

УДК 159.922.8

ЛОТОЦЬКА-ГОЛУБ Л. Л.

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. м. Київ

## ПРОФЕСІЙНО-ОСОБИСТІСНІ ДЕФОРМАЦІЇ У ЛІКАРІВ

*У статті на основі емпіричних даних, результатів теоретичного аналізу проблеми розкриваються проблеми професійного стресу, внутрішніх конфліктів та професійного вигорання медичних працівників – лікарів хірургів, анестезіологів, стоматологів, психіатрів. Визначаються провідні чинники попередження й профілактики професійних деформацій у лікарів, серед котрих ціннісне ставлення до життя, світу, професії висуваються як провідні. Висвітлюється поняття «ціннісне ставлення до професійної діяльності», психологічна природа, специфіка проявів.*

**Ключові слова:** лікарі, професійне вигорання, професійний стрес, ціннісне ставлення до професійної діяльності.

**Вступ.** Професійна діяльність лікарів пов'язана із збереженням життя й здоров'я і вибір параметра «смерть – життя» безпосередньо залежить від їх діяльності і професійних умінь (О. Я. Анцупов, Ю. В. Бессонова, Т. В. Большакова).

Відтак, характер як параметр соціально-специфічного досвіду відображає безпосередній і непрямий вплив умов екстремальної професійної діяльності (С. М. Єнікопов, Н. В. Тарабріна) розглядається як спрямованість даних умов на особистість представників професій групи ризику. Прямий характер впливу екстремальної професійної діяльності відповідає групі військовослужбовців, пожежників, а непрямий – рятувальників і лікарів-хірургів, анестезіологів.

Інтенсивність досвіду екстремальної професійної діяльності – чинник патогенності екстремальності професійної діяльності, сила екстремального впливу (В. Д. Небиліцин). Максимальною інтенсивністю характеризується досвід участі у бойових діях (військовослужбовці), середній ступінь відповідає групі пожежників, рятувальників і лікарів-хірургів, анестезіологів (І. О. Котенев).

Періодичність-постійність впливу екстремальних умов професійної діяльності віддзеркалює тривалість екстремального впливу (Н. В. Тарабріна). Для військовослужбовців такий вплив – досвід участі у бойових діях – є періодичним. Для пожежників, рятувальників і лікарів-хірургів, анестезіологів – постійним (О. Я. Анцупов, Ю. В. Бессонова, Т. В. Большакова).

Усталеність міжособистісних контактів в екстремальній професійній діяльності є високою у пожежників, рятувальників, лікарів-хірургів, анестезіологів. Їх професійна діяльність і спілкування здійснюється в усталеному колективі (Л. О. Китаєв-Смик). Для військовослужбов-

ців міжособистісні професійні контакти в екстремальних умовах не є стійкими, внаслідок постійної зміни групи.

На підставі розглянутих підходів до дослідження зазначеної проблеми (Р. М. Грановська, А. К. Маркова, Є. І. Рогов, Ю. П. Поварьонков, Д. Г. Трунов) важливо описати особливості їх проявів на психологічному й соціально-психологічному рівнях особистості:

- розвиток гіперконтролю над власною поведінкою (поширення контролю на всі сфери життя, втрата безпосередності);
- перетворення психічних характеристик індивіда (психічні процеси, стани, властивості, якості);
- перетворення структури особистості, включаючи свідомі й підсвідомі компоненти (формування неадаптивних копінг-стратегій, механізмів психологічного захисту, зміна й втрата сенсу життя);
- порушення міжособистісних контактів (з одного боку, спостерігається агресивна поведінка, з іншого боку - тенденція до соціальної ізоляції).

Серед феноменів професійних криз особливе місце належить вивченню емоційного (професійного) вигорання (В. В. Бойко, Н. Є. Водоп'янова, А. К. Маркова, Г. С. Нікіфоров).

Таким чином, **метою** нашої статті є виявлення специфічних особливостей проявів професійного вигорання у медичного персоналу – лікарів хірургів, анестезіологів, стоматологів, психіатрів.

**Виклад основного матеріалу.** Варто відзначити, що професійно-особистісні деформації представників професій, чия діяльність відбувається в умовах постійного стресу, розглядаються як психічні властивості особистості, що утворюються під впливом умов і змісту екстремальної професійної діяльності, коли джерело впливу пов'язане зі смертю, загрозою смерті, погрозою фізичному й особистісному благополуччю [1]. Проявом професійно-особистісних деформацій є стан психічного (психофізіологічного) емоційного вигорання, котрий переходить у стійкі властивості особистості, сприяючи виникненню внутрішньо особистісних конфліктів [2]. Стан емоційного вигорання є відповідною реакцією на умови екстремальної професійної діяльності, а також використання неуспішних копінг-стратегій в процесі вирішення внутрішніх конфліктів, виходу із стану когнітивного дисонансу що включає в себе емоційне виснаження, деперсоналізацію й редукцію персональних досягнень [3].

