

А.О. Камінська

ОСОБЛИВОСТІ КОМУНІКАТИВНОЇ УСТАНОВКИ
У ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНОГО ТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛІВ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця

Досліджено особливості комунікативної установки та рівень комунікативної толерантності залежно від стажу професійної діяльності у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю, а також зв'язок виявлених особливостей зі станами професійної дезадаптації (ПД). Як психодіагностичний інструментарій дослідження було використано опитувальник професійної дезадаптації О.Н. Родіної, методику діагностики рівня невротизації Л.І. Вассермана, методику діагностики комунікативної установки В.В. Бойко. На першому етапі обстежено 280 лікарів; на другому етапі респондентів було розподілено по групах таким чином: основна група 1 (ОГ1) – лікарі хірургічного профілю з ознаками ПД, основна група 2 (ОГ2) – лікарі терапевтичного профілю з ознаками ПД, контрольна група (КГ) – лікарі без ознак ПД. Отримані в результаті дослідження дані свідчать про те, що лікарі хірургічного та терапевтичного профілю з ознаками ПД характеризуються вищим порівняно з лікарями КГ рівнем невротизації та підвищеною вираженістю деяких компонентів негативної комунікативної установки («прихована жорстокість», «відкрита жорстокість», «обґрунтований негативізм» та «негативний досвід спілкування»). В результаті дослідження також було виявлено взаємозв'язок деяких ознак зниженої комунікативної толерантності (невміння приховувати неприємні почуття при зіткненні з некомунікабельними якостями партнерів, невідміння пристосовуватися до партнерів, невідміння пробачати помилки або мимовільно завдані неприємності, неприйняття індивідуальності людини) зі станами ПД.

Ключові слова: професійна дезадаптація, лікарі хірургічного та терапевтичного профілів, рівень невротизації, комунікативна установка, комунікативна толерантність.

Актуальність. Ефективні комунікативні стратегії мають важливе значення для хірургів, надаючи їм можливість встановлювати відносини з пацієнтами, приймати рішення та знаходити застосування технічним навичкам [8]. Комунікація є невід'ємною частиною надання медичної допомоги. Значна частина медичної допомоги (від госпіталізації та співпраці хірургічної бригади в операційній до подолання занепокоєння пацієнта і повідомлення діагнозу) здійснюється в процесі спілкування. Роль комунікації у наданні безпечної та ефективної медичної допомоги важко переоцінити. Існує помітний дефіцит досліджень у сфері взаємодії в системі хірург–пацієнт, що вказує на необхідність подальших досліджень [6].

Згідно з даними Greenberg та співавторів [5], на хірургічний результат впливає багато факторів; традиційно хірургічний ризик оцінюється, перш за все, за характеристиками хвороби пацієнта, наявністю супутньої патології, складністю лікувальних процедур, натомість приділяється відносно мало уваги ролі медичних працівників та організації лікувального процесу. Проте така точка зору почала змінюватися впродовж останнього десятиліття – поглиблюється розуміння факторів, що впливають на безпеку пацієнтів, зокрема зростає визнання індивідуального впливу лікарів на результативність хірургічної допомоги, а саме – значення комунікації з іншими лікарями та навколишнім середовищем як системою [5].

Еволюціонування хірургічної допомоги до командного підходу робить ставку на якість передачі інформації та комунікації хірурга. Ряд наукових досліджень вказує, що порушення комунікації між лікарями є ключовим фактором у виникненні медичних помилок; однак досі мало що відомо про специфіку комунікативної установки хірурга в медичних установах та за межами операційної [8].

Невдачі координації та комунікації в хірургічній бригаді призводять до багатьох негативних наслідків, в тому числі до підвищення рівня смертності у відділеннях інтенсивної терапії, збільшення тривалості перебування пацієнтів у лікарні, інтенсивнішого післяоперативного болю в поєднанні з низьким рівнем функціонування пацієнтів тощо [6].

