

В. В. ГОРАЧУК

Територіальне медичне об'єднання "Лівобережне", м. Київ

ОСОБЛИВОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЯКОСТЕЙ ЛІКАРІВ АКУШЕРІВ-ГІНЕКОЛОГІВ І ПЕДІАТРІВ ПОЛІКЛІНІЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Наукові праці МАУП, 2008, вип. 1(17), с. 215–219

Розглядаються особливості індивідуально-психологічних якостей лікарів поліклінічних закладів — акушерів-гінекологів жіночих консультацій та дільничних педіатрів дитячих поліклінік. Особливості психоемоційного стану, комунікативних навичок, самооцінки лікарів має враховувати керівник при формуванні кадрової політики та мотивації людей до праці.

Однією з характеристик кваліфікаційної моделі менеджера медицини вважають вміння комплексного управління персоналом, зокрема успішного застосування психологічних методів управління [4; 5]. Ефективність їх впливу "...значною мірою зумовлюється тим, наскільки він (керівник. — курсив наш) враховує соціальні та індивідуально-психологічні особливості підлеглих" [1].

Психологічні особливості підлеглих тісно пов'язані з професійно важливими якостями спеціалістів, обов'язковими для успішної діяльності медичного закладу. Експериментальними дослідженнями М. В. Кліщевської, Г. М. Солнцевої встановлено, що основними професійно-важливими якостями лікаря є "висока відповідальність, низький рівень агресивності, відсутність конфліктної поведінки, терпимість, вміння встановити контакт з пацієнтом, здатність до спілкування, висока емоційна стійкість, низька тривожність, зібраність, вміння зосередитись, приймати рішення, швидко та адекватно орієнтуватись у складних ситуаціях, низький рівень нейротизму" [3].

Особливості професійної діяльності акушерів-гінекологів жіночих консультацій та дільничних педіатрів дитячих поліклінік в умовах реформування медичної галузі і державної політики, спрямованої на пріоритетність охорони материнства і дитинства, вимагають найдосконалішого розвитку професійно важливих якостей лікарів зазначених спеціальностей. Їх має враховувати менеджер охорони здоров'я при відборі персоналу на посади лікарів, а також при делегуванні повноважень

підлеглим для реалізації управлінських рішень, спрямованих на охорону здоров'я та надання медичної допомоги матері й дитині.

З метою вивчення індивідуально-психологічних якостей лікарів, які стоять на чатах здоров'я маленьких пацієнтів та їхніх матерів, та інформування керівників відповідних закладів про отримані результати для використання їх при формуванні кадрової політики у нашому дослідженні був задіяний 121 лікар (59 акушерів-гінекологів і 62 дільничних педіатрів) амбулаторно-поліклінічних установ м. Києва.

Для дослідження був обраний відповідний методичний інструментарій: метод опитування (бесіди, письмове анонімне анкетування), метод психологічного тестування. Були застосовані наступні діагностичні методики: "Шкала самооцінки і оцінки тривоги" Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна; "Діагностика комунікативної настанови (установки)" В. В. Бойка; FPI — Фрайбурзький особистісний опитувальник.

Серед *індивідуально-психологічних якостей* ми виокремили *особистісні та соціально-демографічні* [4]. Обраний методичний інструментарій дав змогу вивчити такі особистісні якості респондентів, як тривожність, комунікативні здібності, агресивність, депресивність, дратівливість, врівноваженість, сором'язливість, екстраверсія — інтроверсія, емоційна лабільність, маскулінізм — фемінізм, та соціально-демографічні: вік, стать, сімейний стан, наявність дітей у сім'ях, побутові умови.

Результати дослідження респондентів за “Шкалою самооцінки і оцінки тривоги” Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна наведено у табл. 1.

Аналіз результатів, наведених у табл. 1, свідчить про те, що переважна кількість дільничних лікарів (72,7 %) має високий рівень особистісної тривожності, 24,8 % — помірний рівень, 2,5 % низький рівень особистісної тривожності. Педіатри більш тривожні, ніж їхні колеги акушери-гінекологи.

