

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ (хірургів)

У статті розкрито сутність професійної деформації хірургів, що розглядається як результат та процес їх особистісних змін внаслідок впливу професії. Встановлено взаємозв'язок між особистісними рисами та професійною деформацією хірургів, компонентами емоційного вигорання та емоційними каналами емпатії, самоставленням і типом ставлення особистості до інших.

Ключові слова: професійна деформація, емоційне вигорання, емпатія, самоставлення.



На сучасному етапі розвитку суспільства зростає інтерес до проблем, які виникають на межі медицини і психології, культури медичного обслуговування, у процесі здійснення впливу лікаря на хворого, професійного і емоційного досвіду, вербального стимулювання їх емоційного комфорту тощо.

Актуальність дослідження полягає в тому, що сьогодні важливими і необхідними є уточнення та конкретизація чинників виникнення й розвитку професійної деформації хірургів, яка становить загрозу як для життя і здоров'я хворих людей, так і для життя та здоров'я власне лікарів.

Дослідження і наукове усвідомлення професійної деформації медичних працівників, зокрема хірургів, відбулося лише в останні десятиліття і знаходить своє віддзеркалення у розвитку сучасної психологічної (А.В. Петровський, Е.І. Ісаєв, В.Д. Мендельсон, В.І. Слободчиков, В.Д. Шадріков, М.Г. Ярошенко), юридичної (В.С. Медведєв, В.С. Зеленецький, О.М. Литвак, В.Г. Лихолаб, А.В. Тимченко), педагогічної (О.І. Гура, А.В. Осницький, О.Л. Свенцицький, Е.Ф. Зеєр), соціологічної (О.А. Беленко, С.М. Корецький, І.М. Моринець) літератури, а також у прагненні до задоволення насущних потреб оптимальної

та ефективної професійної діяльності хірургів, збереження їх фізичного та психічного здоров'я.

Незважаючи на існування досить змістовних теоретичних і практичних доробок у галузі медичної психології, присвячених проблемам професійної діяльності медичних працівників (Л.Ф. Бурлачук, І.С. Вітенко, Й.А. Турак, Т.К. Набухатний, В.П. Павлюк, Ю.М. Скалецький), залишаються недостатньо вивченими психологічні особливості професійної деформації хірургів у процесі життєдіяльності.

Тому ставимо за **мету** на основі емпіричного дослідження виявити психологічні особливості професійної деформації хірургів.

Сьогодні в психології існують різні підходи до трактувань поняття професійної деформації. Й.А. Турак професійну деформацію розглядає як зміну якостей особистості (стереотипів сприйняття, ціннісних орієнтацій, характеру, способів спілкування і поведінки), які відбуваються під впливом виконання професійної діяльності. На думку автора, внаслідок нерозривної єдності свідомості та діяльності формується професійний тип особистості [6, с. 45].

Професійна деформація, зазначає Е.М. Іванова, може мати епізодичний або стійкий, поверхневий або глобальний, позитивний або негативний характер; виявляється у професійному жаргоні, в манерах поведінки, навіть у зовнішньому вигляді. Крайня форма професійної деформації знаходить вираз у формальному, виключно функціональному ставленні до людей [7, с. 32].

Дослідник Ю.К. Стрелков звертає увагу на негативні зміни психологічних можливостей та особистісних характеристик працівників під впливом умов та досвіду професійної діяльності [4, с. 89].

Професійну деформацію В.Е. Орел розглядає через призму професійного стресу, причиною якого є зниження професійної мотивації [4].

На основі наведених трактувань можемо визначити *професійну деформацію* як результат та процес особистісних змін, які проявляються в цій діяльності й у інших сферах життя особи внаслідок впливу професійної діяльності.

На думку Е.С. Браїловського, структура професійної деформації включає деформацію діяльності та деформацію самої особистості [3, с. 98].