Професійна дезадаптація може призводити до порушень комунікації, які є повсякчасною загрозою для хірургічної безпеки, проте даних, необхідних для спрямування зусиль на покращення комунікації між лікарями, донині бракує [7]. Оцінка ефективності співпраці та комунікації у хірургічних бригадах має вирішальне значення для своєчасного розв'язання проблем в організації надання хірургічної допомоги [6]. Успішне зниження кількості комунікативних порушень може істотно підвищити безпеку пацієнтів та знизити кількість лікарських помилок. Розмаїття видів комунікації та кількість учасників комунікації, залучених в надання хірургічної допомоги, ускладнюють розуміння точки прикладання досліджень

у цій сфері. Комунікація відбувається всередині та за межами лікувального закладу, включаючи стаціонарне та амбулаторне лікування, а також пре-, інтра- та післяопераційний догляд; часто включає велику кількість учасників, а також охоплює комплекс життєво важливих питань, таких як стан пацієнта, хід операції або план лікування [5].

Вивчення особливостей комунікативної установки лікарів хірургічного та терапевтичного профілю може сприяти пошуку нових ресурсів для надання психологічної підтримки фахівцям та вказати нові напрями для дослідницької діяльності.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей комунікативної установки та рівня комунікативної толерантності залежно від стажу професійної діяльності у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю та їхнього зв'язку зі станами професійної дезадаптації.

Матеріали та методи дослідження

Робота проводилась у два етапи: на першому етапі на основі інформованої згоди було обстежено 280 лікарів хірургічного та терапевтичного профілю з метою виявлення ознак професійної дезадаптації (за методикою О.Н. Родіної [2]). На другому етапі зі всього загалу обстежених було сформовано три групи респондентів. До першої основної групи (ОГ1) увійшли 97 лікарів хірургічного профілю у віці від 27 до 56 років (середній вік – $43,1 \pm 5$ років), зі стажем роботи за спеціальністю від 5 до 22 років (в середньому – $16,3 \pm 1,1$ року). Другу основну групу (ОГ2) становили 85 лікарів терапевтичного профілю у віці від 25 до 52 років (середній вік – $42,7 \pm 5,1$ року), стаж роботи за спеціальністю – від 3 до 21 року (в середньому – $15,9 \pm 1,2$ року). До групи контролю (КГ) було включено 73 лікаря без ознак професійної дезадаптації у віці від 25 до 56 років (середній вік – $43,7 \pm 5,5$ року), стаж роботи за спеціальністю – від 3 до 23 років (в середньому – $15,6 \pm 1,2$ року). Критеріями включення респондентів до всіх трьох груп були: відсутність хронічної соматичної патології, яка вимагала б госпіталізації; відсутність психічних та поведінкових розладів, черепно-мозкових травм в анамнезі та психотравмуючих ситуацій протягом останніх трьох місяців.

Для визначення рівня невротизації у обстежених груп лікарів було використано методику діагностики рівня невротизації Л.І. Вассермана [3]. Для визначення особливостей комунікативних компонентів було використано методику діагностики комунікативної установки В.В. Бойко [3]. З метою оцінки наявності ознак професійної дезадаптації використано методику О.Н. Родіної в адаптації М.А. Дмитрієвої [2].

Математико-статистичний метод включав методи математичної статистики з обчисленням стандартних величин та похибок. Відмінності показників у групах за t-критерієм Стьюдента вважали достовірними при $p \leq 0,05$. Взаємозв'язок між даними визначався за допомогою кореляційного аналізу. Дані, отримані у ході проведеного дослідження, було оброблено на персональному комп'ютері Pentium PC із використанням

стандартного пакету програм загального призначення SPSS (Statistical Package for Social Science) версії 12.0.2 та електронних таблиць (Excel). При складанні табличних алгоритмів виконували просте ранжування факторів (p) у послідовності їх зменшуваної інформованості. Розраховували їх середні показники та середні похибки (M).

Результати та їх обговорення

Результати дослідження показали, що у групах лікарів хірургічного та терапевтичного профілю з ознаками професійної дезадаптації виявлено ознаки високого рівня невротизації достовірно частіше ($p < 0,001$) порівняно з лікарями контрольної групи (ОГ1 – $23,1 \pm 0,18$ бала; ОГ2 – $23,3 \pm 0,16$ бала; КГ – $18,5 \pm 0,09$ бала) (рис. 1).

