J. Babin, R.E. Anderson. – Prentice Hall: Upper Saddle River, New Jersey, 2010 – 816 p.

12. **Hu L.T.** Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives. / L.T. Hu, P.M. Bentler // Structural Equation Modeling. – 1999. – Vol. 6. – №1. – P. 1-55.
13. **Kleiner, S., Wallace, J.E.** Oncologist burnout and compassion fatigue: investigating time pressure at work as a predictor and the mediating role of work-family conflict // BMC Health Serv Res. – 2017. – Vol.17(639).
14. **Kline R.B.** Principles and Practice of Structural Equation Modeling. – New York: The Guilford Press, 2005. – 427 p.
15. **Mardia, K.V.** Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications // Biometrika. – 1970. – V.57. – P.519–530.
16. **McDonald R. P.** Test theory: A unified treatment / R. P. McDonald. – Mahwah. – N.J.: L. ErlbaumAssociates, 1999. – 506 p.
17. Medscape Ophthalmologist Lifestyle Report 2018: Personal Happiness vs. Work Burnout. [Last accessed on 2018 Mar 20]. Available from: <https://www.medscape.com/slideshow/2018-lifestyle-ophthalmologist-6009233#1>
18. **Nair A.G.** Work satisfaction, burnout and gender-based inequalities among ophthalmologists in India: A survey / A.G. Nair, P. Jain, A. Agarwal, V. Jain // Work. – 2017. – № 56(2). – P. 221-228.
19. **Netemeyer, R. G. Boles, J. S., McMurrian, R.** (1996). Development and Validation of Work-Family Conflict and Family-Work Conflict Scales // Journal of Applied Psychology. – 1996. – Vol. 81(4). – P.400–410.
20. **Saurabh K., Sarkar K., Roy R., Majumder P.D.** Personal and practice profile of male and female ophthalmologists in India // Indian journal of ophthalmol. – 2015. – V. 63(6). – P.482-6.
21. **Stewart W.C.** Survey of practice-related stress among / W.C. Stewart, J.A. Stewart, M.P. Adams, L.A. Nelson // United States and European ophthalmologists Graefes Arch Clin Exp Ophthalmology. – 2011. – №249. – P.1277- 1280.
22. **Tsekhmister I.V.** Developing a stress reaction inventory for eye care workers / I.V. Tsekhmister, I.V. Daniliuk, N.V. Rodina, B.V.Biron, N.S. Semeniuk // Journal of Ophthalmol (Ukraine). – 2019. – №1(486). – P.39-45.
23. **Ulrich L.R., Lemke D., Erler A., Dahlhaus A.** Subjektive und objektive Arbeitsbelastung niedergelassener Augenärzte in Thüringen Ergebnisse einer landesweiten Untersuchung [Subjective and objective work stress among ophthalmologists in private practice in Thuringia : Results of a state-wide survey]. // Der Ophthalmologe. – 2019. – Jul; 116(7). – P.647-655.
24. **Viviers S.** Burnout, psychological distress, and overwork: The case of Quebec's ophthalmologists / S. Viviers, L. Lachance, M.F. Maranda, C. Menard // Canadian Journal of Ophthalmol. – 2008. – № 43 (5). – P. 535-546.
25. **Weiner, I. B., Borman, W. C., Igen, D. R., Klimoski, R. J.** (Eds.). (2003). Handbook of psychology. V.12. Industrial and organizational psychology. New Jersey, Hoboken: John Wiley & Sons, Inc. – 797 pp.

Автори засвідчують про відсутність конфлікту інтересів, які б могли вплинути на їх думку стосовно предмету чи матеріалів, описаних та обговорених в даному рукопису.

Поступила 18.02.2020

ДОДАТОК

Інструкція

Вкажіть, наскільки Ви згодні з кожним із цих тверджень, поставивши позначку у відповідному квадраті. Вам пропонується п'ять альтернативних варіантів: «Цілком мене не стосується», «У деякій мірі не стосується мене», «Нейтральна відповідь», «У деякій мірі стосується мене», «Цілком мене стосується». У бланку відповідей цим альтернативам відповідають квадрати з цифрами 1, 2, 3, 4 та 5.

