

УДК 616-051-027.561

Чайкіна Н.О.,

к.психол.н., доцент кафедри психології

Полтавського національного педагогічного університету імені В.Г. Короленка, *magic_tala@mail.ru*

Україна, м. Полтава

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІОНАЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

У статті аналізується сутність процесу професіоналізації медичних працівників, як системного утворення. Суттєвими компонентами процесу професіоналізації медиків є неперервність професійного розвитку, перманентність професійно-особистісного вибору і необхідність прийняття рішень на кожному етапі професіогенезу. Зміна провідної парадигми сучасної медицини впливає на процеси професіоналізації медичних працівників, що пов'язані з високим розумовим і психоемоційним напруженням.

Розкрито смислове значення диспозиційно-рефлексивного підходу до розвитку образу «Я»-фахівця у медичних працівників. Диспозиційні властивості проявляються на рівні загальних професійно-важливих якостей, які необхідні для медичних працівників, не залежно від профілю спеціальності і спеціалізації («Я»-базове) і специфічних властивостей і якостей особистості фахівця, які визначаються своєрідністю напрямку медичної діяльності, яка вимагає виконання певних виробничих дій («Я»-ситуаційне). Рефлексивні властивості фахівця найбільш повно проявляються в умовах професійних криз, які призводять до емоційних переживань і вимагають певних вольових зусиль по їх подоланню.

Описуються професійні зміни медичних працівників, які проявляються у вигляді редуції персональних досягнень, неефективної саморегуляції, деперсоналізації, емоційного виснаження та емоційного вигорання.

Акцентовується увага на актуалізації особистісно-професійних потенційних і організаційно-резервних факторів професіоналізації у запобіганні професійних деформацій медичних працівників.

Ключові слова: медичні працівники, професіоналізація, образ «Я»-фахівця, диспозиційні і рефлексивні властивості, кризи, ризику дезадаптації.

Постановка проблеми. У процесі реформування і модернізації змін вітчизняної медицини багато медичних закладів опинились у критичному стані через недосконалу систему управлінських, організаційних, соціально-психологічних механізмів господарювання. На будь-якому етапі розвитку економічних відносин їх результативність опосередковується «людським фактором» [1]. Це, відповідно, обумовлює необхідність проведення подальших наукових розробок в напрямку забезпечення ефективності процесів професіоналізації медичних працівників. Оскільки медична реформа в країні вимагає трансформації позиції пацієнта у лікуванні, сучасних взаємовідносин між лікарем і пацієнтом, працювати приходиться в новій атмосфері, яка характеризується переходом від патерналістської моделі до партнерської, жорстокою конкуренцією, що проявляється у боротьбі за якість лікувальних послуг, професіоналізм і конкурентоспроможність медичних працівників.

Входження людини в професію – це особливий, складний і надзвичайний процес професіоналізації, від успішності якого залежить уся професійна доля фахівця. Професійна діяльність і поведінка людини в будь-який проміжок часу залежить від її сприйняття ситуації та об'єкта, від її готовності до змін внутрішнього і зовнішнього середовища у вигляді готового набору варіантів можливих стратегій адаптації [2]. Тому актуальним залишається формування та впровадження моделі професіоналізації фахівців до цих змін, що сприятиме їх успішній адаптації, стабільному функціонуванню у закладі і забезпеченні конкурентних переваг.

Мета роботи. Метою публікації є розгляд сутності процесу професіоналізації медичних працівників, як системного утворення, встановлення факторів ризику професійної дезадаптації у діяльності медичних працівників, що потребують першочергового нівелювання.

Вклад основного матеріалу. Ефективність діяльності медичних працівників в більшій мірі визначається не тільки рівнем його професійних навичків, але й характером професійного самовизначення, відношенням до професії, професійною ідентифікацією і професіоналізацією в цілому. Часто діяльність медичних працівників відбувається в умовах соціо-психологічних вимог, що пов'язана з високим розумовим і психоемоційним напруженням. Особливо це спостерігається в теперішній час, коли здійснюється зміна провідної парадигми сучасної медицини: медична-змінюється на медико-психологічну, коли відбувається поступовий перехід від розглядання пацієнта в якості об'єкта допомоги на ставлення до нього як до суб'єкта лікувально-реабілітаційного процесу.

