

ПРОЯВЛЕНИЕ КАЧЕСТВ ЛИЧНОСТИ, ЗНАЧИМЫХ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛИЗАЦИИ ВРАЧА НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ЕГО СТАНОВЛЕНИЯ

Климова О.Н.¹, Русина Н.А.², Косенко С.М.³

¹ Климова Ольга Николаевна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры офтальмологии, ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, ул. Революционная, 5, Ярославль, 150000, Российская Федерация. Тел.: 8(4852) 24-45-86.

E-mail: klimiola@mail.ru

² Русина Наталья Алексеевна

кандидат психологических наук, доцент, заведующая кафедрой педагогики и психологии с курсом ИПДО, ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, ул. Революционная, 5, Ярославль, 150000, Российская Федерация. Тел.: 8(4852) 30-75-22.

E-mail: psychologist@ytm.ac.ru

³ Косенко Сергей Михайлович

кандидат медицинских наук, доцент кафедры офтальмологии, ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, ул. Революционная, 5, Ярославль, 150000, Российская Федерация. Тел.: 8(4852) 24-45-86.

E-mail: semk58@mail.ru

Аннотация

В статье приводятся результаты исследования, проведенного с целью сравнения выраженности качеств личности, влияющих на уровень врачебной профессионализации, в разных возрастных и профессиональных группах. Исследуемые качества личности: рефлексия, поведение в конфликте, коммуникативная компетентность, уровень морально-этической ответственности.

В исследовании участвовало 75 человек: 25 студентов 5 курса медицинской академии, 25 клинических ординаторов кафедры офтальмологии, 25 врачей-офтальмологов. Все группы были сходны по соотношению мужчин и женщин и достоверно различались между собой по возрасту ($p < 0,05$).

Методики исследования: опросник «Диагностика уровня морально-этической ответственности личности», методика исследования рефлексивности А.В. Карпова, тест К. Томаса для изучения способов регулирования конфликтов, методика Л.П. Урванцева и Н.В. Яковлевой «Профессиональная коммуникативная компетентность врача».

Анализ уровня морально-этической ответственности не выявил достоверного различия результатов в трёх исследуемых группах ($p > 0,05$). Подавляющее большинство респондентов имело средний или высокий уровень морально-этической ответственности. Ординаторов и врачей с низким уровнем ответственности не оказалось. Вероятно, эта черта личности является одной из определяющих выбор профессии врача.

Уровень рефлексивности достоверно различался во всех исследуемых группах ($p < 0,05$). Среди респондентов преобладал средний уровень развития рефлексивности. Низкий уровень рефлексивности имели более трети студентов, каждый пятый интерн, тогда как врачей с низким уровнем рефлексивности не оказалось. Рост уровня профессионализации и врачебного опыта приводит к увеличению уровня рефлексивности. Эта черта личности развивается в процессе становления врача.

Преобладающим способом поведения в конфликтной ситуации во всех исследуемых группах являлся компромисс. Стратегия сотрудничества, наиболее полно учитывающая взаимные интересы, использовалась реже.

При исследовании профессиональной коммуникативной компетентности было выявлено, что все респонденты ориентированы на установление эффективных контактов с участниками

лечебного процесса. Они понимают значение коммуникативных ценностей в профессиональной деятельности. Большинство респондентов обладает хорошо развитыми профессиональными коммуникативными умениями и навыками и понимает необходимость их совершенствования. Большинство респондентов ориентировано и на социальные контакты. Но уровень владения общими, социальными коммуникативными умениями и техниками значительно ниже, чем уровень профессионального общения.

Ключевые слова: профессиональное становление врача; рефлексия; коммуникативная компетентность; поведение в конфликте; морально-этическая ответственность.

УДК 159.923:614.23

Библиографическая ссылка по ГОСТ Р 7.0.5-2008

Климова О.Н., Русина Н.А., Косенко С.М. Проявление качеств личности, значимых для профессионализации врача на разных этапах его становления // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – N 3(32). – С. 9 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Поступила в редакцию: 19.05.2015 Прошла рецензирование: 04.06.2015 Опубликовано: 19.06.2015

Введение

Основным видом деятельности человека является профессиональная деятельность — социально обусловленный, осознанный, целенаправленный труд. Достижение высокого уровня профессионализма обуславливается рядом взаимосвязанных факторов: специфических способностей, знаний, умений и навыков, профессионально значимых качеств личности, условий организации деятельности и межличностных отношений. Профессиональное становление субъекта труда, в том числе и врача, рассматривается как сложный двуединый процесс, включающий формирование совокупности профессиональных знаний, умений и навыков, с одной стороны, и профессионально значимых личностных качеств, психосоциальное развитие личности — с другой [6, 18].

