

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Магдисюк Людмила Іванівна

старший викладач кафедри практичної психології та безпеки життєдіяльності,
кандидат психологічних наук
Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки

Карпук Юлія Ярославівна

студентка III курсу
Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки

У статті розглядаються основні чинники, що впливають на якість життя працівників медичної сфери діяльності. Розкривається сутність поняття якості життя та визначаються основні його складові. Вказано параметри якості життя медичних працівників: задоволеність життям, відпочинок, щоденний режим, інтелектуальна і соціальна діяльність, сприйняття загального здоров'я, симптомів основного і супутніх захворювань, економічне становище, добробут, житлові умови.

Ключові слова: якість життя, особистість, психологічні особливості, емоційне вигорання, ілюзії, деілюзії, професійна деформація.

Key words: chastity quality, osobibsty, psihologicheskie oslobvisti, emotional burning, illusion, delusion, professional defformation.

Постановка проблеми. На сьогоднішній день ключовим завданням суспільства є підвищення якості життя населення. В даний час ця тема охоплює все більшу частину сфер діяльності. Адже якість життя – це критерій благополуччя населення вцілому. Зокрема, ця тема є важливою і серед медичних працівників, спостерігається тенденція до зниження рівня та якості їх життя. Тому для подолання цієї проблеми потрібне більш детальне вивчення і дослідження всіх аспектів даної проблеми. Все більша частина медичних працівників сьогодні одразу ж після випуску з за-

кладів освіти виїжджає на роботу за кордон, тому що рівень життя медичного персоналу у інших країнах є вищим.

Мета статті полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному розгляді закономірностей залежності якості життя медичних працівників від рівня життя населення в країні.

Виклад основного матеріалу. Як соціальний феномен якість життя з'являється одразу з виникненням суспільства. У ньому виражається момент стійкості, визначеності, своєрідності людського життя, що відрізняє якість життя людини від життя інших

живих істот. Одні із перших розглядів феномена якості життя можна спостерігати ще у давніх міркуваннях людства, зокрема у міфології, релігії та до філософських трактуваннях [5].

Якість життя є невід'ємною від сутності людини та її поведінки категорією. Людина і її поведінка в цьому плані є суб'єктивною, багатосторонньою та неоднозначною. Поняття якості життя є багатограним і зустрічається у всіх галузях знань, тому розгляд цього феномену потрібно проводити у багатьох наукових дисциплінах [10].

Людина, яка присвятила себе медицині, розуміє, що професія медика покладає на неї обов'язок перебувати завжди в тонусі, допомагати хворим незалежно від часу та обставин, володіти достатнім рівнем емпатії та часто нехтувати власними цінностями заради пацієнтів. Медичний працівник, який під час виконання своїх професійних обов'язків є найбільш близьким до хворого і його родичів, повинен уміти професійно і делікатно підтримувати належний душевний стан пацієнта і його близьких, своїми словами, інструкціями, а, головне, своїми діями і особистим прикладом постійно вчити хворих і їх родичів боротись з недугами, дотримуватись вимог режиму, проводити в життя принципи реабілітації, реадптації і профілактики. Під впливом професійної діяльності формується емоційне вигорання. Яке в свою чергу негативно впливає на якість життя медичного працівника як особистості [3].

У діяльності фахівець, як правило, керується постулатом економії власних енергетичних витрат (фізичних, емоційних, інтелектуальних тощо) через емоційне і фізичне виснаження. При цьому він користується в основному, напрацьованими раніше алгоритмами вирішення професійних завдань які призводять до порушення адаптивних процесів [2].

Необхідно виокремити дві основні групи чинників, що сприяють формуванню синдрому емоційного вигорання [6]:

- індивідуально-психологічні;
- організаційні.

До найбільш значущих індивідуально-психологічних чинників, що впливають на якість життя відносяться особистісні та емоційно-комунікативні особливості, як емоційна нестійкість, сензитивність, тривожність, нейротизм, конформність, сором'язливість, підозрілість у взаємнинах з оточуючими, схильність до почуття провини, консерватизм, імпульсивність, інтроверсія, дезадаптивні копінг-стратегії, низький рівень суб'єктивного контролю. Формування зниження рівня життя також пов'язують з дисоціацією між надто високими очікуваннями людей від роботи і дійсністю, з якою їм доводиться стикатися щодня [6].

Основними організаційно-психологічними чинниками є: значні робочі навантаження, висока відповідальність за прийняття рішення, стресовий характер професійної діяльності, підвищена емоційна насиченість

міжособистісних взаємодій, директивний стиль спілкування, суворі ієрархія взаємин між співробітниками, відсутність (втрата) позитивної підтримки з боку колег [3]. Почуття несправедливості у працівників (не тільки стосовно себе, але й інших членів колективу), невідповідність між морально-етичними принципами людини і певними вимогами її професійної діяльності, відсутність стимулів для особистісного та професійного зростання, недостатня матеріальна винагорода за роботу, одноманітна та монотонна діяльність [1].

Вагому роль в формуванні якості життя є також ілюзії, деілюзії. Особливо це стосується молодих фахівців, які часто схильні до ілюзій і переоцінки своїх можливостей. Як і більшість людей медики-початківці, як правило, вважають медицину всесильною. Такі люди при зустрічі з практичною медициною переживають деілюзію – розчарування. Сучасна медицина може успішно лікувати лише гострі патологічні стани, а невилікувати всіх людей на всіх етапах хвороби. Проте, гіпертрофія деілюзії є шкідливою. Медик перестає бачити хворого, а лише фіксує “випадки з практики” [7]. Медики з надмірною самооцінкою лідерів починають переживати, що вони не можуть внести вирішальну особисту заслугу в умовах колективної роботи (бригада реанімаційного відділення, етапне лікування інфаркта міокарда тощо). У деяких молодих медиків при невдачах опускаються руки. Певна частина звикається з тим, що вони не всесильні і

тоді перестають критично само оцінювати чи все можливе вони зробили для допомоги хворому. У частини медиків розвиваються підвищені незадоволення та нервозність по відношенню до хворих, а також колег і вони викликають у інших антипатію, що в кінцевому результаті призводить до зниження відчуття задоволеності власним становищем у суспільстві і також негативно впливає нажиття оточуючих [9].