На основі аналізу досліджень з питань професійної деформації ми прийшли до висновку, що компоненти, з яких складається професійна деформація хірурга, умовно можна також поділити на чотири основні групи: афективну, професійно-мотиваційну, поведінкову та фізіологічну.

Афективний компонент охоплює ряд психологічних характеристик. Зокрема, емоційна виснаженість і деперсоналізація хірургів, що зумовлюють їх цинічне ставлення до роботи. Редукція професійних досягнень викликає у хірургів почуття некомпетентності у своїй професійній сфері, усвідомлення неуспішності в ній. Тривожність як суб'єктивний вияв неблагополуччя особистості хірурга провокує появу низького порогу переживання тривоги, жорстокість.

Знижена емпатійність, депресивний стан, підвищена дратівливість характеризуються вибухами невмотивованого гніву чи відмовою від спілкування. З'являється почуття провини, емоційно-моральна дезорієнтація, розширення сфери економії емоцій. Гіпервідповідальність підсилює появу відчуття, що щось не вийде чи з чимось не вдалось упоратись.

До сфери фізіологічних порушень належать: безсоння; відсутність апетиту або переїдання; відсутність реакції цікавості і страху; зниження чутливості на зміни зовнішнього середовища, що провокує появу загальмованості нервових процесів. З'являються безпричинні головні болі, задишка або порушення дихання при фізичному чи емоційному навантаженні. Загальна астенизація провокує появу слабості в усьому тілі, зниження активності й енергії, погіршення біохімії крові і гормональних по-

казників. Відбувається помітне зниження зовнішньої і внутрішньої сенсорної чутливості: погіршення зору, слуху, нюху і дотику, втрата внутрішніх, тілесних відчуттів.

Поведінкові зміни хірургів виявляються у зловживанні алкоголем, різкому зростанні викурених за день цигарок, вживанні наркотиків. Змінюється манера та способи спілкування. Можливий високий рівень конформізму (зміна у поведінці чи переконаннях в результаті реального чи уявного тиску групи); гіпер – гіпоконтроль над своєю поведінкою. З'являється відстороненість («моя хата з краю – нічого не знаю»), агресивна поведінка, авторитарність, власність. Віддається пріоритет насамперед особистим цілям.

Професійно-мотиваційна сфера охоплює порушення в механізмах визначення цілей; панування мотиву влади над пацієнтами або слабшими людьми; професійний дисонанс (напруга, яка викликана усвідомленістю несумісності будь-яких двох знань); з'являється стереотипність сприйняття поставлених завдань; професійний авторитет або прагнення до відповідного сприйняття; загальна негативна установка на життєві та професійні перспективи; професійна захопленість виконаною роботою; потреба самоствердження в неадекватний спосіб. Відносна депривація хірургів провокує появу сприйняття власної позиції як гіршої в порівнянні із становищем інших, егоїзм (як професійний, так і особистісний). Характерною стає поява соціальної фасилітації (тенденція, що спонукає краще працювати в присутності інших). Відбуваються зміни у рівні домагань та самооцінці порівняно з первинними; криза соціальних, ідейних і моральних ідеалів [2; 8; 9].

К.С. Земфірик вважає, що особистісні зміни хірурга як наслідок його формального статусу в організації залежать від посади, яку обіймає людина, її авторитетності серед колег, компетентності у професійній сфері та лідерських здібностях. Тривале перебування на посаді головного лікаря спричинює зниження здатності особистості помічати власні невдачі

та недоліки виконаної роботи, що своєю чергою провокує появу *посадових* деформацій.

Зазвичай медичний працівник, який перебуває на керівній посаді, вважає можливим не обмежувати свої повноваження та владу, у нього з'являється прагнення принизити іншу людину, нетерпимість щодо думок інших, зникає вміння бачити власні помилки, недоліки, самокритичність, виникає впевненість, що власна думка – єдина і правильна [5, с. 68].