Значение профессионального становления личности в медицинском образовании подчёркивают многие авторы [11; 15; 17; 23]. Речь идёт о базовых ценностях, моральных принципах и самосознании [18], о «воспитании сердца» [13] и ума, воспитании практической мудрости. Очень важно не просто «работать врачом», а «быть врачом» [15].

В профессиональном становлении врача особую значимость имеет додипломная стадия, на которой закладываются базовые компетенции. Вузовский этап профессионализации является сенситивным периодом формирования необходимых профессионально важных качеств врача, основных новообразований индивидуального стиля профессиональной деятельности [7]. Перед высшей школой стоит сложная задача — формировать личность, готовую психологически, нравственно и практически активно включиться в разнообразные формы осуществления медицинской деятельности.

В системе высшего медицинского образования как на додипломном, так и на последипломном этапах традиционно основное внимание уделялось именно теоретической и практической профессиональной подготовке и в меньшей степени — проблеме формирования психологической составляющей личности врача на всех этапах его профессионального развития. Однако успешность в работе и удовлетворенность ею индивида определяются в значительной степени перспективами и уровнем его развития как личности, а не только соответствием отдельных его качеств требованиям профессиональной деятельности.

Компетентностный подход в определённой степени преодолевает традицию рассмотрения личностного роста и профессионального развития как автономных

процессов. В Федеральном государственном образовательном стандарте высшего профессионального образования 2010 года по направлениям подготовки «Лечебное дело» и «Педиатрия» указывается, что, среди прочих, выпускник должен обладать следующими компетенциями:

- «способностью и готовностью к анализу мировоззренческих, социально и личностно значимых философских категорий, к самосовершенствованию (ОК-2)»;
- «способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, <...> к ведению дискуссии и полемики, <...> к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5)»;
- «способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики (ОК-8)»;
- «способностью и готовностью реализовывать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности (ПК-1)»;
- «способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок (ПК-4)» [4; 5].

Таким образом, цели высшего медицинского образования связаны с формированием личности будущего врача, компетентного и ответственного, способного оказывать помощь, человека милосердного и сострадающего. Они отражают две главные составляющие врачебной деятельности: первая из них связана с развитием гуманистического профессионального самосознания, профессиональной идентичности; вторая заключается в технологическом овладении основами профессиональной культуры и деятельности. Перед высшим медицинским образованием стоит задача гармонизации этих составляющих, что и определяет уровень профессионального и личностного развития врача. Готовность к профессиональной деятельности обеспечивается как узкопрофессиональной подготовкой, так и общими надпрофессиональными компетенциями, одними из которых являются такие значимые для помогающих профессий навыки, как работа над собой и работа с людьми. Важно воспитывать у будущих врачей внимательное отношение к окружающим, подготавливать их к доброжелательному отношению к людям, учить сотрудничеству. Профессия врача, связанная с непосредственным взаимодействием с разными людьми, требует определенных знаний и навыков поведения в различных ситуациях, готовности к этим ситуациям, в том числе конфликтным, развития коммуникативной грамотности. Для гармоничного профессионального развития личности и успешности её профессиональной реализации на послевузовском этапе профессионализации является важным сохранение и дальнейшее развитие всех необходимых для врачебной профессии личностных качеств и психоэмоциональных свойств.

Цель нашего исследования — сравнительная характеристика выраженности таких качеств личности, влияющих на уровень врачебной профессионализации, как рефлексия, поведение в конфликте, коммуникативная компетентность и уровень морально-этической ответственности у лиц, находящихся на разных этапах профессионального становления: студентов 5 курса медицинского вуза, клинических ординаторов и практикующих врачей — для выявления специфических особенностей в каждой из групп исследования.

В психологии рефлексия — процесс самопознания субъектом внутренних психических актов и состояний. Цели рефлексии — вспомнить, выявить и осознать основные компоненты деятельности: ее смысл, типы, способы, проблемы, пути их решения, полученные результаты и т.п.

Представители различных социальных и профессиональных групп имеют различия в уровне и использовании рефлексии. Очевидно, что врач должен обладать развитой рефлексивностью [14], способностью размышлять [16], рассматривать и анализировать самого себя и собственную активность, например собственные состояния, поступки и прошедшие события, личный опыт, обладать способностью к самопознанию и саморазвитию. Сознательно используя рефлексию, врачи получают доступ к дополнительным знаниям [8].

Рефлексивная практика поддерживает профессиональное становление личности врача [23].