Теоретичну основу дослідження формують праці вчених, в яких вивчаються процеси професіоналізації в площині факторних детермінацій. Серед них такі знані імена, як Б.Г.Ананьєв, А.А.Деркач, Е.П.Ільїн, Е.А.Клімов, Ю.П.Поварьонков, А. Реан, які наголошують на тому, що процес становлення професіонала це довготривалий і неперервний процес, який охоплює частину життя людини і включає різні періоди і фази. Представники традиційного підходу до дослідження процесу становлення професіонала: А.В.Анісімова, Ро Енн, Б.Ф.Зимовський, В.М.Ретнев, М.С.Роговін, Л.П.Урванцев,

Е.Шпрангер розглядають працівника як певну систему, якій притаманний завчасно заданий набір окремих психологічних якостей, психофізіологічних функцій, що забезпечує оптимальне пристосування особистості до вимог спеціальності. Такі вчені як А.К. Маркова, Н.С. Пряжнікова, Н.О. Чайкіна, В.Д. Шадрікова, А. Маслоу, Д. Сьюпер, Дж. Холанд та інші розглядають працівника, який у своєму професійному розвитку проходить певні стадії адаптації/деадаптації і кризи, в результаті яких формуються особистісні диспозиції, мотивація і образ «Я»-фахівець, як важливі психічні новоутворення і інтегральні регулятори професійного становлення фахівця.

Згідно концепції Е.О. Клімова (1998) про стадії професіоналізації: від початку вибору професії (стадія оптації) до досягнення професійних вершин (стадія майстерності, авторитету і наставництва) відбувається якісна перебудова особистісних характеристик людини як суб'єкта праці [3]. В той же час, в залежності від ситуації, можливий не тільки рух вперед, але й повернення до ранніх стадій (наприклад, при зміні роботи). Сисоєва О.В. [4] наголошує, що в результаті професіоналізації у лікаря формуються зовнішні форми відповідальності, які сприймаються ним як задані зовні. Також суттєвими компонентами процесу професіоналізації медиків є неперервність професійного розвитку, перманентність професійно-особистісного вибору і необхідність прийняття рішень на кожному етапі професіогенезу. Часто професійна позиція фахівця спирається на таке специфічне явище колективної свідомості, як віра людей до лікарів.

Розгляд професіоналізації медичних працівників як системного утворення дозволяє простежити динаміку основних її компонентів і виявити фактори ризику професійної дезадаптації. Виходячи з розуміння диспозиційно-рефлексивного підходу до розвитку образу «Я»-фахівець (Чайкіна, 2013) можна припустити, що в зміст професіоналізації медичних працівників входять диспозиційні властивості на рівні: загальних професійно-важливих якостей, які необхідні для медичних працівників, не залежно від профілю спеціальності і спеціалізації («Я»-базове) і специфічних властивостей і якостей особистості фахівця, які визначаються своєрідністю напряму медичної діяльності, яка вимагає виконання певних виробничих дій («Я»-ситуаційне). Рефлексивні властивості фахівця найбільш повно проявляються в умовах професійних криз, які призводять до емоційних переживань і вимагають певних вольових зусиль по їх подоланню [5]. Такі події на професійному шляху зустрічаються з різною частотою у праці медиків різних спеціальностей, що часто приводить до стану професійної дезадаптації.

Специфіка психологічних криз, які переживаються медиками визначається характером їх праці, яка вимагає взаємодію фахівця з пацієнтами в найбільш тяжкі періоди їх життя. Як зазначає О.Г. Носкова [6], кризи поділяються на нормативні (професійні, які обумовлені динамікою процесу професіоналізації); ненормативні (особистісні, які обумовлені індивідуальними властивостями медика і його життєвим шляхом); гострі (емоційні, які обумовлені специфічними переживаннями

виробничих ситуацій). До ситуацій які визивають гострі кризи відносяться: смерть пацієнта у зв'язку з патологією, яка несумісна із життям; професійна (об'єктивна) безпорадність лікаря; необгрунтована критика професійних дій лікаря з боку пацієнта або його родичів; лікувально-діагностична помилка; конфлікт з керівництвом ЛПЗ (найбільш виражені гострі кризи спостерігаються у роботі хірургів, реаніматологів, педіатрів). Також під найбільший ризик формування «синдрому емоційного вигорання» підпадають певні професійні групи лікарів: хірурги, анестезіолого-реаніматологи, поліклінічні терапевти, лікарі віддалених, районних ЛПЗ [7].

Нами було проведено дослідження диспозиційних властивостей, які суттєво впливають на процес професіоналізації медичних працівників і вимагають особливих особистісно-вольових зусиль по їх подоланню. Дослідження проводилося на базі 4-ї міської клінічної лікарні м. Полтави, та Переяслав-Хмельницької центральної районної лікарні. У дослідженні брали участь лікарі і медичні сестри. Серед них працівники як з багаторічним стажем роботи, так і ті, що лише починають свій професійний шлях. Емпіричне дослідження свідчить, що для праці медиків характерно різне поєднання діяльнісних, особистісних і індивідуальних факторів на шляху професіоналізації, що впливають на формування дезадаптивних станів.