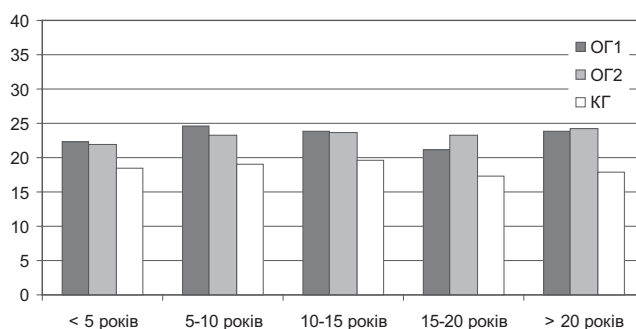


Рис. 1. Рівень невротизації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів залежно від стажу професійної діяльності

Серед лікарів зі стажем професійної діяльності до 5 років рівень невротизації становив у середньому 20,7 бала (ОГ1 – 22,3 бала; ОГ2 – 21,9 бала; КГ – 18,5 бала). Деяко вищий рівень невротизації спостерігався у лікарів усіх груп зі стажем професійної діяльності від 5 до 10 років (ОГ1 – 24,6 бала; ОГ2 – 23,2 бала; КГ – 19,1 бала). Найвищі показники рівня невротизації виявлено у досліджуваних основних груп зі стажем професійної діяльності 10–15 років (ОГ1 – 23,9 бала; ОГ2 – 23,7 бала; КГ – 19,6 бала) та зі стажем понад 20 років (ОГ1 – 23,8 бала; ОГ2 – 24,3 бала; КГ – 17,9 бала). Натомість найнижчий рівень невротизації було виявлено в усіх групах досліджуваних зі стажем професійної діяльності від 15 до 20 років (ОГ1 – 21,2 бала; ОГ2 – 23,2 бала; КГ – 17,3 бала).

Високий рівень невротизації виявляється соціальною невпевненістю, труднощами у спілкуванні, вираженою емоційною напруженістю, зокрема переживаннями тривоги, неспокою, роздратованості, безсилля. Низький рівень невротизації свідчить про емоційну стійкість, позитивний фон переживань (спокій, оптимізм), ініціативність, незалежність, соціальну сміливість, легкість у спілкуванні та не потребує проведення психокорекційних заходів.

Комунікативна установка особистості являє собою готовність реагувати на ті чи інші типи партнерів по взаємодії певним чином, що зумовлено наявним у неї досвідом спілкування, оцінками і переживаннями їх сутності, поглядів і поведінки (В.В. Бойко). В результаті

обробки та інтерпретації даних, отриманих за допомогою методики діагностики комунікативної установки В.В. Бойко, виявлено ознаки негативної комунікативної установки у всіх трьох групах досліджуваних (рис. 2), причому у групах ОГ1 та ОГ2 вираженість негативної комунікативної установки виявилася вищою порівняно з КГ (ОГ1 – 67,2 % ± 0,25; ОГ2 – 72,6 % ± 0,28; КГ – 43,9 % ± 0,09).

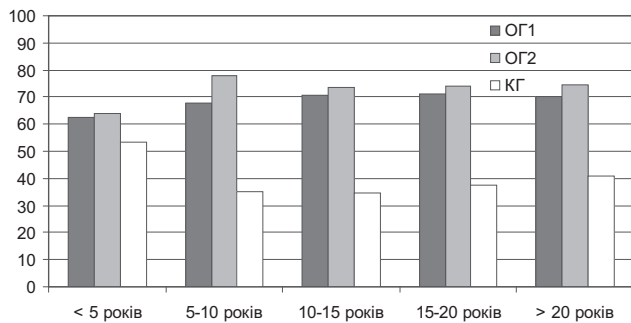


Рис. 2. Рівень невротизації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів залежно від стажу професійної діяльності