Глубина рефлексивности может быть связана с заинтересованностью человека в этом процессе, настроенностью его внимания замечать что-то в большей, а что-то в меньшей степени, степенью его образованности, развитости моральных чувств и представлений о нравственности, с уровнем его самоконтроля и многим другим.

Коммуникативная компетентность в той или иной степени присуща всем без исключения людям, но в ряде профессий она становится профессионально значимой. Коммуникативная компетентность является одной из базовых характеристик профессиональной компетентности и профессиональной подготовки специалистов деятельности субъект-субъектного типа, к которым принадлежит профессия врача. Коммуникативная компетентность в профессионально-личностном становлении врача понимается как многоуровневое интегральное качество личности (совокупность когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенностей), опосредующее врачебную профессиональную деятельность, направленное на установление, поддержание и развитие эффективных контактов с пациентами и другими участниками лечебно-профилактического процесса. Она имеет трехуровневую структуру: базовый (ценностный) уровень, содержательный уровень и инструментальный (операционный, технический), включающий два подуровня: общих и профессиональных коммуникативных навыков и умений. [1].

Высокая значимость общения в профессиональной деятельности врача очевидна. Исследованию взаимодействия между врачом и пациентом посвящено много работ [12; 19; 20; 21; 22]. Умение общаться обеспечивает взаимопонимание, доверие, уважение в отношениях между врачом и пациентом, формирует комфортную психологическую среду, повышающую эффективность лечения и удовлетворение пациента [9]. Современный врач должен уметь создавать и сохранять корректные с терапевтической и этической точек зрения отношения, использовать эффективные навыки слушания, запрашивать и предоставлять информацию, а также эффективно работать в качестве члена или лидера команды здравоохранения [3].

Под эффективным врачебным общением можно понимать такое общение врача с больными различного возраста, их родителями и родственниками, которое способствует адекватной реализации врачом своих функций в лечебно-профилактическом процессе (инструментальной, психологической, социально-психологической, регулятивной, когнитивно-информационной, социально-перцептивной и психотерапевтической) [3].

Одни формы коммуникативного поведения могут являться более эффективными в условиях достижения целей, чем другие. Контекст определяет наиболее целесообразное и эффективное поведение. Наиболее тревожным и сложным и для пациентов, и для медицинских работников является общение в контексте передачи плохих новостей [10].

Любая черта морально-этической сферы личности проявляется в определённых ситуациях, требующих актуализации и конкретного внешнего проявления нравственных и моральных качеств в действиях и поступках. Это может выражаться в широком диапазоне поведения. Помимо анализа этической корректности собственно поступков важно также учитывать их явную и (если это возможно) латентную детерминацию (бессознательные аспекты мотивации, степень осознанности и рефлексии).

Необходимость высокого уровня сформированности морально-этической ответственности врача связана прежде всего с социальной ответственностью профессии.

Конфликт — важная сторона взаимодействия людей в обществе. На конфликт смотрят как на весьма значимое явление, которое нельзя игнорировать и которому должно быть уделено особое внимание. Ни коллектив, ни личность не могут развиваться бесконфликтно, наличие конфликтов есть показатель нормального развития. Избежать конфликтов невозможно, но есть способ устранить их разрушительное влияние на взаимодействие людей — научиться выбирать эффективные стратегии разрешения конфликтных ситуаций. Поэтому бесконфликтными можно считать не тех людей (группы, коллективы), которые не попадают в конфликтные ситуации, а тех, кто умеет их вовремя и конструктивно разрешить.

Теоретические знания и прикладные умения в сфере конфликтологии являются для каждого врача профессионально необходимыми на основании того, что:

- конфликты — это неизбежные и частые спутники врачебной деятельности;
- конфликты представляют собой нарушение и осложнение процессов коммуникации в профессиональной деятельности.

Во всем спектре профессионального общения могут возникать конфликты с непосредственным участием врача в качестве одной из сторон конфликта. Во врачебной деятельности это конфликты между врачом и пациентом, врачом и близкими пациента, врачом-руководителем и врачом-подчиненным, врачами одного иерархического уровня, врачом и средним медицинским работником, врачом и группой коллег. Выполняя свои профессиональные обязанности, врач может также оказаться в роли арбитра, разрешающего конфликты между подчиненными и пациентами. Преодоление конфликтных ситуаций возможно только на основе специальных психологических знаний и соответствующих им умений. Для того чтобы выходить из конфликтных ситуаций, необходимо иметь теоретическую базу, то есть врачи должны владеть технологией работы с конфликтами. Управлять конфликтом, прогнозировать его развитие и уметь разрешать — своеобразная «техника безопасности» врачебной деятельности. Когда человек находится в конфликтной ситуации, для более эффективного решения проблемы важно уметь выбирать определенный стиль поведения, учитывая при этом собственный стиль, стиль других вовлеченных в конфликт людей, а также природу самого конфликта.