Відомо, що особистісна тривожність — відносно стійка індивідуальна якість особистості, яка характеризує ступінь її стурбованості, емоційної напруженості внаслідок дії стресових чинників. Як індивідуальна риса, тривожність характеризується стійкою схильністю сприймати достатньо широке коло ситуацій як загрозливі, реагувати на них станом заклопотаності, нервозності і неспокою. У 43,8 % опитаних високий рівень ситуативної тривожності, у 45,5 % — помірний рівень, у 10,7 % — низький рівень ситуативної тривожності, яка характеризує реакцію людини на певні обставини. При вирішенні складних завдань і складних проблем дії тривожних лікарів стають неадекватними, безпорядними, що ускладнює їхню професійну діяльність [1].

З метою вивчення *комунікативних здібностей лікарів*, зокрема, комунікативної установки та комунікативної толерантності, які мають бути найбільш розвиненими та є професійно важливими у працівників соціальної сфери [2], була застосована методика “Діагностика комунікативної настанови (установки)” В. В. Бойка. За результатами дослідження ми отримали високі значення показника негативної комунікативної установки у 80,2% респондентів (табл. 2).

Аналіз складових негативної комунікативної установки свідчить про такі характерні риси лікарів, як завуальована жорстокість у ставлення до

людей, тобто недобррозичливість, настоюга, негативні висновки про партнерів, небажання відгукнутись на їхні проблеми. Відкрита жорстокість означає, що працівник не приховує свої негативні оцінки оточуючих, негативно налаштований практично на будь-якого партнера. Обґрунтований негативізм демонструють люди зі зниженою самокритикою, непослідовні у висловлюваннях, з внутрішніми суперечностями, необґрунтований негативізм — люди, схильні робити необґрунтовані узагальнення негативних фактів у сфері взаєностосунків [3].

Отримані результати вказують на те, що лікарі досліджуваної групи мають яскраво виражені симптоми негативної комунікативної установки, а отже, вирізняються недостатньою емоційною зрілістю, емоційною саморегуляцією, цілісністю особистості.

Ознаки зниженої толерантності встановлені у 33,9 % опитуваних лікарів (див. табл. 2). Це означає відсутність або занижену терпимість у лікарів до своїх пацієнтів, колег, інших людей з оточення. При детальному розгляді складових, за якими визначалась комунікативна толерантність, виявлено, що найбільші відхилення у професійній поведінці лікарів стосуються таких параметрів, як “уміння розуміти або приймати індивідуальність інших людей”, “тенденція оцінювати поведінку, характер думок або окремі характеристики людей, виходячи з власного Я”, “уміння приховувати або хоч би згладжувати неприємні відчуття, що виникають при зіткненні з некомунікабельними якостями партнерів”.

Дослідження респондентів за FPI — Фрайбурзьким особистісним опитувальником дозволило визначити *стани та якості особистості*, які мають першочергове значення для процесів соціальної адаптації та регуляції професійної поведінки.

Таблиця 1

Розподіл лікарів за рівнями ситуативної та особистісної тривожності

Лікарі	Шкала самооцінки ситуативної тривожності, %	Рівні тривожності	Шкала самооцінки особистісної тривожності, %
Акушери	35,6	Високий	55,90
Педіатри	51,6		88,70
Акушери	47,5	Помірний	39,98
Педіатри	43,5		11,30
Акушери	16,9	Низький	5,10
Педіатри	4,8		—
Разом	43,8	Високий	72,70
	45,5	Помірний	24,80
	10,7	Низький	2,50

Таблиця 2

**Результати дослідження лікарів
за методикою діагностики комунікативної
настанови (установки) В. В. Бойка**

Професійна група	Кількість лікарів, %	З ознаками негативної комунікативної установи, %	З ознаками зниженої толерантності, %
Акушери-гінекологи	48,8	76,3	27,0
Педіатри	51,2	83,9	40,3
Разом	100,0	80,2	33,9

Аналіз отриманих даних за шкалами опитувальника свідчить про низький рівень потреби у спілкуванні у 66,9 % наших респондентів (шкала “комунікабельність”), що підтверджує результати досліджень за методикою “Діагностика комунікативної настанови (установки)” В. В. Бойка.