1. Вимоги моєї роботи заважають моєму сімейному життю;
2. Час, який я приділяю роботі, ускладнює виконання домашніх та сімейних обов'язків;
3. Справи, які я хочу зробити вдома, не зроблено через вимоги, які ставить до мене робота;
4. Моя робота викликає напругу, яка ускладнює виконання сімейних обов'язків;
5. Через пов'язані з роботою обов'язки, я маю вносити зміни в плани щодо сімейних заходів;
6. Потреби моєї сім'ї перешкоджають діяльності, пов'язаної з роботою;
7. Я повинен(-а) відкладати робочі справи через необхідність приділяти час своїм домашнім;
8. Справи, які я хочу зробити на роботі, часто не зроблені мною через вимоги моєї сім'ї;
9. Моє сімейне життя заважає моїм зобов'язанням на робочому місці, зокрема приходити вчасно на роботу, виконувати щоденні завдання і працювати понаднормово;
10. Напруга, яка пов'язана з моїми домашніми справами, перешкоджає моїм здатності виконувати обов'язки на роботі.

Обробка результатів дослідження

Номера пунктів, що входять до кожної субшкали, наведені нижче. За кожним пунктом оцінка відповіді приймає значення від 1 до 7 (). Відповідно розраховується середній бал за субшкалою, який є т.зв. «сирим» балом.

Субшкала конфлікту між сім'єю та роботою (FWC): 1, 2, 3, 4, 5. Суму балів ділимо на 5.

Субшкала конфлікту робочих обов'язків з сімейними (WFC): 6, 7, 8, 9, 10. Суму балів ділимо на 5.

Дані порівнюються з таблицею значень квартильних оцінок для сирих балів показників опитувальника стресових ситуацій (табл. 4).

Создание шкалы для оценки межролевых конфликтов у медицинских работников офтальмологического профиля

Родина Н. В., Бирон Б. В., Уханова А.И., Семенюк Н. С., Кернас А.В.

Одесский национальный университет им. И. И. Мечникова; Одесса (Украина)

Международная компания «АЙК'ЮВИА РДС Украины»; Одесса (Украина)

Научно-технический центр «Академия связи Украины», отдел естественно наук и психологической гармонизации развития личности; Одесса (Украина)

Введение. В процессе профессиональной деятельности медицинские работники офтальмологического профиля особенно подвержены опасности психологических проблем из-за эмоционально требовательного характера их работы и стрессов большой нагрузки. Одними из факторов стрессовой нагрузки выступают межролевые конфликты, поэтому важным является создание психометрической адаптированности психодиагностических инструментов, предназначены для их выявления.

Цель работы. Создание и психометрический анализ украинской версии психометрической шкалы, измеряющей межролевые конфликты у медиков и исследование этих конфликтов во взаимосвязи с реакциями на стресс.

Материал и методы. Выборку исследования составили 211 медицинских работников офтальмологического профиля. Учитывая коэффициент реагирования 85,8%, окончательная выборка составила 181 медицинский работник, из которых 99 человека - представители младшего и среднего медицинского персонала, а 82 - высшего медицинского персонала (врачи-офтальмологи). Исследование проводилось с помощью модифицированной версии Шкалы конфликта работа-семья и конфликта семья-работа (англ. *Work-Family Conflict and Family-Work Conflict Scales*) Р.Дж.

Нетемеера, Дж.С. Боулза и Р. Макмуриана, опросника стрессовых реакций для оценки медицинских работников офтальмологического профиля Я.В. Цехмистера, И.В. Данилюка, Н.В. Родиной, Б.В. Бирона, Н.С. Семенюк на базе ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии имени В.П. Филатова».

Результаты. Шкала межролевых конфликтов для офтальмологов создавалась на основе адаптации опросника. В модифицированной версии шкалы содержались следующие субшкалы, которые описывали два типа межролевых конфликтов: конфликт рабочих обязанностей с семейными (WFC) и конфликт семейных обязанностей с рабочими (FWC), которые характеризовались высокой внутренней согласованностью и ретестовой надежностью. Двухфакторная модель шкалы подтверждена результатами конфирматорного факторного анализа. Показано, что у врачей выраженность двух типов межролевых конфликтов статистически значимо выше, чем у младшего и среднего медицинского персонала. Учитывая репрезентативность выборки, были созданы тестовые нормы, выраженные в квартильной шкале.

Таким образом, адаптированная украиноязычная версия шкалы межролевых конфликтов для медицинских работников характеризуется высокой конструктивной и критериальной валидностью и надежностью.

Ключевые слова: межролевой конфликт, стресс, психометрическая шкала, стандартизация, офтальмологи