Практика медицинской работы свидетельствует о том, что основная задача врача состоит не в отстранении от конфликта, а в умении интуитивно почувствовать его угрозу, постараться предотвратить его, а если это не удастся, управлять им с целью достижения наилучшего результата.

Материалы и методы

В исследовании участвовало 75 человек: 25 студентов 5 курса педиатрического факультета (20 женщин, 5 мужчин в возрасте от 20 до 26 лет; медиана — 22 года), 25 клинических ординаторов и интернов кафедры офтальмологии (21 женщина, 4 мужчины в возрасте от 23 до 29 лет; медиана — 24 года), 25 врачей-офтальмологов (20 женщин, 5 мужчин в возрасте от 27 до 70 лет; медиана — 45 лет). Все группы были сходны по соотношению мужчин и женщин и достоверно различались между собой по возрасту ($p < 0,05$).

Исследование уровня морально-этической ответственности личности проводилось по опроснику «Диагностика уровня морально-этической ответственности личности». При интерпретации результатов исследования проводится дифференциация индивидов на три основные категории: с низким, средним и высоким уровнем морально-этической ответственности.

Для исследования рефлексивности использовалась методика А.В. Карпова [2]. При интерпретации результатов исследования авторы проводят дифференциацию индивидов на три основные категории: с высокоразвитой рефлексивностью, средним и низким уровнем развития рефлексивности.

Привычные способы поведения в конфликтной ситуации изучались с помощью теста К. Томаса. Автор выделяет 5 способов регулирования конфликтов:

- 1) соперничество как стремление добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому;
- 2) приспособление, означающее, в противоположность соперничеству, принесение в жертву собственных интересов ради другого;
- 3) компромисс (взаимные уступки);
- 4) избегание (уход), для которого характерно как отсутствие стремления к кооперации, так и отсутствие тенденции к достижению собственных целей;
- 5) сотрудничество, когда участники ситуации приходят к альтернативе, полностью удовлетворяющей интересы обеих сторон.

Исследование коммуникативной компетентности проводилось по методике Л.П. Урванцева и Н.В. Яковлевой «Профессиональная коммуникативная компетентность врача». Вопросы теста разделены на 4 блока.

1-й блок (КИ) определяет выраженность общих коммуникативных ценностей. Человек, имеющий высокие показатели по 1-му блоку, любит общаться, имеет высокую потребность в общении. Он значительно ориентирован на социальные контакты. М (КИ) — мотивационный компонент блока — характеризует зону возможного развития КИ.

2-й блок (КУ) определяет уровень владения коммуникативными техниками на основании самооценки. В этом блоке оценивается «техническая успешность» общения личности. М (КУ) определяет желаемую зону совершенствования навыков общения при благоприятных условиях.

3-й блок (ПИ) определяет степень включенности коммуникативной составляющей в профессию. Он показывает, каково значение коммуникативных ценностей в профессиональной Я-концепции. М (ПИ) — зона возможного развития ПИ.

4-й блок (ПУ) характеризует уровень развития профессиональных коммуникативных умений и навыков на основании самооценки. Он дает представление о «технической сущности» профессионального общения. М (ПУ) показывает желаемую зону совершенствования техник профессионального общения.

Результаты исследования и обсуждение результатов

1. Исследование уровня морально-этической ответственности.

Результаты исследования уровня морально-этической ответственности в трёх изучаемых группах приведены в таблице 1.

Таблица 1

Уровень морально-этической ответственности в изучаемых группах

Уровень ответственности (%) \ Группы	Студенты	Ординаторы	Врачи
Низкий	4%	0%	0%
Средний	56%	68%	68%
Высокий	40%	32%	32%