Для 54,6 % досліджуваних характерний високий рівень невротизації, для 19 % – середній рівень. Поняття “невротичність” тісно пов’язано з поняттям “тривожність” [1]. Обидва феномени мають загальні стійкі компоненти – підвищене переживання особистісної загрози, підвищену чутливість до невдач і помилок, невдоволення собою, неспокій. Тривожність не сприяє ефективній діяльності лікаря у складних умовах.

У 33,3% лікарів високий рівень показника за шкалою “депресивність”, що свідчить про зниження їхнього емоційного стану, наявність песимізму, пригніченості духовних сил, зниження самооцінки [4]. Результати показників тривожності й депресивності, отримані при тестуванні та письмовому опитуванні, значно різняться: лише 7,4 % респондентів оцінили свій стан як тривожний, 17,4 % – як песимістичний або депресивний. Це вказує на неадекватність самооцінки лікарями свого емоційного стану.

Значна кількість опитуваних характеризується нестійким емоційним станом зі схильністю до афективного реагування: 42,1 % мають високий рівень показника за шкалою “дратівливість”. Високою стабільністю емоційного стану відзначаються лише 18,2 % лікарів, решта має часті коливання настрою, підвищену збудливість, недосконалу саморегуляцію. Емоційна стабільність є важливим чинником, який впливає на емоційне здоров’я особистості, стресостійкість, схильність до “професійного вигорання” [6].

7,4 % лікарів мають високі оцінки за шкалою “спонтанна агресивність”, що означає можливість їхньої імпульсивної поведінки, 23,9 % лікарів – високі оцінки за шкалою “реактивна агресив-

ність”, що характеризує їх як осіб з агресивним ставленням до соціального оточення.

Майже чверть лікарів не здатні захиститись від дії стресових чинників: за шкалою “врівноваженість” вони мають низький рівень показника. Близько 60 % лікарів схильні до стресового реагування на звичайні життєві ситуації через недостатню впевненість у собі, занижену самооцінку, скутість, внаслідок чого виникають труднощі в соціальних контактах.

Понад 40 % досліджених є глибоко інтровертованими особами, тобто людьми замкненими, схильними до самоаналізу, уникнення контактів. У них ускладнена адаптація до нових умов, вони краще виконують одноманітну роботу, ніж таку, що пов’язана з максимальним напруженням.

Отже, встановлені характеристики психоемоційного стану, комунікативних навичок і самооцінки досліджуваних лікарів мають націлити керівника на необхідність прийняття управлінського рішення щодо організації заходів, спрямованих на коригування психоемоційного здоров’я підлеглих. Саме від нього залежить характер стосунків медичного працівника з іншими людьми – пацієнтами, колегами, адміністрацією. Агресивний, неврівноважений, тривожний, роздратований лікар порушує етичні засади медичної діяльності, правила професійної поведінки, завдає моральну шкоду оточенню, викликаючи невдоволення хворих, їхніх родичів, співробітників, знижуючи свій престиж як фахівця і престиж медичної установи, в якій працює.

Особливе значення для ефективної організації діяльності колективу мають погляди менеджера на психологічні особливості працівників, зумовлені соціально-демографічними характеристиками. За результатами їх дослідження у лікарів ми отримали наступні результати. Лікарі акушери-гінекологи та педіатри у нашій вибірці усі жіночої статі, за FPI – Фрайбурзьким особистісним опитувальником мають чітко виражені риси фемінізму: у 53,7 % лікарів низькі показники за шкалою “маскулінізм-фемінізм”, у 40,5 % – середні. Це відповідає їхній біологічній суті, але містить потенційну загрозу для розвитку професійних деформацій, професійного “вигорання”: жінки у стресовій ситуації більше, ніж чоловіки, схильні до емоційного виснаження, тому що більш спроможні до емоційного відгуку, але цим ставлять під загрозу своє емоційне здоров’я, ризикують емоційно та фізично спустошитись і набути психосоматичних і психовегетативних порушень [2]. Жінка, яка працює, відчуває більш високі

виробничі навантаження, ніж чоловіки, через додаткові домашні та сімейні обов'язки [3]. Жінки чутливіші до стресових впливів при виконанні обов'язків, які потребують від них співчуття, виховних вмінь, підпорядкування [1].