Професійна діяльність лікарів суттєво відрізняється від діяльності інших спеціалістів, стверджує З.Ф. Зеєр у своїй праці «Психологія професій». Ця відмінність полягає у тому, що лікар має справу з нездоровою людиною, особливості поведінки якої обумовлюються не лише порушеннями певних біологічних систем організму, але й суспільними зв'язками, певними залежностями, професійними особливостями, які віддзеркалюються у психологічному образі та індивідуальності людини. Хірургічна практика вимагає від сучасного лікаря обізнаності в різних галузях медицини, зокрема фармакології, фізіології, терапії, анатомії, біохімії тощо.

Професія хірурга вимагає, крім формальних форм, підвищення кваліфікації, постійного самовдосконалення протягом усього життя через вивчення медичної літератури, участь у конференціях та з'їздах хірургів, засіданнях хірургічного та інших товариств тощо [4, с. 9].

Крім цього, існують і певні організаційні та економічні обставини, що підсилюють деформуючий підхід до хворого. Це – складний механізм планування та управління медичними закладами. Так, при управлінні медичними закладами, зазвичай, більшу увагу приділяють придбанню діагностичної та лікувальної апаратури і лабораторного обладнання, ніж побудові нових медичних закладів у відповідності до вимог охорони здоров'я, враховуючи потребу пацієнтів у створенні хоча б мінімальних інтимних умов.

Професія хірурга висуває ряд вимог до особистості спеціаліста. У медичній літературі багато написано про те, яким має бути лікар-хірург як професіонал [6, с. 12].

Особливість професійної діяльності хірурга полягає в тому, що він постійно зіштовхується з необхідністю вирішувати (інколи за кілька секунд) найскладніші проблеми, за якими стоять перш за все життя та здоров'я пацієнта. Це не лише діагностика, але й визначення рівня ризику операції, правильність підбору додаткових діагностичних і лікувальних маніпуляцій, отримання згоди пацієнта та його рідних на негайне оперативне втручання.

Прийняття таких рішень потребує від хірурга великого напруження моральних сил, мобілізації досвіду і знань, глибокого розуміння рівня відповідальності перед пацієнтом, колективом закладу, в якому він працює і перед собою. Складність положення хірурга власне у тому, що він не може гарантувати абсолютний успіх, і в той же час має знайти можливість зниження рівня операційного ризику, а у випадку, коли він перевищує ризик самої хвороби, – мати сміливість сказати про це. І, звичайно, завжди, коли того потребує ситуація, хірург зобов'язаний проконсультуватись у своїх наставників та колег, більш досвідчених товаришів, при цьому не проявляючи безпідставну самовпевненість, бо у фатальних випадках це може відобразитись на долі хворого. Л.М. Лериш так описує діяльність хірурга і послідовність виконання взятих на себе відповідальних рішень: «Хто не може прийняти рішення за одну хвилину, не може бути хірургом. Розум повинен керувати наступними діями, намагаючись розпізнати хворобу, її пусковий механізм і анатомічний стан...» [5].

Отже, аналізуючи особливості професійної діяльності хірургів, можемо виділити дві основні групи чинників професійної деформації – організаційні (об'єктивні) та особистісні (суб'єктивні).

Щодо **організаційних** чинників, то розвиток професійної деформації хірурга пов'язаний з дестабілізуючою організацією діяльності, яка являє собою нечітке планування праці, недостатність необхідних засобів для ефективного виконання професійних обов'язків. Наявність бюрократичних моментів, багатогодинний робочий день, конфлікти в системі «керівник – підлеглий» також негативно відображаються на психологічному здоров'ї хірургів.

Серед об'єктивних чинників їх морально-професійної деформації можна виділити недоліки в організації системи управління медициною, відсутність систематичної навчальної бази для підвищення кваліфікації хірургів, поділ ринку праці на вузькі спеціалізації, що провокує замкненість. Відповідальність та швидкість прийняття рішень, незворотність результатів також негативно відображаються на виконанні професійних обов'язків. Ще один чинник, який безумовно провокує появу професійної деформації, – це наявність психологічно важкого контингенту, з яким доводиться мати справу професіоналові у сфері медицини (важкі хворі, конфліктні відвідувачі і т.д.).