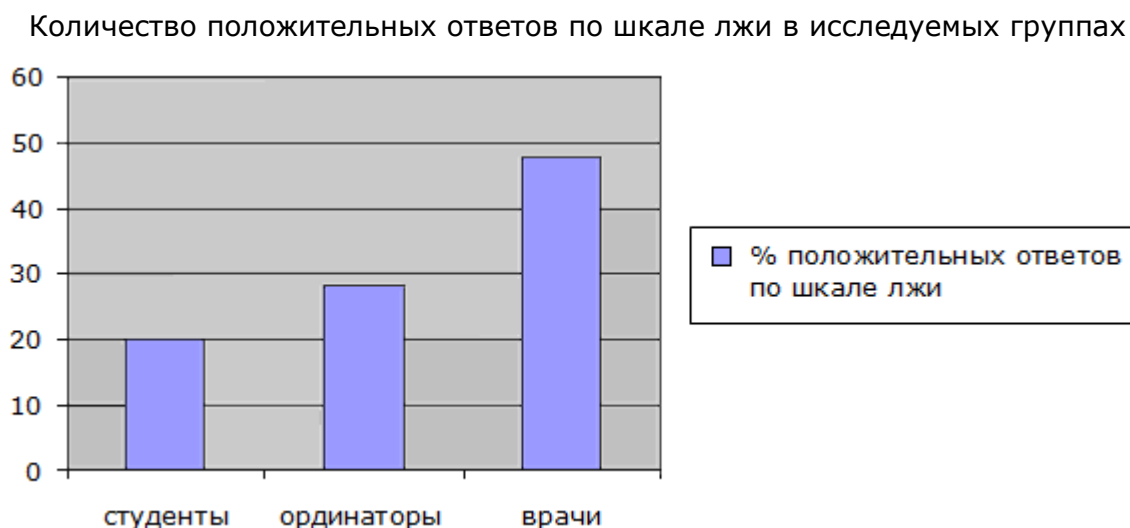
Достоверных различий по уровню морально-этической ответственности в трех исследуемых группах не выявлено ($p > 0,05$). У подавляющего большинства респондентов, находящихся на разных этапах профессионального становления врачебной деятельности, уровень сформированности морально-этической ответственности примерно одинаковый: средний или высокий (табл. 1).

Полученные результаты можно объяснить тем, что профессия врача основана на определенных нравственных ценностях, исходно предполагает наличие достаточно высокого уровня морально-этической ответственности, и те люди, которые приняли решение работать в сфере медицины, этим уровнем обладают уже на этапе обучения в вузе, имеют общие личностные черты и определенные общие ценности.

Даже среди студентов процент лиц с низким уровнем морально-этической ответственности очень мал, а в группах ординаторов и врачей лиц с низким уровнем ответственности нет. Это может быть связано с дальнейшим повышением уровня морально-этических качеств к моменту начала врачебной деятельности либо с тем, что студенты с низким уровнем морально-этической ответственности не заканчивают медицинский вуз или сразу после его окончания уходят из профессии.

Интересные результаты получены при анализе ответов по шкале лжи (социальной желательности) данного опросника (диаграмма 1).

Диаграмма 1



Чем старше и опытнее респонденты, тем чаще они дают ложные, но социально желаемые ответы (это делает только каждый пятый студент и практически каждый второй врач). По мере накопления врачебного и жизненного опыта увеличивается стремление преподнести себя окружающим с лучшей, более выигрышной стороны, выглядеть более близким к «идеальному» человеку и врачу.

2. Исследование уровня рефлексивности.

Результаты исследования уровня рефлексивности в трёх исследуемых группах представлены в таблице 2.

Таблица 2

Уровень рефлексивности в исследуемых группах

Уровень рефлексивности (%) \ Группы	Студенты	Ординаторы	Врачи
Низкий	36%	20%	0%
Средний	56%	72%	88%
Высокий	8%	8%	12%

В нашем исследовании уровень рефлексивности достоверно различается во всех исследуемых группах ($p < 0,05$). У респондентов преобладает средний уровень развития рефлексивности. По мере профессионализации и роста врачебного опыта доля лиц со средним уровнем рефлексивности увеличивается (в 1,5 раза в группе врачей по сравнению с группой студентов), а доля лиц с низким уровнем рефлексивности, наоборот, уменьшается. Низкий уровень рефлексивности имеют более трети студентов старшего курса, каждый пятый ординатор, а врачей с низким уровнем рефлексивности не оказалось. Доля респондентов с высоким уровнем рефлексивности одинаково невелика во всех трех группах.