Редукція персональних досягнень у переважній більшості не була виявлена (72% досліджуваних має низький рівень прояву і 28% – середній рівень), що свідчить про позитивне самосприйняття себе у професійному плані і збереженість високої професійної мотивації. Більшість медичних працівників бачать перспективи і можливості самореалізації у професійній діяльності, але спостерігається невідповідність вимог і реальних ресурсів, які висувуються медичним працівникам. Часто неможливість виконати поставлене завдання приводить до порушення професійної продуктивності і позитивних взаємостосунків в колективі. Продуктивність діяльності тим вище, чим частіше фахівець відчуває підтримку і заохочення, а не диктаторство.

Дослідження компонентів саморегуляції поведінки медичних працівників, дає змогу зробити висновок про загрозу у розвитку даної властивості. Загальний рівень саморегуляції досліджуваних є середнім з тенденцією до низького (90%). Аналіз даних за окремими компонентами саморегуляції показав, що найбільше досліджуваних отримали низькі показники за такими шкалами, як "Планування" (45%) і «Програмування» (30%). Ці дані свідчать про недостатню стійкість, деталізованість і ієрархічність цілей діяльності медичних працівників даної групи, які виявляються імпульсивними і непослідовними. Звідси виникає почуття даремності своєї діяльності й відсутність відповідальності за неї, що відображається на ступені професіоналізму і може бути загрозою для такої диспозиційної властивості як самосприйняття себе у професійному плані.

У процесі професіоналізації знижується ефективність саморегуляції у зв'язку із загальною екстернальністю

поведінки, що характерна для 78% медиків. Це обумовлено зовнішньою локалізацією відповідальності, що приводить до самовиправдання у сфері виробничих стосунків. Також працівники сфери охорони здоров'я, що беруть безпосередню участь в лікуванні та реабілітації хворих, особливо гостро відчувають негативні наслідки медичної діяльності. Передусім це пов'язано з тісною взаємодією із великою кількістю хворих людей, з якими необхідно поводитися стримано і уважно, а ще найголовніше, з вимогами якісного виконання своїх професійних обов'язків в умовах стресу. Стикаючись з негативними емоціями, медсестри і лікарі мимоволі включаються у ситуацію хворого, через що починають виявляти підвищену емоційну напругу, яка з часом провокує виникнення низки негативних симптомів і психосоматичних захворювань [8]. При цьому порушення гомеостатичного стану, який має перманентний характер у професіогенезі медиків, виступає як один із факторів ризику формування професійної дезадаптації, а деякі симптоми окреслюють ризику для професійної деформації.

Більш ніж у половині досліджуваних виявляється високий рівень деперсоналізації (67%), а у решти працівників досліджуваної нами групи, спостерігається середній рівень їх прояву (33%). Часто процеси деперсоналізації обумовлюють цинічне ставлення як до праці лікаря, так і до пацієнтів, особливо це стосується чоловіків. Вони втрачають об'єктивну оцінку цілісності і значимості проблеми/травми, втрачається гуманність, приходить байдужість і неузгодженість «Я»-базового і «Я»-ситуативного. Також часто відбувається невідповідність між високою відповідальністю лікаря і авторитарною політикою адміністрації лікарняного закладу, що приводить до відчуття власної безпорадності. Відсутність матеріальної і емоційної винагороди за власний труд приводить до заниження власної значимості і недооцінки виконаних робіт.

Переважає більшість досліджуваних страждають від високого рівня емоційного виснаження (92%), і лише у деяких спостерігається середній рівень їх прояву (8%). Часто вони неусвідомлено залучаються у проблеми/травми пацієнтів, пред'являючи до себе вимоги, які не в змозі виконати, бо не можливо миттєво допомогти пацієнту із-за тривалості процесу лікування. Власні ресурси медиками оцінюються необ'єктивно і швидко виснажуються, особливо це стосується жінок. Найбільшого ризику набули симптоми: "Загнаність у кут" (у 45% досліджуваних вже сформований і ще у 45% на стадії формування), "Тривога і депресія" (у 75% досліджуваних на стадії формування, та у 25% симптом вже сформований). Праця, яка раніше приносила задоволення і можливість для саморозвитку, тепер приносить тільки почуття повної спустошеності, втомленості і виснаження із-за надлишкового потоку робочого навантаження. "Розширення сфери економії емоцій" проявляється у 90% медичних працівників і у 10% на стадії формування; "Емоційне відчуження" проявляється у 63%, і у 37% досліджуваних на стадії формування; та "Особистісне усунення" проявляється у 47%, ще у 47% досліджуваних на стадії формування.