Серед **особистісних** чинників професійної деформації хірургів можна виділити емоційну та психологічну виснаженість, що провокує появу симптомів деперсоналізації, редукції професійних обов'язків та неадекватного емоційного реагування. Низький професійний рівень і небажання удосконалювати власні професійні якості, переконаність у своїй компетентності провокує появу таких особистісних характеристик, як авторитарність, самовпевненість, постійне очікування позитивного ставлення від інших (що підкріплюється негуманністю вчинків медиків і ставить під загрозу людське життя), несприятливий морально-психологічний клімат у колективі, відсутність єдності інтересів особистості і всього колективу, невміння відокремлювати інтереси сім'ї від інтересів кар'єри, а також знімати психологічні стрес, відволікатись від негативних емоцій у позапрофесійних

стосунках. Усе це провокує появу особистісних змін, і як наслідок – професійну деформацію.

Емпіричне дослідження психологічних особливостей професійної деформації лікарів проводилось у лікарнях та поліклініках міста Львова. В дослідженні взяло участь 103 особи, серед яких 52 – хірурги та 51 особа – стоматологи. Вік досліджуваних коливався від 23 років до 62. Стаж лікарської діяльності коливався від 1,5 до 37 років.

Групу досліджуваних було сформовано з огляду на мету дослідження, а саме – вивчення психологічних особливостей професійної деформації хірургів. Виявлення зазначених особливостей забезпечило порівняння психологічних якостей хірургів та стоматологів.

Для збору емпіричних даних було використано такі методики: діагностика емоційного вигорання (за В. Бойко), діагностика рівня емпатії (В.В. Бойко), опитувальник самоставлення (В. Столін, С. Пантелеєв), опитувальник інтерперсонального діагнозу (Т. Лірі, Р.Л. Лафорже, Р.Ф. Сучек).

За допомогою кореляційного аналізу в групі досліджуваних ($n = 103$) було виявлено прямі кореляційні зв'язки між раціональним каналом емпатії та першою фазою емоційного вигорання – фазою напруження ($r = 0,34$, $p < 0,01$), двома складовими цієї фази: переживанням психотравмуючих обставин ($r = 0,28$; $p < 0,01$), рівнем тривоги і депресії ($r = 0,37$ ($p < 0,01$)) (рис. 1).

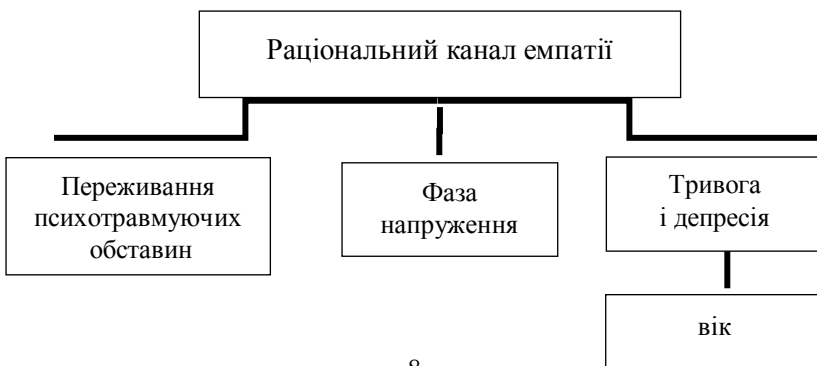


Рис. 1. Кореляційні зв'язки раціонального каналу емпатії та першої фази емоційного вигорання у загальній групі досліджуваних

Альтруїстичний тип ставлення до людей прямо корелює з емоційним каналом емпатії ($r = 0,28$; $p < 0,01$); проникливістю в емпатії ($r = 0,33$; $p < 0,01$).