Дослідники в сфері професійної діяльності в екстремальних, стресових ситуаціях (В. Ф. Березин, Т. С. Кириленко, М. С. Корольчук, І. О. Котенев, Ю. В. Постілякова, М. Є. Сандомирський, Н. В. Тарабріна) відзначають високий рівень психосоматичної й нервово-психічної захворюваності, професійної й особистісної деформації у вигляді агресивності, зсуву мотиваційних й моральних цінностей, феномени відчуження праці, десоціалізації. Відповідно до сучасних поглядів (Н. Самікіна,

В. Сумницький), стрес стає екстремальним, коли результатом впливу стресора є порушення в психічній сфері за аналогією з фізичними порушеннями [4]. Загальним обов'язковим критерієм для діагностики посттравматичних порушень є факт переживання індивідом травматичної події, що виходить за межі звичайного людського досвіду, здатної травмувати психіку практично будь-якої здорової людини (Є. С. Мазур). Тобто, кризові ситуації, характеризуються потужними негативними наслідками, а також ситуації загрози життю для самого себе або значимих близьких, які порушують почуття безпеки й викликають переживання травматичного стресу (Л. Є. Тарас, І. В. Сельченко). На відміну від означених кризових станів, психологічний стрес спричинюють такі події, як втрата близької людини, що відбулася в силу природних причин, хронічна важка хвороба, втрата роботи або сімейний конфлікт (І. О. Котуз).

У ході теоретичного аналізу літератури з проблеми екстремальної та професійної діяльності підставою для виділення поняття «професійна діяльність в умовах постійного стресу» як джерела виникнення кризових станів, саме когнітивного дисонансу, професійно-особистісних деформацій виступають такі критерії:

- професійна діяльність здійснюється в екстремальних умовах, які розглядаються як вихідні за межі звичайного досвіду (М. Ш. Магомед-Емінов, І. О. Котенев);

- професійна діяльність виступає в якості соціально-специфічного досвіду представників професій в умовах постійного стресу (Г. М. Андреева, Б. Д. Паригін, Н. В. Тарабрина);

- наслідками впливу стресових умов і специфічності накопиченого досвіду в представників професій в умовах постійного психоемоційного напруження є травматичний стрес, що призводить до виникнення професійно-особистісних деформацій (С. Є. Борисова).

Таким чином, позначені умови професійної діяльності представників професій, пов'язаних із постійним психоемоційним напруженням дозволяють розглядати їх як джерело професійно-особистісних деформацій, з одного боку і своєрідним індикатором ціннісного ставлення до життя, професійної діяльності, з іншого боку. До професій, діяльність котрих відбувається в умовах постійного стресу в нашому дослідженні відносяться лікарі-хірурги.

Психологічні особливості прояву когнітивного дисонансу в професійній діяльності медиків – це проблема, яка набуває все більшого висвітлення у науковій літературі [5]. Найчастіше прояви кризи постають в процесі адаптації до трудової діяльності та в ході активної самореалізації. При цьому загострюються внутрішньо особистісні конфлікти й особистість стикається із когнітивним дисонансом в процесі професійної діяльності.

Трудова діяльність медичних працівників, передусім, лікарів-хірургів відбувається в умовах стресу [6]. Переживання стану ког-

нітивного дисонансу, а також внутрішньо особистісних конфліктів пов'язане із відповідальністю за власний вибір щодо стратегії лікування, прийняття рішення, що заторкує здоров'я та цілісність пацієнтів. Все, зрозуміло, спричиняє постійний тиск і вимагає наявності особистісних передумов задля запобігання негативних наслідків зазначених чинників. Такою передумовою є сформована професійна культура (як основи професіоналізму) (О. В. Денисова, І. В. Сілуянова, Т. О. Тихонова, Н. В. Ельштейн).

Духовна криза, зневіра й втрата цінностей, що є характерними для сучасного суспільства, специфіка підготовки майбутніх медиків, яка зосереджується на переважанні природничого чиннику над гуманітарним, зумовлює формування об'єктного ставлення до пацієнта, прагматичного ставлення до життя людини [7].

Представленість когнітивного дисонансу у професійній діяльності лікарів (хірургів, анестезіологів, стоматологів, психіатрів) ми намагалися відобразити в такий спосіб. Отже, професійна діяльність лікарів представляється нами як система, котра має взаємопов'язані підсистеми.

Перша підсистема виразняється особливими умовами власне діяльності лікарів та діючих в них екстремальних чинників, а саме: об'єктивний характер, що мало залежить від суб'єкта діяльності, його регулятивних можливостей; різна імовірність появи – від добре спрогнозованого до випадкового; різна сила та інтенсивність; дія, що спричинює виникнення негативних функціональних станів у суб'єкта; дія, що ускладнює виконання діяльності, професійну взаємодію, спілкування.