За результатами досліджень професійне вигорання зустрічається на початкових етапах професійної діяльності, тоді як професійна деформація істотно залежить від терміну роботи і від сили деформуючого впливу. Професійна деформація проявляється на більш пізніх етапах професійної кар’єри. Кожна професія може сприяти розвитку людини і удосконалювати її особисті якості на користь суспільства. Але професія може також і деформувати душевні якості людини [8].

Схильність до професійної деформації особливо часто спостерігається у певних професій, представники яких володіють малою контрольованою і обмеженою владою. До таких відносяться і професії медичного спрямування. Від рішень і волі цих людей залежить гідність та існування, здоров’я і навіть життя інших людей, як це буває у вчителів, суддів, працівників правоохоронних органів, а також до таких відносяться і професії медичного спрямування [9].

Медики повинні адаптуватись до нових незвичних умов, як і іншим не

під силу (летальні випадки, вигляд крові, тяжких травм, травматичних операцій, спостереження за стражданнями і смертю хворих). При цьому важливо не втратити душевних якостей. Адже професійна деформація розвивається, як правило, поступово і непомітно саме на етапі професійної адаптації [4].

На початку своєї професійної діяльності медики досить емоційно переживають стикання з вищезгаданими факторами, які є невідомі від отримання медичної освіти. Потім вони звикають і поступово розвивається емоційна гіпестезія і навіть байдужість. Не можна проявити неповагу до покійників і трупного матеріалу, не можна проводити експерименти на тваринах без глибокої анестезії заради лише однієї цікавості [2].

Проявом професійної деформації є і поведінка і вирази медичних працівників, якщо під впливом звички проявляються черствість по відношенню до хворих в такому ступені, що у не медиків складається враження бездушності навіть цинізму, щомає психологічне значення [2].

Іноколи деформація проявляється у вигляді професійного захоплення патологією. Інертність професійної деформації значною мірою утримується в наслідок історичної традиції професії медика і його положення в суспільстві.

Висновки. Можна виокремити психологічні особливості медичних працівників, що впливають на якість життя і виокремити дві основні групи

чинників: індивідуально-психологічні та організаційні. Таким чином, виконане теоретичне дослідження не вичерпує всіх аспектів означеної проблеми. Якість життя можна визначити як систему психічних властивостей, де узгоджено і збалансовано процеси внутрішнього світу особистості та їх відповідність вимогам соціуму.

Список використаних джерел:

1. Maslach C. Jobburnout:new direction sinresearchan dintervention / C. Maslach // Current Directionsin Psychological Science. – Vol. 12. – 2003. – P. 189 – 192.
2. Жидко М. Є. Особливості психологічної диференціації професійної дезадаптації, професійної деформації та емоційного вигорання / М. Є. Жидко О.В. Журавская // Психологія: реальність і перспективи. – 2015 – Вип. – 4. С.99 – 103.
3. Засекина Л. В. Психологічна готовність особистості до виходу на пенсію: монографія / Лариса Володимирівна Засекина, Людмила Іванівна Магдисяк. – Луцьк: ПП Іванюк В. П., 2018. – 290 с.
4. Корнеева Л. Н. Профессиональная психология личности. Психологическое обеспечение профессиональной деятельности / Л. Н. Корнеева ; под ред. Г. С. Никифорова. – СПб., 1991. – С. 61 – 84.
5. Магдисяк Л. І. Психодіагностика якості життя осіб пізньої зрілості / Л. І. Магдисяк // Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні: Матеріали ХІ наук.-практ. семінару (Луцьк, 20 жовтня 2016 р.) / за заг. ред. М. І. Мушкевич. – Луцьк: Вежа-Друк, 2016. – С. 24 – 28.
6. Магдисяк Л. І. Психологічні особливості якості життя осіб з серцево-судинними захворюваннями / Л. І. Магдисяк // Психологія: реальність і перспективи: зб. наук. пр. Вип. 8 / упоряд. Р. В. Павелків та ін. – Рівне: РДГУ, 2017. – С. 180 – 184.

7. Магдисяк Л. І. Теоретичні аспекти психологічної якості життя осіб з ургентною адикцією / Л. І. Магдисяк, Л. І. Ковальчук // Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні: Матеріали XII наук.-практ. семінару (Луцьк, 26 жовтня 2017 р.) / за заг. ред. М. І. Мушкевич. – Луцьк: Вежа-Друк, 2017. – С. 77 – 81.
8. Орел В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии. Эмпирические исследования / В.Е. Орел // Психологический журнал. – 2001. – № 1. – С. 16 – 22.
9. Радзівська І. В. Формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер у процесі вивчення фахових дисциплін: автореф. дис...канд. пед. наук: 13.00.04 / І.В. Радзівська; Інститут професійно-технічної освіти Національної академії педагогічних наук України. – Київ, 2011. – 20 с.
10. Романюк І. «Якість життя» як соціально-економічна категорія та об'єкт статистичного дослідження / Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. – Київ, 2014 Вип. 4. С. 91 – 98.