Очікування позитивного ставлення від інших – з проникливістю в емпатії ($r = 0,26$; $p < 0,01$). Самозвинувачення – з емоційним каналом емпатії ($r = 0,25$; $p < 0,01$) та альтруїстичним типом ($r = 0,30$; $p < 0,01$). Вік корелює з тривогою та депресією ($r = 0,26$; $p < 0,01$) (рис. 1.1).

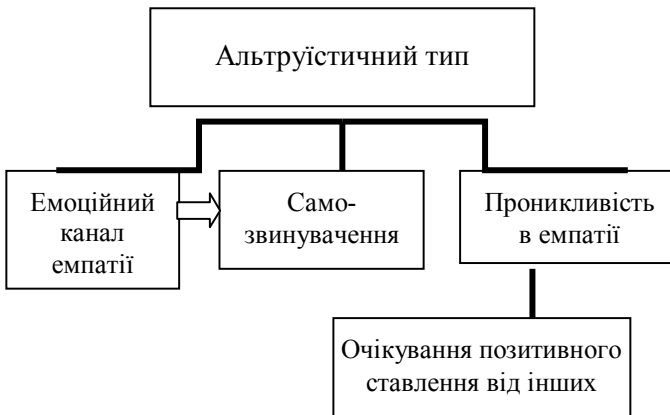


Рис. 1.1. Плеяда кореляційних зв'язків особистісних характеристик з альтруїстичним типом ставлення до людей у загальній групі досліджуваних

Емоційне вигорання, зокрема його перша фаза, пов'язано із здатністю особистості до співпереживання. Лікарі, в яких розвинена емпатійність, глибоко переживають психотравмуючі обставини, що зумовлює високий рівень емоційного напруження. Фаза напруження, яка проявляється в легкій формі через турбо-

ту про себе, характеризується забуванням певних робочих обов'язків і залежить від характеру діяльності, сили нервово-психологічних навантажень і особистісних характеристик спеціаліста. Особі з альтруїстичним типом ставлення до інших характерна гіпервідповідальність; вона завжди приносить в жертву свої інтереси, прагне допомагати та співчувати усім, нав'язує свою допомогу достатньо активно. Виявлені кореляційні зв'язки (див. рис. 1.1.) засвідчили, що в основі альтруїстичності лежать очікування позитивного ставлення від інших, самозвинувачення та емоційний канал емпатії. Редукція професійних досягнень провокує виникнення у лікарів почуття некомпетентності у своїй професійній сфері, усвідомлення неуспішності в ній, вміння зрозуміти іншу людину на основі співпереживання.

Обернений кореляційний зв'язок спостерігається між *Самовпевненістю* та фазою напруження ($r = -0,26$; $p < 0,01$), розширенням галузі економії емоцій ($r = -0,42$; $p < 0,01$), фазою резистенції ($r = -0,30$; $p < 0,01$), фазою виснаження ($r = -0,29$; $p < 0,01$), рівнем емоційного вигорання ($r = -0,33$; $p < 0,01$). Самовпевненим лікарям менш властива схильність до емоційного вигорання. Адже впевнена у собі людина вміє краще протидіяти симптомам емоційного виснаження. *Стаж* у групі досліджуваних обернено корелює з інтуїтивним каналом емпатії ($r = -0,26$; $p < 0,01$) та ідентифікацією в емпатії ($r = -0,35$; $p < 0,01$); це свідчить про те, що з віком емпатійність лікарів зменшується.

Тенденцію до кореляційного зв'язку в загальній групі досліджуваних лікарів простежуємо між *раціональним каналом емпатії та суб'єктивним переживанням надмірного тиску* («загнаність у клітку») ($r = 0,24$; $p < 0,05$); неадекватним вибірковим емоційним реагуванням ($r = 0,21$; $p < 0,05$); редукцією професійних обов'язків ($r = 0,20$; $p < 0,05$); фазою виснаження ($r = 0,24$; $p < 0,05$). *Ідентифікацією в емпатії* та: редукцією професійних обов'язків ($r = 0,25$; $p < 0,05$); емоційною віддаленістю ($r = 0,24$; $p < 0,05$); рівнем емоційного вигорання ($r = 0,21$; $p < 0,05$). Тобто, чим краще у медиків розвинені емоційні канали емпатії, тим

більшою є тенденція до розвитку другої стадії емоційного вигорання, у якій спостерігається зниження інтересу до роботи, потреби в спілкуванні, прогресування апатії до кінця тижня, поява стійких соматичних симптомів (немає сил, енергії, особливо в кінці тижня, головні болі ввечерами, «мертвий сон без сновидінь», збільшення кількості простудних захворювань, підвищена дратівливість).