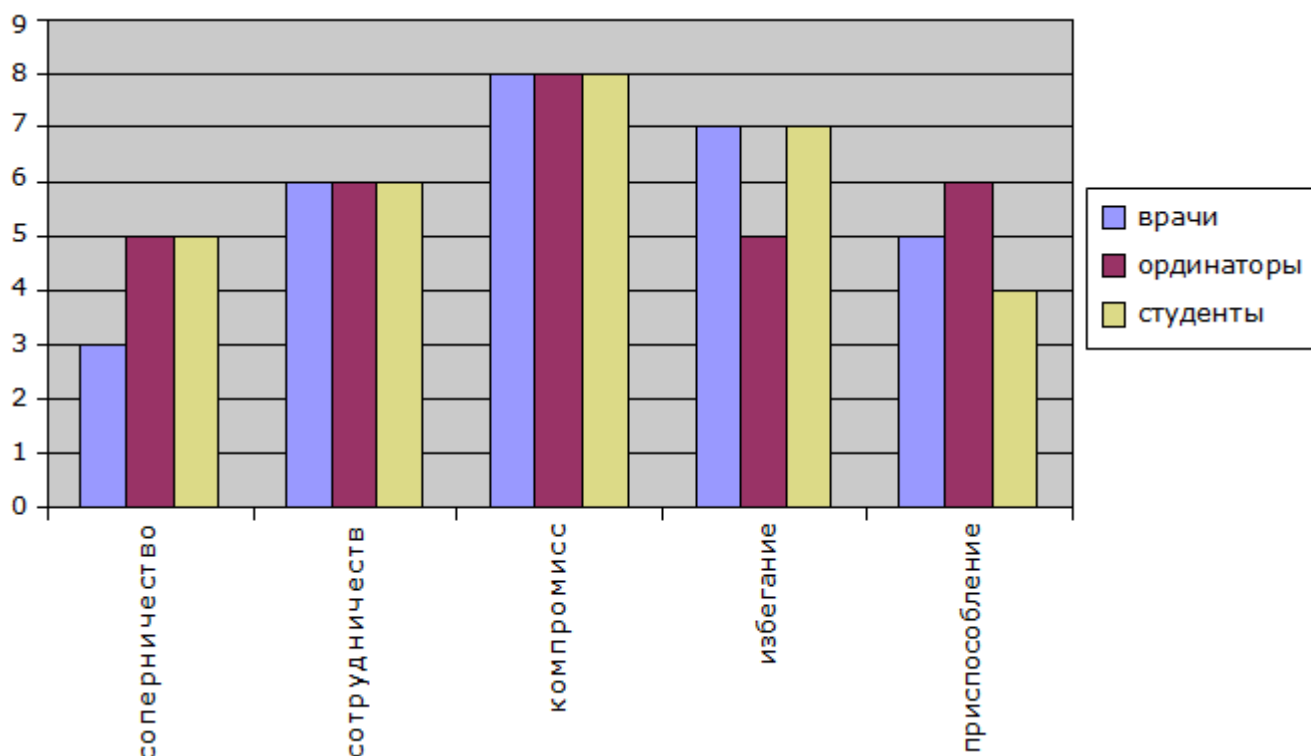
Повышение уровня рефлексивности у ординаторов и еще в большей степени — у врачей по сравнению со студентами можно объяснить взрослением, повышением образованности, повышением самоконтроля, тем, что они непосредственно включены в лечебно-диагностический процесс и несут ответственность за конкретных больных.

3. Исследование типов поведения людей в конфликтных ситуациях.

В процессе нашего исследования установлено, что на всех этапах врачебной профессионализации преобладающим способом поведения в конфликтной ситуации является компромисс, то есть урегулирование противоречий через взаимные уступки и частичное удовлетворение желаний обеих сторон (диаграмма 2).

Диаграмма 2

Частота использования различных стратегий поведения в конфликте на разных этапах врачебной профессионализации



Положительным моментом в этом является способность и готовность сторон прислушиваться к желаниям друг друга, но акцент при этом все же ставится не на решении, которое должно удовлетворять обе стороны, а на тезисе «Мы не можем одновременно выполнить наши желания, поэтому лучше иметь синицу в руке, чем журавля в небе».

Только в ситуации сотрудничества обе стороны оказываются в выигрыше. Стратегия сотрудничества дает возможность одновременно решить проблему, не ущемляя ничьих интересов, и сохранить отношения, что и считается подлинным успешным решением конфликта. Стратегия сотрудничества является второй по частоте у ординаторов, а у врачей и студентов находится на третьем месте (после избегания). Стратегию соперничества реже всех используют врачи, это можно объяснить тем, что врачи в основном уже состоялись как личности и заняли свою профессиональную нишу, тогда как студенты и ординаторы еще должны доказывать собственную состоятельность, они конкурируют между собой в учебе (рейтинговая система) и при поиске места работы.

Стратегию приспособления реже всех используют студенты.

Неверно было бы рассматривать какие-то из упомянутых стратегий как неэффективные. В конкретных обстоятельствах любая из них, в том числе и соперничество, и избегание, и приспособление, может оказаться адекватным выходом из конфликтной ситуации. Однако именно сотрудничество, а не компромисс должно быть приоритетом среди способов поведения, учитывающих интересы противоположной стороны.

4. Исследование профессиональной коммуникативной компетентности.

Результаты нашего исследования в трёх исследуемых группах представлены в таблице 3.