Серед екстремальних чинників необхідно виокремити такі: невідзначеність суб'єктивно та об'єктивно значущої інформації; когнітивний дисонанс, внутрішні конфлікти; професійний стрес, кризи, дефіцит часу, суттєво високі вимоги до суб'єкту діяльності, досить високі психоенергетичні витрати та ін.

Означені чинники взаємодіють комплексно та окремо, так стреси й перевантаження спричинюють стомлення, психоенергетичні витрати й тому підвищують імовірність помилок, нервових розладів.

Також власне стресові умови професійної діяльності лікарів, стан когнітивного дисонансу впливають як негативний чинник й викликають складні кризові ситуації. Стресові умови негативно впливають на функціональний стан суб'єкта й регуляцію його діяльності. А стан когнітивного дисонансу відбиваються на результативності професійної діяльності в цілому. Тому ускладнена трудова діяльність характеризується тим, що в процесі її виконання водночас вирішується декілька цілей, що можуть бути не взаємопов'язаними.

Друга підсистема – особистісна, складається з декількох блоків:

1) блок професійно-важливих якостей (загальні здібності до справи лікарів: ціннісне ставлення до життя, моральність (при сформованих

таких властивостях, когнітивний дисонанс виступає засобом самодіагностики й вихід здійснюється через продуктивні копінг-стратегії, сприяє самоздійсненню); високий рівень розвитку довільної уваги (здатність виявити навіть незначні прояви симптомів захворювання); добре розвинена словесно-логічна довгострокова пам'ять (здатність у потрібний момент надати своєчасну медичну допомогу, порекомендувати лікарський засіб, необхідний для даного захворювання); здатність аналізувати факти й логічно мислити; ручна спритність при проведенні різних лікувальних процедур; швидкість реакції; психоемоційна стабільність і здатність переносити великі психоемоційні та фізичні навантаження; вербальні здібності (уміння грамотно й у той же час доступно для пацієнта викладати свої думки); терплячість і витриманість; доброзичливість і привітність; відповідальність; акуратність; тактовність; оптимістичність; уважність; готовність у будь-який час надати необхідну медичну допомогу; альтруїзм);

2) блок особистісної компетентності (адекватний образ «Я-професіонал», самоконтроль, самооцінка) соціально-перцептивна, соціально-психологічна компетентність;

3) мотиваційно-цільовий блок (цілі, мотиви професійної діяльності та професійних досягнень; спонукальні мотиви спрямованості на самореалізацію, самоудосконалення. Тут варто відзначити, що переживання стану когнітивного дисонансу внаслідок специфіки професійної діяльності (професійний стрес) й неузгодженості професійних експектацій й професійних реалій; мотивами професійного зростання, успіху й матеріального благополуччя; високим рівнем домагань й самоповагою, між неусвідомленими мотивами (стремління до влади, підкорення) й ціннісними орієнтуваннями та ін.;

4) блок професійного досвіду (професійна рефлексія як чинник ефективного використання професійних знань та умінь, навичок);

5) блок моральних якостей (професійна гідність, чесноти);

6) блок самоздійснення та самоефективності, що характеризує когнітивні й регулятивні можливості лікаря-хірурга. Високий рівень самоефективності й самоздійснення вирізняється у впевненості щодо реалізації власного професійного та особистісного потенціалу, високому рівні відповідальності, самостійності, емоційної стабільності в стресових умовах професійної діяльності.

Особистісні властивості, котрі унеможливають ефективність професійної діяльності: безвідповідальність; неуважність; егоїстичність; емоційна нестриманість; жорстокість; бридливність; нетерпимість; неуважність; об'єктне, неціннісне ставлення до життя, пацієнтів, неприйняття себе – все це спричинює стан когнітивного дисонансу, вихід із якого здійснюється через непродуктивні копінг-стратегії й призводить до деструкцій, професійного вигорання.

Причини виникнення та наслідки для особистісного розвитку і професійної діяльності лікарів варто представити у контексті про-

блеми професійного стресу, який переживають медики [8]. У цілому соціально-психологічна й економічна «ціна» професійного стресу у медичних працівників є дуже високою [9]. Так, наприклад, у Англії 40 % усіх випадків непрацездатності лікарів пов'язані із емоційним стресом. За даними С. Ретхуд, у лікарів часто відстежується високий рівень тривоги і клінічно вираженою є депресія, у деяких випадках вона навіть є вищою, ніж у клієнтів. У ході обстеження у лікарів були виявлені хронічна втома, м'язові і головні болі, загострення соматичних розладів, порушення сну, прояви дратівливості, агресії у стосунках із пацієнтами [ 10].