При подальшому аналізі виявлено домінування у групах лікарів з ознаками професійної дезадаптації таких компонентів негативної комунікативної установки, як «завуальована жорстокість» (ОГ1 – 85,4 %; ОГ2 – 89,0 %; КГ – 52,3 %), «відкрита жорстокість» (ОГ1 – 60,5 %; ОГ2 – 65,3 %; КГ – 33,1 %), «обґрунтований негативізм» (ОГ1 – 60,5 %; ОГ2 – 58,3 %; КГ – 54,3 %), «негативний досвід спілкування» (ОГ1 – 55,3 %; ОГ2 – 51,0 %; КГ – 45,2 %). Такі результати вказують на приховану ворожість, схильність до негативних оцінок та переживань через інших людей, наявність негативного досвіду взаємодії з комунікативними партнерами, що призвело до формування об'єктивно обґрунтованих негативних висновків щодо певних типів людей та певних ситуацій (табл. 1).

Таблиця 1. Компоненти негативної комунікативної установки у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів (у % до можливого максимуму балів)

Компонент комунікативної установки	ОГ1 (n=97)	ОГ2 (n=85)	КГ (n=73)
Прихована жорстокість	85,4	89,0	52,3
Відкрита жорстокість	60,5	65,3	33,1
Обґрунтований негативізм	60,5	58,3	54,3
Бурчання	35,7	40,9	20,8
Негативний досвід спілкування	55,3	51,0	45,2
Всього	62,1	60,8	38,3

Таблиця 2. Кореляційний аналіз окремих компонентів комунікативної установки з рівнем професійної дезадаптації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів

Ознаки зниженої комунікативної толерантності	Рівень професійної дезадаптації		
	Середній	Виражений	Високий
Неприйняття або нерозуміння індивідуальності людини	0,125	0,263**	0,215*
Використання себе як еталону при оцінці інших	0,215*	0,175	0,165
Категоричність або консерватизм при оцінці людей	0,238*	0,147	0,187*
Невміння приховувати неприємні почуття при зіткненні з некомунікбельними якостями партнерів	0,232*	0,313**	0,345**
Прагнення переробити партнерів	0,162*	0,175*	0,119
Прагнення підігнати партнера під себе, зробити його зручним	0,153*	0,115	0,125
Невміння пробачати помилки або мимовільно завдані неприємності	0,215*	0,394**	0,223*
Нетерпимість до фізичного або психічного дискомфорту партнера	0,122	0,107	0,115
Невміння пристосовуватися до партнерів	0,167*	0,283**	0,328**

Примітка: * – p < 0,05; ** – p < 0,01.

Слід зазначити, що в структурі комунікативної установки лікарів усіх груп відзначається певне зниження компоненту «буркотіння», що вказує на відсутність схильності до необґрунтованих стереотипних узагальнень негативних фактів у сфері взаємодії з партнерами та спостереженнях за соціальною реальністю.

Негативна комунікативна установка несприятливо позначається на самопочутті учасників комунікації, що особливо виражено в умовах професійної взаємодії, коли з етичних міркувань лікар стримується, приховує свою негативну налаштованість, що призводить до психоемоційного напруження та підвищення рівня невротизації. Професійна комунікативна толерантність передбачає терпимість до людей, взаємодія з якими зумовлена специфікою та умовами професійної діяльності. У професійній діяльності лікаря комунікативна толерантність відіграє надзвичайно важливу роль у ситуаціях взаємодії з пацієнтами та медичним персоналом. Знижений рівень комунікативної толерантності виявляється низкою ознак, зокрема нерозумінням або неприйняттям індивідуальності інших людей, категоричністю в оцінці людей, нетерпимістю до фізичного або психічного дискомфорту партнера по спілкуванню, невмінням пристосовуватися до особливостей комунікативного партнера. В структурі комунікативної установки лікарів ОГ1 та ОГ2 виявлено переважання таких ознак зниженої комунікативної толерантності, як неприйняття або нерозуміння індивідуальності іншої людини (ОГ1 – 6,7 ± 0,03 бала; ОГ2 – 6,1 ± 0,03 бала; КГ – 4,7 ± 0,03 бала), використання себе як еталону при оцінці інших людей (ОГ1 – 7,5 ± 0,08 бала; ОГ2 – 7,6 ± 0,04 бала; КГ – 6,2 ± 0,03 бала) та прагнення зробити партнера зручним, пристосувати до себе (ОГ1 – 6,2 ± 0,08 бала; ОГ2 – 6,6 ± 0,04 бала; КГ – 4,9 ± 0,03 бала). Привертає увагу підвищення показника нездатності приховувати неприємні почуття при зіткненні з некомунікбельними партнерами у лікарів КГ порівняно з лікарями ОГ1 та ОГ2 (ОГ1 – 3,2 ± 0,08 бала; ОГ2 – 3,6 ± 0,04 бала; КГ – 6,3 ± 0,03 бала), що опосередковано може свідчити про спрямованість зусиль лікарів із ознаками професійної дезадаптації на збереження самоконтролю та демонстрації соціально-схвалюваної поведінки у проблемних ситуаціях. Відчуваючи емоційну напругу при спілкуванні з пацієнтами, ці лікарі підпорядковуються соціальним нормам, що диктують жорсткі стереотипи емоційного реагування (бути стриманим, терплячим, толерантним, дбайливим, розуміючим, співчуваючим тощо).