Також у групі досліджуваних лікарів простежується тенденція до оберненого кореляційного зв'язку між *авторитарним типом ставлення до людей* та фазою напруження ($r = -0,21$; $p < 0,05$); емоційно-моральною дезорієнтацією ($r = -0,24$; $p < 0,05$); емоційним дефіцитом ($r = -0,19$; $p < 0,05$); між *самоповагою* та розширенням галузі економії емоцій ($r = -0,24$; $p < 0,05$), фазою виснаження ($r = -0,23$; $p < 0,05$); емоційним каналом емпатії ($r = -0,21$; $p < 0,05$); інтуїтивним каналом емпатії ($r = -0,20$; $p < 0,05$); між *самовпевненістю* та компонентами першої фази емоційного вигорання, зокрема, переживанням психотравмуючих обставин ($r = -0,21$; $p < 0,05$), незадоволеністю собою ($r = -0,20$; $p < 0,05$). Потрібно зазначити, що авторитарність як поняття охоплює самоповагу та самовпевненість як притаманні їй характеристики. Тому можна зробити висновок, що чим більше особистості характерна авторитарність, тим меншим є рівень емоційного вигорання.

За допомогою кореляційного аналізу (кореляція Пірсона) у підгрупі хірургів встановлено прямі кореляційні зв'язки між альтруїстичним типом ставлення до людей та проникливістю в емпатії ($r = 0,42$; $p < 0,01$). Делікатність, прагнення допомогти іншим відповідають проникаючій здібності до емпатії, що розглядається як комунікативна якість людини, що дозволяє створити атмосферу відкритості, довіри та щирості.

Також простежується зв'язок між віком та установками, що сприяють емпатії ($r = 0,36$; $p < 0,01$); очікуванням позитивного ставлення від інших ($r = 0,36$; $p < 0,01$) (рис. 2.).

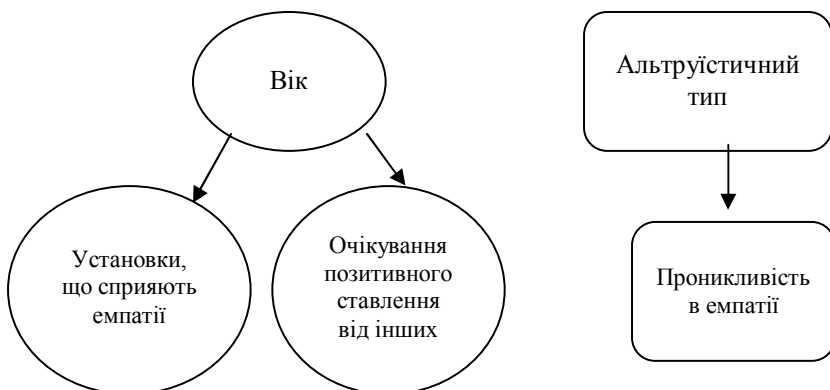


Рис. 2. Плеяди прямих кореляційних зв'язків у групі хірургів

Отже, установки, що сприяють чи заважають емпатії, відповідно полегшують чи затримують дії всіх емпатійних каналів. Ефективність емпатії, швидше за все, підвищується, якщо лікар керується очікуваннями позитивного ставлення від інших. Подібне налаштування різко розширює діапазон емоційної щирості та емпатійного сприйняття. Отримані кореляційні зв'язки свідчать про те, що чим вищими є показники за методикою «Самоставлення», яка охоплює самоповагу, самовпевненість, очікування позитивного ставлення від інших, тим нижчими є показники емоційного вигорання та емпатійності.