Аналогічні порушення відзначає Л. І. Ларенцова. А за даними А. Б. Леонової, для лікарів, які працюють у клініках, характерний високий рівень проявів стресових станів у вигляді тривоги, астенії, порушень сну. У медичних працівників збільшуються ознаки професійних і особистісних деформацій, використання неадекватних засобів зменшення стресу (інтенсивне куріння, зловживання алкоголем, демонстрація ворожості у поведінці).

Також важливою причиною внутрішньо особистісних конфліктів із якими стикається сучасний медичний працівник, у багатьох випадках є прийняття рішень, що призводять до помилок й супроводжуються смертю або нанесенням ушкоджень здоров'ю пацієнтів [11].

Безперечно, сучасна медицина одна з найскладніших форм людської діяльності й потребує не тільки глибоких спеціальних знань й відповідних практичних навичок, а й високих душевних якостей, моральних переконань. Впродовж багатьох століть до представників лікарської справи висувалися вимоги щодо неприпустимості помилок (юридично закріплені вже з часів Римського права). Однак лікар помиляється внаслідок складності людського організму, він повсякденно стикається із складними задачами, нетиповим протіканням патологічних процесів й, зрештою, сама медична наука в цілому не є досконалою.

Варто зазначити, що незважаючи на актуальність поставленої проблеми, фундаментальних досліджень, що висвітлюють власне морально-етичні аспекти лікарської помилки замало. Більше того, юридичного терміна «лікарська помилка» не існує. Є лише теорія І. В. Давидовського, в межах якої уперше з'явилося означене поняття як «добросовісна помилка лікаря без елементів халатності, недбалості і професійного невігластва».

Проте питання і в тому, що саме морально-етичні основи зазначеної проблеми уможливають її вирішення. Отже, на наш погляд, проблема стосунків у системі «лікар – пацієнт» уособлюється в межах концепції самоцінності життя, сутність якої полягає у ставленні до життя як до фундаментальної цінності, сповненої духовним змістом.

У 1925 році М. О. Семашко проголошує, що лікарська таємниця є забобою старої кастової лікарської практики, й з цього моменту

можна говорити не про лікарську етику в її високому смислі, а про корпоративну етику професійної спільноти, метою якої є групова запорака або приховування жахливих наслідків лікарської недбалості.

Звертаючись до праць вчених радянського періоду, ми з повагою ставимось до вільних філософсько-етичних міркувань В. Ф. Войно-Ясенецького, В. І. Вернадського, Д. П. Філатова, О. О. Любіщева. Так, Д. П. Філатов, зберігаючи наукові орієнтири, намагається розбудувати етику, що виходить за межі натуралістичної і християнської етики й отримує назву - етика любові до життя [12].

В цілому медична професійна спільнота, намагаючись запобігти помилкам у медичній практиці, свідомо впроваджує філософсько-етичні концепції. Історично склалися наступні моделі моральної медицини, що базувались саме на етичних позиціях у системі стосунків: “лікар – пацієнт”: модель Гіпократа, модель Парацельса, деонтологічна модель, біоетична модель, модель “техногенного” типу, модель “сакрального” типу, модель “колегіального”, модель контрактного типу .

Й наприкінці необхідно зазначити, що вищеназвані моделі й медична етика в цілому є намаганням власне сучасного суспільства запровадити етичні норми у медичну практику з метою підвищення якості медицини й зберегти шанобливе і довірливе ставлення спільноти до найгуманнішої професії у світі – лікаря.

Таким чином, на наш погляд, проблема лікарської етики, саме морально-етичного контексту лікарської помилки є найактуальнішою у сучасному суспільстві, проте її вирішення уможлиблюється не стільки правовими засобами, скільки етичними. Передусім вона має бути предметом дослідження спеціальних етичних комісій, що повинні існувати у кожній медичній спеціальності й приймати рішення щодо факту лікарської помилки після експертної оцінки фахівців й на підставі морально-етичних норм.

Тобто проблема професійної етики лікаря, особливостей самоставлення і стосунків з колегами та пацієнтами пов’язана із когнітивними установками особистості, її переконаннями й водночас є підґрунтям для розвитку внутрішньо-особистісних конфліктів, що й відбиваються у синдромі професійного вигорання або взагалі у професійній деформації особистості.

Досить цікавими і значущими для вищезгаданої проблеми є експериментальні дослідження Н. В. Гафарової, що здійснювалися серед медичних закладів Росії (Єкатеринбурга і Свердловської області), де брали участь середній персонал (медичні сестри) психіатричного, хірургічного, терапевтичного відділень та інтенсивної терапії і реанімації із стажем професійної діяльності від 2 до 45 років [6]. За результатами діагностування за опитувальником Н. Є. Водоп’янової “Професійне вигорання» встановлено, що емоційне виснаження виявляється у відчутті емоційної напруги і почутті спустошення, зник-

нення власних емоційних ресурсів. Виникає відчуття «зменшення» емоцій, у надважких проявах можливі емоційні зриви.