Таблица 3

Степень выраженности профессиональной коммуникативной компетентности (ПКК) по блокам (уровням) на разных этапах врачебной профессионализации

Исследуемые группы		Врачи	Ординаторы	Студенты
Степень выраженности ПКК (%)				
Блок КИ	сильно выраженная	12%	12%	12%
	средне выраженная	88%	88%	88%
	невыраженная	0%	0%	0%
Блок КУ	сильно выраженная	0%	0%	0%
	средне выраженная	52%	60%	52%
	невыраженная	48%	40%	48%
Блок ПИ	сильно выраженная	0%	4%	0%
	средне выраженная	100%	96%	100%
	невыраженная	0%	0%	0%
Блок ПУ	сильно выраженная	16%	8%	4%
	средне выраженная	84%	92%	96%
	невыраженная	0%	0%	0%

1-й блок (КИ) определяет выраженность общих коммуникативных ценностей. Уровень выраженности во всех группах преимущественно средний.

2-й блок (КУ) определяет уровень владения коммуникативными техниками. Примерно половина респондентов оценила его как низкий, остальные — как средний.

3-й блок (ПИ) определяет степень включенности коммуникативной составляющей во врачебную деятельность, у большинства респондентов уровень средний.

4-й блок (ПУ) характеризует уровень развития профессиональных коммуникативных умений и навыков. У большинства он средний. Интересно, что самооценка уровня развития профессиональных коммуникативных умений и навыков была практически одинаковой у врачей, ординаторов и студентов, хотя последние, безусловно, имеют очень небольшой опыт общения с больными. Вероятно, это связано с юношеским максимализмом, амбициозностью, завышенной самооценкой ординаторов и прежде всего студентов.

По каждому блоку определялся мотивационный компонент, характеризующий зону возможного развития соответствующих ценностей и навыков. Результаты представлены в табл. 4. Коэффициент мотивации находится в диапазоне от 0,3 (невыраженный) до 3 (выраженный).

Таблица 4

Коэффициент мотивации обучения по блокам на разных этапах
врачебной профессионализации

Исследуемые группы	Врачи	Ординаторы	Студенты
Коэффициент мотивации (медиана)			
Блок КИ	3	2	2
Блок КУ	1	1	1
Блок ПИ	2	2	2
Блок ПУ	2	2	2

Респонденты имеют достаточно высокий коэффициент мотивации дальнейшего развития по блокам общих и профессиональных коммуникативных ценностей и развития профессиональных коммуникативных навыков и умений, тогда как желание совершенствовать навыки социального общения оказалось ниже.

По нашим данным, респонденты имеют достаточно высокую потребность в общении, ориентированы на социальные контакты и понимают значение коммуникативных ценностей в профессиональной деятельности. Они также ориентированы на установление, поддержание и развитие эффективных контактов с пациентами и другими участниками лечебно-профилактического процесса и обладают достаточно хорошо развитыми профессиональными коммуникативными умениями и навыками, желают и дальше развивать и совершенствовать знания и техники по психологии профессионального общения. При том, что общие коммуникативные ценности теоретически так же значимы для респондентов, как и профессиональные, уровень владения общими, социальными коммуникативными умениями и техниками оказался сравнительно низким и большого желания развивать навыки общения с людьми во внепрофессиональной обстановке они не испытывают. Это можно объяснить тем, что для развития коммуникативных техник необходимо специальное обучение, тренинги общения, что требует затрат свободного времени, которого и так мало. С другой стороны, это может быть связано с переизбытком общения на работе и попыткой снижения эмоционального накала при общении с людьми во внерабочей обстановке. Что касается совершенствования навыков профессионального общения, то, возможно, врачи не только хотят, но и вынуждены делать это, понимая значимость и необходимость профессиональных коммуникативных умений в своей работе.

Выводы

1. На разных этапах врачебной профессионализации обнаруживается ряд общих личностных черт, соответствующих профессиональным основам врачебной деятельности, что может быть связано с тем, что сама профессия врача основывается на определенных нравственных ценностях. На разных стадиях профессионализации, от начала выбора профессии до достижения вершин профессионального мастерства, происходит качественная перестройка некоторых личностных характеристик человека как субъекта труда, другие качества, напротив, остаются стабильными.

2. Такие показатели, как уровень морально-этической ответственности, профессиональная коммуникативная компетентность, почти не зависят от этапа профессионализации (вуз, клиническая ординатура, врачебная деятельность), при этом имеется средний или высокий уровень их выраженности. Возможно, эти черты личности являются одними из предопределяющих выбор профессии врача.

3. Уровень рефлексии невысок у студентов и продолжает повышаться после окончания вуза. Возможно, рефлексивность не является предопределяющим качеством для выбора профессии и развивается уже в процессе профессионализации.