Самозвинувачення має обернено кореляційні зв'язки із фазою виснаження ($r = -0,37$); це дає нам змогу аргументувати, що емоційний дефіцит, виснаження, певні психосоматичні порушення викликають самозвинувачення.

Таким чином, специфіка професійної діяльності хірургів активно впливає на їх професійну деформацію. На концептуальному рівні визначено такі сфери професійної деформації хірургів: афективну, професійно-мотиваційну, поведінкову та фізіологічну. Виділено дві групи чинників професійної деформації лікарів, зокрема, організаційні, що залежать від зовнішніх обставин, та особистісні, а саме відповідність чи невідповідність

професійних і особистісних якостей предмету професійної діяльності. Наші дослідження свідчать, що результатом професійної деформації хірургів можна вважати низький рівень емпатійності, високий рівень емоційного вигорання, самовпевненість та очікування позитивного ставлення від інших, оскільки встановлено прямий кореляційний зв'язок між стажем лікарів та цими показниками.

Результати наукової роботи створюють теоретичне та емпіричне підґрунтя для подальшого дослідження психологічних особливостей професійної деформації хірургів. Перспективним напрямком роботи залишається порівняльне дослідження професійної деформації хірургів з представниками інших професій та спеціальностей.

Потребують вивчення психологічні особливості поведінкових стратегій лікарів, що протидіють виникненню професійної деформації.

1. Бойко В.В. Энергия эмоций / В.В. Бойко. – 2-е изд., доп. и перераб. – СПб.: Питер, 2004. – 474 с.

2. Большая медицинская энциклопедия: в 36 т. – 2-е изд. – М.: Сов. Энцикл., 1964. – Т. 35. – С. 831–839.

3. Зеер З.Ф. Психология профессий / З.Ф. Зеер. – Екатеринбург, 1997.

4. Земфир К.С. Удовлетворенность трудом: Мнения социолога: пер. с рум. / К.С. Земфир. – М.: Политиздат, 1983. – 142 с.

5. Набухотний Т.К. Права людини в системі взаємовідносин «лікар-пацієнт» в відкритому суспільстві / Т.К. Набухотний, Ю.М. Скалецький, В.П. Павлюк. – К.: Телеоптик, 2000. – 219 с.

6. Турак Й.А. Етичні та правові засади медичного втручання: З погляду лікаря-практика / Й.А. Турак. – Ужгород: Вид-во Закарпаття, 2002. – 192 с.

7. Schepard I.D. Additive pressor effects of caffeine and stress in male medical students at risk for hypertension / I.D. Schepard, M. Al'Absi, T.L. Whitsett, R.B. Passey, W.R. Lovallo // Am. J. Hypertens. – 2000. – V. 13. – P. 475–481.



Кравец Н.М. Психологические особенности профессиональной деформации медицинских работников (хирургов).

Аннотация. В статье раскрыто содержание понятия профессиональной деформации, которое рассматривается как результат и процесс личностных изменений в результате влияния профессиональной деятельности. Установлена взаимосвязь между личностными чертами и профессиональной деформацией хирургов, компонентами эмоционального выгорания и эмоциональными каналами эмпатии, самоутверждением и типом отношений личности к другим.

Ключевые слова: профессиональная деформация, эмоциональное выгорание, эмпатия, самоутверждение.



Kravets N.M. Psychological features of professional deformation of medical workers (surgeons).

The essence of the professional deformation of the surgeons is clarified in the article, it is considered to the result and the process of their personal changes caused by the influence of the profession. The interrelation between the personal features and the professional deformation of the surgeons, the components of the emotional burning down and the emotional channels of the empathy, self-attitude and the type of the attitude of a personality towards others are defined.

Key words: professional deformation, emotional burning down, empathy, self-attitude.