У медичного персоналу професійне вигорання представлене у вигляді деперсоналізації або тенденції щодо негативного, цинічного ставлення до пацієнтів. Контакти набувають формальності, з'являються негативні установки, які мають прихований або явний характер, що проявляється у роздратуванні, конфліктах з колегами, пацієнтами та їх близькими.

Редукування персональних досягнень відображається у зниженому почутті професійної компетентності, цінності власної діяльності і негативному само сприйнятті у професійному плані. Спостерігаючи за собою, особистість звинувачує себе, внаслідок чого зменшується професійна та особистісна самооцінка, з'являється почуття власної неповноцінності, незацікавленість у роботі. Все вищезазначене є причиною виникнення когнітивних конфліктів.

Отже, відсутність стабільного «Я» особистості ускладнює встановлення нормальних взаємин з оточуючими, що призводить до плутанини у рівнях, ролях у міжособистісних стосунках. Тобто особистість не розмежовує два типи стосунків: професійні і функціонально-рольові, безособові й інтимно-особистісні. Такий стан зумовлює надмірне емоційно-особистісне реагування у ситуаціях (частіше у професійній діяльності), що не передбачають цього, і це в свою чергу призводить до синдрому емоційного вигорання.

Цікаво, що серед груп досліджуваних із низьким, середнім та високим рівнем емоційного вигорання, у третю групу увійшли медичний персонал, які демонстрували дистанціювання у взаєминах із колегами і пацієнтами. Завдяки такому механізму психологічного захисту, з одного боку, унеможлиблюється одержання зворотного зв'язку, соціальної підтримки, а з іншого - стає неможливим отримання морального задоволення від професійної діяльності. Для медичних працівників цієї групи характерним є виражене нервово-психічне напруження, низька оцінка персональних досягнень, емоційне виснаження. Також властивими є високий рівень особистісної тривожності, котрий має прояв у сприйнятті широкого кола ситуацій як травмуючих. Психотравмуючий досвід найчастіше витискується, але це не знижує тривогу. Стремління до регресії у значущих міжособистісних стосунках (родина, праця) супроводжується зниженням рівня самоприйняття, дотриманням звичних поведінкових стереотипів, що в цілому зменшує потенційно можливий арсенал подолання внутрішньоособистісних і міжособистісних конфліктів.

А для групи із низьким рівнем вигорання характерним є середній рівень особистісної і низький рівень реактивної тривожності, що свідчить про достатність внутрішніх ресурсів для подолання більшості стресорів, з котрими стикається медичний персонал в ході виконання професійних обов'язків. Професійна діяльність сприймається



як соціально значуща, ставлення до пацієнтів і колег тактовне, шанобливе. Окрім цього, провідним механізмом психологічного захисту є раціоналізація, що сприяє успішному професійному функціонуванню. Раціоналізація дозволяє знизити емоційну напругу, попередити дезорганізацію діяльності і поведінки, а також підтримувати власну самооцінку об'єктивною. Більше того, колеги і пацієнти відзначають високу моральність спеціалістів, котрі увійшли до цієї групи. Моральність і духовність сприяє подоланню конфліктних і фруструючих ситуацій.

Отже, саме моральність виступає важливим чинником формування власних переконань і атитюдів. З одного боку, вона дозволяє особистості, уникати когнітивних конфліктів, а з іншого боку (ситуації невідворотного зіткнення переконань із протидією реальності і неможливістю діяти в русі особистісних уявлень) є причиною серйозного конфлікту, який може трансформуватись у кризу.

Проблема моральності стосується і сфери стосунків пацієнта та лікаря. Встановлення довірливих стосунків між хірургом і пацієнтом є найсуттєвішим чинником процесу лікування (В. О. Ташликов, А. А. Чазов). Окрім професійно виконаної операції та інших лікувальних процедур, необхідною є і допомога духовного характеру, що покращує психологічний і соматичний стан пацієнтів (Д. Томасма, Е. Даун Свабі-Еліс), допомога і психологічна підтримка у вирішенні емоційних проблем, які виникають під час важкого захворювання (В. О. Ананьєв, В. В. Ніколаєва, Т. В. Рогачева, В. О. Чулкова), у віднайденні смислу життя в ситуації, котра змінюється (В. Франкл). Шанобливість до потреб людини передує особливому – ціннісному ставленню до неї, її життя. Саме ціннісне ставлення до життя пацієнта спеціалісти виокремлюють як найбільш професійно значущу особистісну властивість медичного працівника (М. І. Жукова, Г. В. Малигіна, І. Харді, Н. В. Ельштейн).