При цьому, працівник, справляючись з професійними завданнями стає апатичним, цинічним та ригідним.

Більшість досліджуваних відчувають психоемоційне вигорання (33% високий і 62% має середній рівень прояву), що свідчить про тенденцію вичерпання емоційних, фізичних, енергетичних ресурсів медиків, внаслідок постійного контакту з людьми. Даний компонент пов'язаний з ризиком особистісного віддалення, яке у більшості досліджуваних медичних працівників має високий і дуже високий рівень прояву (58% і 35%). Він характеризується зменшенням кількості контактів з оточуючими, відсутністю можливості контролювати ситуацію на роботі і своє професійне становище, підвищенням нетерпимості в ситуаціях спілкування, негативізмом по відношенню до інших людей.

Дані симптоми розвиваються саме під дією постійних стресових чинників на роботі, що призводить до почуття напруження, дратівливості, надмірної чутливості, втоми. Вигорання є частковим функціональним стереотипом, оскільки дає змогу людині дозувати та економно витрачати енергетичні ресурси.

Тому, на нашу думку різного роду зміни в професійній діяльності медичних працівників спрямовані на те, щоб актуалізувати потенційні, резервні можливості і сформувати адаптивну стратегію до ризиків і загроз у діяльності аби вчасно попередити можливі професійні деформації. Актуалізація особистісно-професійного потенціалу повинна спиратися на головну складову особистісної групи факторів професіоналізації – саморегуляцію, як важливий процес, що визначає успішність діяльності людини. А серед організаційної групи факторів варто виокремити адаптивні стратегії (Н.О.Чайкіна, 2013), які будуть визначатися рівнем відповідності суб'єктивних (пригноблювати чи звільняти внутрішні ресурси) і об'єктивних (присвоювати чи перетворювати середовище) елементів адаптації по відношенню до ступеня збігу очікувань з реальною виробничою ситуацією [9]. В цьому контексті набуває особливої важливості необхідність врахування значущості диспозиційно-рефлексивних властивостей медичних працівників в процесі їх професіоналізації, а також прогнозування спеціальних дій, які спрямовані на корекцію мотиваційних утворень і адаптаційних стратегій, що також впливає і на загальну ефективність лікувально-реабілітаційних програм.

Висновки. Результати проведеного дослідження свідчать, що процес професіоналізації медичних працівників має двосторонній характер. У процесі професійної діяльності відбувається не тільки формування і розвиток професійних вмінь і навичок, але й трансформація особистісних властивостей. Експлікація психологічних детермінант професіоналізації медичних працівників свідчить про необхідність неперервного моніторингу їх професійної діяльності з метою оптимізації вибору адаптивних стратегій, диспозиційно-рефлексивного впливу на формування мотиваційно-потребнісної сфери, корекції професійних деформацій. Основними завданнями психологічного моніторингу професійної діяльності медичних працівників є

діагностика образу «Я»-медичний працівник, професійних інтересів, спрямованості і досягнень, професійних деформацій; оцінка професійно-особистісного потенціалу і розробка індивідуальної психокорекційної карти фахівця. Також необхідним є навчання навичкам мобілізації резервних функцій і релаксації; розвиток професійної рефлексії і зміцнення «Я»-концепції фахівця.

Література

1. Ясько Б.А. Профессиональное развитие личности / Бэла Яслановна Ясько - Краснодар: Изд-во Ин-та им. Россинского, 2000. - 122с.
2. Чайкіна Н.О. Вплив «Я»-базового і «Я»-ситуаційного на адаптивну стратегію особистості / Наталія Чайкіна. // Науковий журнал «Психологія і особистість» № 1(3). - Полтава-Київ, 2013. - С.45 - 58.
3. Климов Е.А. Введение в психологию труда. Учебник / Евгений Александрович Климов. - М., 1998. - 350с.
4. Сысоева О.В. Психологические особенности ответственности врача в зависимости от этапа профессионализации / Ольга Владимировна Сысоева Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.03 Казань, 2006. - 149 с.
5. Чайкіна Н.О. Особистісні інваріанти фахівця як системоутворюючі складові його професійної адаптації / Наталія Чайкіна. // Науковий журнал «Київський науково-педагогічний вісник» № 1 (01). - 2014. - С.79 - 83.
6. Носкова О.Г. О кризисах профессионально-личностного развития врача. Текст / О.Г. Носкова, Б.А. Ясько. // Вестн. Моск. ун-та. Психология № 2. - 2004. - С. 3-21.
7. Шестопалова Л.Ф. Психология ликувального процесу: сучасні проблеми та перспектива дослідження [Текст] / Людмила Федорівна Шестопалова // Медицинская психология. - 2006. - III. 1, №4. - С. 30-32.
8. Водопьянова Н.Е. Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. - СПб.: Питер, 2008.