Розподіл лікарів за віком свідчить про те, що наймолодший вік опитаних у нашій вибірці — 25–34 роки; лікарі цієї вікової групи складають найменшу частку серед досліджуваних — 21,5 %. Це вік ранньої зрілості, коли людина намагається досягнути “вершини життя” і встановити на ній надійні соціальні стосунки [4]. Але у цьому віковому періоді вік від 30 до 33 років психологи називають кризовим щодо професійної кар'єри внаслідок переорієнтації цінностей, характерних для молоді, на нові цінності, які передбачають більшу міру відповідальності за себе, своїх близьких [5].

Найбільш чисельна група лікарів у віці 35–44 роки — 28,9 %. Цей віковий період дозволяє людині найефективніше керувати своїм життям, але водночас існує реальна загроза відчуття “кризу середини життя” — найважчу кризу професійного становлення особистості, коли особа відчуває втрату відчуття молодості, згасання фізичних сил, втрату звичних ролей, коли необхідно відповісти на запитання: що досягнуто, які сподівання не справдились, що насправді означає життя? [2].

У віці 45–54 роки перебувають 26,4 % респондентів. Якщо людина успішно пододала попередні кризи, то в 45 років з'являється відчуття стабільності й задоволення. Нова криза виникає близько 50 років. Б. Ливехуд відзначає, що у віці 50–56 років виникає відчуття трагічності життя, тому людина якомога більше поглиблюється в роботу. Якщо людина відкриває для себе новий зміст життя, то, крім роботи, вона знаходить щастя в інших справах, особливо в духовному плані [1].

У віці старше 55 років перебувають 23,1 % респондентів. Час після 56 років для багатьох людей означає, що майбутнього більше немає, все найкраще в минулому, у багатьох є відчуття того, що найголовніше в житті ще не зроблено. Для похилого віку характерні загострена чутливість до проявів уваги і турботи, підвищена потреба у спілкуванні, яка усуває почуття самотності, стандартизація типів спілкування, схильність до образ, настою, недовіра, зниження пам'яті, уваги, гостроти слуху [1].

Керівник повинен знати, що психофізіологічні особливості вікових періодів і пов'язані з ними кризи професійного становлення особистості характерні для чутливих періодів утворен-

ня професійних деформацій персоналу. Непродуктивний вихід з кризи спотворює професійну спрямованість, знижує професійну активність, сприяє формуванню негативної професійної позиції. З урахуванням вікових особливостей персоналу керівник має будувати свої стосунки з працівниками і формувати колектив: правильне поєднання у структурних підрозділах фахівців більш молодого і старшого віку, вмілий розподіл між ними обов'язків забезпечить ефективне функціонування всіх ланок медичного закладу [6].

Важливою у кадровій роботі керівника є увага до особистого життя підлеглого, знання окремих сторін якого можуть допомогти в побудові ефективних виробничих стосунків. Так, для кожної людини важко переоцінити важливість сім'ї, сімейних стосунків, які дають почуття стабільності, захищеності, впевненості у своїх силах (табл. 3).

Таблиця 3

Розподіл лікарів за сімейним станом

Лікарі	Сімейний стан, %		
	заміжні	незаміжні	розлучені
Акушери	84,5	7,0	8,5
Педіатри	79,2	16,0	4,8
Разом	81,8	11,6	6,6

Переважає частина досліджуваних лікарів — 81,8 % — працівники з надійним “тилом”, на яких передусім може розраховувати керівник при вирішенні найважливіших завдань, не забуваючи приділяти увагу важливим подіям у сімейному житті підлеглих. Це можливість мотивувати людей до праці через позитивне ставлення керівника [2]. Одинокі люди гостро відчувають почуття самотності, непотрібності, особливо у напружених, стресових станах, тому їм потрібна соціальна підтримка. Тактичне ставлення керівника до працівників з невлаштованим особистим життям покращить їхній психоемоційний стан, сприятиме позитивній установці на працю.