У теорії ставлення, яку розвиває В. М. Мясіщев, відзначається, що система стосунків є складним утворенням, тому що можливий прояв не лише однозначного (позитивного, негативного або нейтрального), але й суперечливого ставлення (загальне позитивне ставлення до предмета в цілому може поєднуватися з негативним ставленням до окремих його властивостей і навпаки). Складна структура ставлення, що вирізняє когнітивний, емоційний, поведінковий компоненти, зумовлює можливість невідповідності знання про важливість предмета і реального прояву ставлення в поведінці людини.

Отже, поняття «ціннісне ставлення», уведене в психологію О. І. Донцовим, демонструє особистісну значущість для людини матеріальних, соціальних, культурних, моральних та інших явищ, що сприймаються як цінності [12].

Складовими ціннісного ставлення можна визначити: спрямованість особистості (Л. І. Божович, О. І. Донцов); ціннісні орієнтації, ко-

трі уособлюються у поведінці людини й особливостях міжособистісних відносин (Г. В. Массон); ціннісні установки, які впливають на прояв окремих актів поведінки, що реалізуються у типових ситуаціях (В. О. Ядов, І. О. Зотова, М. І. Бобнева).

Ціннісне ставлення незалежно від його усвідомлення є регулятором поведінки, однак при умові усвідомленості його вплив має більше значення, тому що надає можливість трансформувати таке ставлення із однієї сфери життя в іншу (О. І. Донцов).

Слід зазначити, що «ціннісне ставлення до життя» як наукова категорія не знайшла належного відображення у психологічній науці. Натомість у філософії (Л. В. Фесенкова, Ф.Т. Михайлов) більш глибоко відбувається осмислення цього поняття. Переоцінювання традиційних цінностей і спрямованість масової свідомості на утилітарно-побутові цінності піддали сумніву моральні та духовні ідеали гуманізму (І. В. Сілуянова, П. Беннер, К. Томпкінс), тому розвиток ціннісного ставлення до життя, на думку філософів, є гострою проблемою сучасності.

Стосовно загальних підходів до дослідження ціннісного ставлення до життя, варто відзначити, що вони ще не розроблені, хоча філософи акцентують увагу на певних світоглядних позиціях, від котрих залежить розуміння природи цінностей, життя, власне людини (І. В. Сілуянова, Л. В. Фесенкова).

Ціннісне або неціннісне ставлення до життя пронизує усі сфери життєдіяльності людини, зумовлює політичні, економічні, соціокультурні, міжособистісні стосунки. На думку Л. В. Фесенкової, за усталеною тезою про цінність життя досить часто приховується знецінення життя, що має прояв у людському егоїзмі, прагматизмі, агресивності тощо. У медичній сфері моральне зубожіння виявляється у тому, що процес догляду за хворими перетворився у технологію виконання лікувальних процедур, що сприймається пацієнтами як неухважність, нечуливість, байдужість (М. М. Семенков).

Формування ціннісного ставлення до життя пацієнта уможливується завдяки закладенню в основу професійної мотивації - спрямованості на благо іншої людини, в структуру ціннісних орієнтацій – духовно-моральних цінностей альтруїстичного характеру, а також професійно-моральних установок на служіння заради Людства (О. Р. Фонарев, Е. Даун Свабі-Еліс, Е. Лоуї). У медичній галузі ціннісне ставлення до життя й особистості пацієнта, його соціального оточення, життєвих обставин тощо (Г. В. Малигіна, А.-М. Гетман-Сієферт) повинно бути основою професійної діяльності.

Поряд із цим слід підкреслити, що не зважаючи на соціально-економічні, політичні або культурні умови, в яких перебуває суспільство, завжди у кожній людини зберігається ядро цінностей, що вважаються істинними або вічними. Хоча іноді зовнішні умови життя людини можуть пригнічувати розвиток духовно-моральних цінностей і заважати прояву ціннісного ставлення до життя людини. Власне

такої думки дотримуються С. М. Волочкава, Д. С. Єрмоленко, коли констатують збереження у сучасній молоді цінностей товаришування, любові, родини, котрі традиційно вважалися духовно-моральними.

Звернення до глибинних духовно-моральних цінностей і актуалізація досвіду їх переживання виявляються можливими завдяки діалогу. Т. О. Флоренська вважає, що діалогічна взаємодія є своєрідним засобом пробудження внутрішнього діалогу. Отже, саме завдяки діалогу людина здійснює моральне самовизначення, що сприяє розвитку ціннісно-мотиваційної сфери.

Так, у внутрішньому діалозі виокремлюються: голос буденного «Я» і вищого духовного «Я». Однак духовне «Я» або не усвідомлюється, або неявно відчувається людиною, проте навіть якщо й воно не усвідомлюється, то все одно може керувати особистістю у випадку, коли її життєві установки не суперечать істинним духовним цінностям.