Показник компоненту нетерпимості до фізичного або психічного дискомфорту партнера виявився дещо нижчим у лікарів ОГ2 порівняно з ОГ1 та КГ (ОГ1 – 3,2 ± 0,08 бала; ОГ2 – 2,6 ± 0,04 бала; КГ – 2,9 ± 0,03 бала).

Проведений кореляційний аналіз виявив певні взаємозв'язки між ознаками низької комунікативної толерантності та рівнем професійної дезадаптації.

Так, було отримано показники, що вказують на позитивний кореляційний зв'язок між такими ознаками, як «невміння приховувати неприємні почуття при зіткненні з некомунікбельними якостями партнерів» ($r = 0,345$; $p < 0,01$), «невміння пристосовуватись до партнерів» ($r = 0,328$; $p < 0,01$), «невміння пробачати помилки або мимовільно завдані неприємності» ($r = 0,223$; $p < 0,05$), «неприйняття індивідуальності людини» ($r = 0,215$; $p < 0,05$), та вираженим рівнем професійної дезадаптації (табл. 2).

Висновки

Таким чином, лікарі хірургічного та терапевтичного профілю з ознаками професійної дезадаптації мають ознаки невротизації та негативну комунікативну установку зі зниженими показниками комунікативної толерантності, що найчастіше виявляється у неприйнятті індивідуальних особливостей партнерів по комунікації, невмінні пробачати помилки або мимовільно завдані неприємності, невмінні пристосовуватися до партнерів, невмінні приховувати неприємні почуття при зіткненні з некомунікбельними якостями партнерів. Виявлені особливості комунікативної установки лікарів хірургічного та терапевтичного профілю з ознаками професійної дезадаптації створюють підґрунтя для розробки відпо-

відних програм психопрофілактики та психокорекції станів професійної дезадаптації з урахуванням її комунікативних аспектів та загального стажу лікарської діяльності.

Список використаної літератури

1. Горшунова Н.К., Медведев Н.В. *Формирование коммуникативной компетентности современного врача // Успехи современного естествознания.* – 2010. – № 3 – С. 36–37.
2. *Практикум по психологии профессиональной деятельности: Учебное пособие / Под ред. Т.С. Никифорова, А.М. Дмитриевой, В.М. Снеткова.* – СПб: Изд. СПб ун-та, 2000. – 304 с.
3. Райгородский Д.Я. *Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учебное пособие.* – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 1998. – 672 с.
4. Ясько Б.А. *Экспертный анализ профессионально важных качества врача / Б.А. Ясько // Психологический журнал.* – 2004. – Т. 25, № 3. – С. 71–78.
5. Greenberg C. *Caprice, Regenbogen E. Scott, Studdert M. David et al. Patterns of Communication Breakdowns Resulting in Injury to Surgical Patients / Caprice C. Greenberg, Scott E. Regenbogen, David M. Studdert et al. // Journal of the American College of Surgeons.* – 2007. – Vol. 204. – P. 533–540.
6. Mills P., Neily J. *Teamwork and Communication in Surgical Teams: Implications for Patient Safety / Mills Peter, Neily Julia // Journal of the American College of Surgeons.* – 2008. – Vol. 206. – P. 107–112.
7. Wetzel M. *Cordula, Kneebone L. Roger, Woloshynowych Maria et al. The effects of stress on surgical performance / Cordula M. Wetzel, Roger L. Kneebone, Maria Woloshynowych et al. // The American Journal of Surgery.* – 2008. – Vol. 291. – P. 5–10.
8. White J. *Sarah, Stubbe H. Maria, Dew P. Kevin et al. Understanding communication between surgeon and patient in outpatient consultations / Sarah J. White, Maria H. Stubbe, Kevin P. Dew et al. // ANZ Journal of Surgery.* – 2013. – Vol. 83, Issue 5. – P. 307–311.