Серед лікарів досліджуваної групи переважає частина — 85,8 % — виховує одну або дві дитини, тобто сім'ї малодітні. Лише 3 % мають трьох дітей, бездітні — 21,2 % респондентів. Навіть малодітні сім'ї лікарів змушені сьогодні більше витрачати, що посилює їхню невдоволеність складними соціально-економічними умовами. Відповідальне виконання батьківських обов'язків в (приділяти увагу дітям) також може підвищувати повсякденне психічне напруження, яке впливає на результативність праці [5]. Станом побутових умов переважає частина лікарів задоволена, але лікарі,

які потребують їх покращання, під час бесіди з нами відзначали, що побутові проблеми негативно впливають на їхній психоемоційний стан, а в подальшому і на професійні стосунки.

Викладене дає змогу зробити певні висновки.

1. Індивідуально-психологічні характеристики лікарів амбулаторно-поліклінічних закладів — акушерів-гінекологів, педіатрів за більшістю показників не відповідають вимогам до професійно важливих якостей особистості: у переважній кількості досліджуваних встановлені порушення психоемоційної сфери, здатності до саморегуляції, має місце низький рівень комунікативних навичок, толерантності. Гендерні особливості підсилюють недосконалість адаптації до соціального оточення, вікові особливості на тлі індивідуальних несуть загрозу виникнення криз професійного становлення. Невлаштований сімейний стан частини респондентів також підвищує психоемоційне напруження.

2. Визначені особливості становить реальну загрозу стану психосоматичного здоров'я лікарів і сприяють порушенню професійної поведінки, що призводить до зниження ефективності медичної діяльності.

3. Керівник-менеджер має враховувати психологічні особливості підлеглих для визначення напрямків кадрової політики закладу, мотивації людей до праці. Першочерговими мають бути заходи, спрямовані на відновлення належного психоемоційного стану персоналу, формування у підлеглих комунікативних навичок, поновлення знань з питань дотримання принципів медичної етики і деонтології. Піклування керівника про відновлення професійного здоров'я лікарів стане додатковим засобом мотивації до ефективної діяльності.

4. У подальшому керівникові доцільно планувати комплекс заходів щодо безперервного моніторингу стану психосоматичного здоров'я спеціалістів за допомогою фахівців — психологів і “довірених” лікарів, а також за допомогою своєчасного діагностування і психологічного коригування виявлених відхилень, надання при потребі психотерапевтичної допомоги.

Результати дослідження підтверджують необхідність високого рівня психологічної освіти керівника-менеджера медичного закладу та його підвищеної уваги до психологічних якостей персоналу. Перспективами наступних досліджень слід вважати визначення психологічних особливостей особистості лікарів інших медичних спеціальностей і розробку спеціальних навчальних програм роботи з персоналом для менеджерів медицини з урахуванням отриманих результатів.



Література

1. Аболин Л. М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека. — Казань: КГУ, 1987.
2. Богучарова О. І. Здоров'я особистості у психологічній перспективі / Київ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка. — К., 2004. — С. 203–214.
3. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других. — М.: Наука, 1996. — 142 с.
4. Дьяченко И. И., Кандыбович Л. А. Психология: Слов. справ. — ООО “Хэлтон”, 1998.
5. Журாவель В. И. Основы менеджмента в системе здравоохранения. — К., 1994. — 336 с.
6. Зайчикова Т. В. Соціально-психологічні детермінанти синдрому “професійного вигорання” у вчителів: Дис. ... канд. психол. наук. — К., 2005. — 140 с.

Наведено результати соціально-психологічного дослідження індивідуальних і соціально-демографічних характеристик лікарів, які мають значення для оцінювання відповідності професійно важливих якостей фахівців вимогам професії та повинні враховуватись менеджерами медичних закладів як чинники мотивації до праці.

Представлены результаты социально-психологического исследования индивидуальных и социально-демографических характеристик врачей, которые имеют значение для оценки соответствия профессионально важных качеств специалистов требованиям профессии и должны быть учтены менеджерами медицинских заведений как факторы мотивации людей к труду.

Are submitted results of socially psychological research of individual and socially demographic characteristics of the doctors which matter for an estimation of conformity of professionally important qualities of experts to requirements of a trade and should be taken into account by managers of medical institutions at motivation of people to work.

Надійшла 15 жовтня 2007 р.