Досить часто духовне «Я» і буденне «Я» зіштовхуються або перебувають у конфлікті, в останньому випадку духовне «Я» виявляється витисненим із свідомості. Отже, перед медичним працівником постає завдання: усвідомити реальність власного духовного «Я». Проявами духовного «Я» є совість, відповідальність, повага до праці, творчість, любов до людей і життя.

Потенційно ціннісне ставлення до життя як прояв духовного «Я» притаманне кожній людині. Духовно-орієнтований діалог, спрямований на підтримку голосу духовного «Я», сприяє виявленню ціннісного ставлення до іншого (пацієнта) і розвитку цього ставлення.

**Висновки.** Таким чином, ціннісне ставлення до життя є професійно важливою властивістю медичного працівника, хірурга у тому числі, що пов'язане із уважливим, турботливим, милосердним ставленням до пацієнта. Втім стереотип механічного виконання лікувальних процедур, природничо-наукова спрямованість освіти, криза цінностей у сучасному суспільстві протидіють розвитку ціннісного ставлення до життя пацієнта, з одного боку й сприяють дії внутрішньо особистісних конфліктів, в тому числі й когнітивних, з іншого боку.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л. И. Анцыферова // Психологический журнал. - 1994. - Т. 15. - № 1. - С. 3 – 16.
2. Бойко В. В. Синдром «емоционального вигорання» в професіональному общении / В. В. Бойко. - СПб.: Питер, 1999. - 105 с.
3. Водопьянова Н. Е. Психическое выгорание / Н. Е. Водопьянова // Стоматолог. - М.: Медицина, 2002. - № 7. - С. 12.
4. Самикіна Н. Синдром вигорання у працівників пенітенціарної системи / Н. Самикіна, В. Сулицький // Соціальна психологія. - 2004. - № 4 (6). – С. 43 - 48.

5. Караванов Г. Индивидуально-психологические особенности личности врача - хирурга / Г. Караванов, В. Коршунова. - Львов: Вища Школа, 1974. - 84 с.
6. Гафарова Н. В. Роль личностных характеристик в формировании синдрома эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала / Н. В. Гафарова // Известия Уральского государственного университета. – 2008. – № 60. – С. 42 - 47.
7. Денисова О. В. Становление профессиональной идентичности студента-медика в образовательном процессе вуза: автореф. дисс. к. психол. н.: 19.00.07 «Пед.психология» / Ольга Владимировна Денисова; Башкирский гос. пед. ун-т им. М. Акмуллы. – Екатеринбург, 2008. – 26 с. – Библиогр. С. 23-25.
8. Андреев А. А. Отношение к врачебным ошибкам и социальные пути их предупреждения: автореф. к. мед. н., спец-ть: 14.00.52 «Социология медицины» / Андреев Арнольд Арнольдович; Волгоградский Научный Центр РАМН и Администрации Волгоградской области: Волгоградский государственный медицинский университет. - Волгоград, 2006. – 27 с.
9. Карамушка Л. М. Комплексна оцінка проявів стресу у лікарів в умовах соціально-економічних змін /Л. М. Карамушка, О. О. Раковчена // Лікарня в ХХ столітті: організація та управління методичною допомогою: Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції, 5-6 червня 2008 р. / [Редкол.: Г. О. Слабкий.] – К., 2008. – С. 70 - 72.
10. Орел В. Е. Феномен выгорания в зарубежной психологии. Эмпирическое исследование /В. Е. Орел // Психологический журнал. - М.: Наука, 2001. - Т. 20. - 1. - С. 16-21.
11. Авхименко М. М. Некоторые факторы риска труда медика / М. М. Авхименко // Медицинская помощь. - М.: Медицина, 2003. - № 2. - С. 25 – 29.
12. Донцов А. И. Схемы понимания и объяснения физической реальности / А. И. Донцов, О. Е. Баксанский // Вопросы философии. – 1998. - № 11. – С. 75 – 90.

## REFERENCES

1. Antsyferova L. I. (1994) **Lichnost' v trudnykh zhiznennykh usloviyakh: pereosmyslenie, preobra-zovanie situatsiy i psikhologicheskaya zashchita** /L. I. Antsyferova // Psikhologicheskii zhurnal.- 1994. - T. 15. - № 1. - S. 3 – 16.
2. Boyko V. V. (1999) Sindrom “emotsional'nogo vygoraniya” v professional'nom obshchenii / V. V. Boyko. - SPb.: Piter, 1999. - 105 s.
3. Vodop'yanova N. E. (2002) Psikhicheskoe vygoranie / N. E. Vodop'yanova // Stomatolog. - M.: Meditsina, 2002. - № 7. - S. 12.
4. Samikina N. (2004) Sindrom vigoryannya u pratsivnikov penitentsiarної системи / N. Samikina, V. Sulits'kiy // Sotsial'na psikhologiya. - 2004. - № 4 (6). – S. 43 - 48.
5. Karavanov G. (1974) Individual'no-psikhologicheskie osobennosti lichnosti vracha - khirurga / G. Karavanov, V. Korshunova. - L'vov: Vishcha Shkola, 1974. - 84 s.
6. Gafarova N. V. (2008) Rol' lichnostnykh kharakteristik v formirovanii sindroma emotsional'nogo vygoraniya u srednego meditsinskogo personala / N. V.