ОСОБЕННОСТИ КОМУНИКАТИВНОЙ УСТАНОВКИ У ВРАЧЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЕЙ

А.А. Каминская

Исследованы особенности коммуникативной установки и уровень коммуникативной толерантности в зависимости от стажа профессиональной деятельности у врачей хирургического и терапевтического профиля, а также связь выявленных особенностей с состояниями профессиональной дезадаптации (ПД). В качестве психодиагностического инструментария исследования были использованы: опросник профессиональной дезадаптации О.Н. Родиной, методика диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана, методика диагностики коммуникативной установки В.В. Бойко. На первом этапе обследовано 280 врачей; на втором этапе респонденты были распределены по группам следующим образом: основная группа 1 (ОГ1) – врачи хирургического профиля с признаками ПД, основная группа 2 (ОГ2) – врачи терапевтического профиля с признаками ПД, контрольная группа (КГ) – врачи без признаков ПД. Полученные в результате исследования данные свидетельствуют о том, что врачи хирургического и терапевтического профиля с признаками ПД характеризуются более высоким по сравнению с врачами КГ уровнем невротизации и повышением выраженности некоторых компонентов негативной коммуникативной установки («завуалированная жестокость», «открытая жестокость», «обоснованный негативизм» и «негативный опыт общения»). В результате исследования также была обнаружена взаимосвязь некоторых признаков пониженной коммуникативной толерантности (неумение скрывать неприятные чувства при столкновении с некомунікбельными качествами партнеров, неумение приспособиться к партнерам, неумение прощать ошибки или невольно причиненные неприятности, неприятие индивидуальности человека) с состояниями ПД.

Ключевые слова: профессиональная дезадаптация, врачи хирургического и терапевтического профиля, уровень невротизации, коммуникативная установка, коммуникативная толерантность.

CHARACTERISTICS OF COMMUNICATIVE SETTING IN SURGICAL AND THERAPEUTIC PROFILE DOCTORS

A. Kaminska

Some characteristics of communicative setting and communicative tolerance level depending on the experience of professional work in surgeons and therapeutic profile doctors were investigated, as well as the relationship with the professional disadaptation (PD). Professional disadaptation questionnaire by O.N. Rodina, test for psychological diagnostics of neuroticism by L.I. Wasserman and communicative setting questionnaire by V.V. Boyko were used as psychodiagnostic research instruments. At the first stage 280 physicians were surveyed, after that at the second stage, respondents were divided into groups as follows: EG1 – surgical doctors with signs of PD, EG2 – therapeutic profile doctors with signs of PD, CG – doctors without PD signs. The research findings suggest that surgical and therapeutic profile doctors with the signs of PD are characterized by higher compared with CG doctors levels of neuroticism and increased expression of negative communicative setting components («veiled cruelty», «open cruelty», «reasonable negativism» and «bad experience»). The study also found some evidence of the relationship between decreased communicative tolerance (inability to hide unpleasant feelings when faced with uncommunicative partners, inability to adapt to the partners, inability to forgive mistakes or inadvertently caused trouble, human individuality rejection) and PD.

Key words: professional disadaptation, surgical and therapeutic profile doctors, neuroticism level, communicative setting, communicative tolerance.