9. Чайкіна Н.О. Роль образу «Я»-фахівець у діяльній структурі професійної адаптації. / Наталія Чайкіна. // Науковий журнал «Український психолого-педагогічний науковий збірник» № 5 (05). - Львів, 2015. - С. 142-146

References

1. Jasko B.A. Professional'noe razvitye lichnosti / Bella Aslanovna Jasko. - Krasnodar: Izd-vo In-ta im. Rossynskogo, 2000. - 122 p.
2. Chaykina N.O. Vplyv «Ja»-bazovogo i «Ja»-situacijnogo na adaptivnu strategiju osobystosti / Natalija Chaykina // Naukovyj zhurnal «Psihologija i osobystist» № 1(3). - Poltava-Kyiv, 2013. - P.45 - 58.
3. Klimov E.A. Vvedenie v psihologiju truda. Uchebnyk / Evgenij Aleksandrovich Klimov. - M., 1998. - 350 p.
4. Sysoeva O.V. Psihologicheskiye osobennosti otvetstvennosti vracha v zavisymosti ot etapa professionalizacyy / Olga Vladymyrovna Sysoeva. - Dys. ... kand. psihol. nauk: 19.00.03 Kazan', 2006. - 149 p.
5. Chaykina N.O. Osobystisni invarianty fahivca jak systemo utvorjujuchi skladovi jogo profesijnoi adaptacii / Natalija Chaykina // Naukovyj zhurnal «Kyiv's'kyj nauko-vedagogichnyj visnyk». - №1 (01). - 2014. - P.79 - 83.
6. Noskova O.G. O kryzysah professional'no-lichnostnogo razvityja vracha. Tekst / O.G. Noskova, B.A. Jasko // Vestn. Mosk. un-ta. Psihologija. - № 2. - 2004. - P. 3 - 21.
7. Shestopalova L.F. Psihologija likuval'nogo procesu: suchasni problemy ta perspektiva doslidzhennja [Tekst] / Ljudmyla Fedorivna Shestopalova // Medycynskaja psihologija. - 2006. - T.1, №4. - P.30-32
8. Vodop'janova N.E. Starchenkova E.S. Syndrom vygoranja: dyagnostyka i profylaktyka / N.E. Vodop'janova, E.S. Starchenkova. - SPb.: Pyter, 2008.
9. Chaykina N.O. Rol' obrazu «Ja»-fahivec' u dijal'nisnij strukturi profesijnoi adaptacii / Natalija Chajkina. // Naukovyj zhurnal «Ukrai'ns'kyj psihologo-pedagogichnyj naukovyj zbirnyk». - № 5 (05). - L'viv, 2015. - P. 142 - 146.

Chaykina N.A.,

PhD in Psychology, Doctor of Philosophy, associate professor of Psychology
Department Poltava National V.G. Korolenko Pedagogical University, magic_tala@mail.ru

Ukraine, Poltava

FEATURES OF MEDICAL WORKERS PROFESSIONALIZATION

In the article was examined the nature of the process of medical workers professionalization as a system. The essential components of the process of medical workers professionalization is continuity of professional development, permanency of professional and personal choice and need for decision-making at every stage of profession genesis. Changing in the leading paradigm of modern medicine effected on the process of medical employee's professionalization that connected with a high mental and emotional stress.

Author reveals the meaning of dispositional-reflexive approach to the development of the image of "I am specialist" in medical workers. Dispositional properties are manifested at the level of general professional important qualities that are needed for health care workers, regardless of profile specialty or specialization ("I am basic") and specific characteristics and qualities of professional identity, that determined by originality direction of medical activity that requires certain industrial action ("I am situational"). Reflexive property of specialist the most fully manifested in terms of professional crises that lead to emotional experiences and require some willpower to overcome them.

Describe changes in professional medical personnel, which manifested as a reduction of personal achievement, self-ineffective, depersonalization, emotional exhaustion and emotional burnout.

Attention is focused on actualization of personal and professional potential, organizational and reserve factors of professionalization with the purpose of preventing of professional deformation in medical workers.

Key words: medical workers, professionalism, the image of "I am expert", disposition and reflective properties, crisis, risks exclusion.