- Gafarova // Izvestiya Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. – 2008. – № 60. – S. 42 - 47.
7. Denisova O. V. (2008) Stanovlenie professional'noy identichnosti studenta-medika v obrazovatel'nom protsesse vuza: avtoref. diss. k. psikhol. n.: 19.00.07 «Ped.psikhologiya» / Ol'ga Vladimirovna Denisova; Bashkirskiy gos. ped. un-t im. M. Akmully. – Ekaterinburg, 2008. – 26 s. – Bibliogr. S. 23-25.
  8. Andreev A. A. (2006) Otnoshenie k vrachebnym oshibkam i sotsial'nye puti ikh preduprezhdeniya: avtoref. k. med. n., spets-t': 14.00.52 «Cotsiologiya meditsiny» / Andreev Arnol'd Arnol'dovich; Volgogradskiy Nauchnyy Tsentр RAMN i Administratsii Volgogradskoy oblasti: Volgogradskiy gosudarstvennyy meditsinskiy universitet. - Volgograd, 2006. – 27 s.
  9. Karamushka L. M. (2008) Kompleksna otsinka proyaviv stresu u likariv v umovakh sotsial'no-ekonomichnikh zmin /L. M. Karamushka, O. O. Rakovchena // Likarnya v KhKh stolitti: organizatsiya ta upravlinnya metodichnoyu dopomogoyu: Materiali vseukraïns'koï naukovo-praktichnoï konferentsii, 5-6 chervnya 2008 r. / [Redkol.: G. O. Slabkiy.] – K., 2008. – S. 70 - 72.
  10. Orel V. E. (2001) Fenomen vygoraniya v zarubezhnoy psikhologii. Empiricheskoe issledovanie /V. E. Orel // Psikhologicheskiy zhurnal. - M.: Nauka, 2001. - T. 20. - 1. - S. 16-21.
  11. Avkhimenko M. M. (2003) Nekotorye faktory riska truda medika / M. M. Avkhimenko // Meditsinskaya pomoshch'. M.: Meditsina, 2003. № 2. S. 25 – 29.
  12. Dontsov A. I. (1998) Skhemy ponimaniya i ob"yasneniya fizicheskoy real'nosti / A. I. Dontsov, O. E. Baksanskiy // Voprosy filosofii. – 1998. № 11. – S. 75 – 90.

УДК 159.922

**ЛОТОЦКАЯ-ГОЛУБЬ Л. Л.**

*Институт психологии имени Г.С. Костюка НАПН Украины, г. Киев*

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ДЕФОРМАЦИИ У ВРАЧЕЙ**

*В статье на основе эмпирических данных, результатов теоретического анализа проблемы раскрываются проблемы профессионального стресса, внутренних конфликтов и профессионального выгорания медицинских работников – врачей хирургов, анестезиологов, стоматологов, психиатров. Определяются ведущие факторы профилактики профессиональных деформаций у врачей, среди которых ценностное отношение к жизни, миру, профессиональной деятельности выдвигаются как ведущие. Освещается понятие «ценностное отношение к профессиональной деятельности», психологическая природа, специфика проявлений.*

**Ключевые слова:** *врачи, профессиональное выгорание, профессиональный стресс, ценностное отношение к профессиональной деятельности.*

UDC 159.922

**L. L. LOTOTSKAYA-GOLUB**

*G.S.Kostiuk Institute of Psychology NAPS Ukraine, Kyiv*

## **PROFESSIONAL AND PERSONAL STRAIN OF DOCTORS**

*On the basis of empirical data, the results of the theoretical analysis of the problem reveals the problems of occupational stress, internal conflicts and professional burnout of medical workers – doctors, surgeons, anesthesiologists, dentists, psychiatrists. Determined leading factors prevention of occupational strain doctors, including value attitude to life, the world of professional activity are put forward as leaders. Disclosed by the concept of «value attitude to the profession», a psychological nature, the specific manifestations.*

*Professional and personal strain representatives of professions whose activities are under constant stress, regarded as mental properties personality, formed under the influence of extreme conditions and content of professional activity, when the source of exposure is associated with death, the threat of death threats to physical and personal well-being.*

*In the professional medical staff burnout is presented in the form of depersonalization or trends in the negative, cynical attitudes towards patients. Contacts acquire formalities appear negative attitudes that have hidden or explicit nature, which is manifested in the stimulation, conflicts with colleagues, patients and their loved ones.*

**Keywords:** *doctors, professional burnout, occupational stress, value attitude to the profession.*