4. Способы поведения в конфликте неоптимальны и у студентов, и у врачей, что свидетельствует о недостаточной гибкости поведения в конфликтных ситуациях.

Таким образом, некоторые профессионально необходимые черты личности достаточно хорошо выражены уже у студентов медицинского вуза, тогда как развитию других следует уделять внимание.

В условиях непрерывного профессионального врачебного обучения представляется необходимой методическая система психологического сопровождения.

Это может быть реализовано в форме внедрения тренингов рефлексивного поведения для самих преподавателей и для обучающихся, а также тренингов общения на всех этапах профессиональной подготовки. Они разовьют умения и навыки коммуникативного общения, познакомят с разнообразием поведения в конфликте, научат гибкости поведения в зависимости от ситуации, помогут снять страхи и напряжение. Следует уделять больше внимания в обучении студентов, клинических ординаторов и врачей навыкам урегулирования противоречий через сотрудничество конфликтующих сторон. Также необходимо уделять внимание развитию рефлексивности как у студентов во время обучения в вузе, так и у обучающихся в послевузовский период.

Всё перечисленное будет способствовать гармоничному профессиональному развитию личности и успешности ее профессиональной реализации, поможет предупредить возможности развития профессиональных деформаций и возникновения периодов профессионального регресса, социально-профессиональных срывов.

Литература

1. Васильева Л.Н. Коммуникативная компетентность в профессионально-личностном становлении будущего врача: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Кострома, 2010.
2. Карпов А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики // Психологический журнал. – 2003. – Т. 24. – № 5. – С. 45–57.
3. Манулик В.А., Михайлюк Ю.В. Проблема коммуникативной компетентности в профессиональной деятельности врача (теоретический аспект) // Инновационные образовательные технологии. – 2013. – № 1(33). – С. 19–23.
4. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по специальности педиатрия: утвержден приказом министерства образования и науки РФ от 08.11.2010 г. № 1122.

5. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по специальности лечебное дело: утвержден приказом министерства образования и науки РФ от 08.11.2010 г. № 1118.
6. Ясько Б.А. Психология медицинского труда: личность врача в процессе профессионализации: автореф. дис. ... док. психол. наук. – М., 2004. – 18 с.
7. Ясько Б.А. Психология личности и труда врача: курс лекций // Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. – 304 с.
8. Baarts C., Tulinius C., Reventlow S. Reflexivity – a strategy for a patient-centred approach in general practice // *Family Practice*. – 2000. – Vol. 17. – P. 430–434.
9. Cegala D.J., McGee D.S., McNeilis K.S. Components of patients' and doctors' perceptions of communication competence during a primary care medical interview // *Health Communication*. – 1996. – Vol. 8. – P. 1–28.
10. Gillotti C.M., Applegate J.L. Explaining illness as bad news: Individual differences in explaining illness-related information // *Explaining illness, Mahwah* / Ed. by B. Whaley. – NJ: Lawrence Erlbaum Associates. – 2000. – P. 101–120.
11. Goldie J. The formation of professional identity in medical students: considerations for educators // *Med Teach*. – 2012. – Vol. 34(9). – P. 641–648.
12. Guttman N. Information exchange in medical encounters: Problems and problems // *Care giver patient communications Dubuque* / Ed. by B.D. Ruben, N. Guttman. – IA: Kendall Hunt, 1993. – P. 151–168.
13. Haramati A. A perspective on health professions education. *Explore (NY)*. – 2013. – Vol. 9. – P. 272–273.
14. Ingrassia A. Reflexivity in the medical encounter: contributions from post-modern systemic practice // *Journal of Family Therapy*. – 2013, May. – Vol. 35, № 2. – P. 139–158.
15. Jarvis-Selinger S.D., Pratt D., Regehr G. Competency Is Not Enough: Integrating Identity Formation Into the Medical Education Discourse // *Academic Medicine*. – 2012, September. – Vol. 87. – № 9. – P. 1185–1190.
16. Malterud K. Reflexivity and metapositions: strategies for appraisal of clinical evidence // *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. – 2002, May. – Special Issue: Evidence Based Medicine. – Vol. 8. – № 2. – P. 121–126.
17. Professional identity formation in medical education for humanistic, resilient physicians: pedagogic strategies for bridging theory to practice / H.S. Wald, D. Anthony, T.A. Hutchinson [et al.] // *Acad Med*. – 2015, Jun. – Vol. 90(6). – P. 753–760.
18. Professional identity formation in medical education: The convergence of multiple domains / M. Holden, E. Buck, M. Clark [et al.] // *HEC Forum*. – 2012. – Vol. 24(4). – P. 245–255.
19. Smith R.C., Hoppe R.B. The patient's story: Integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing // *Annals of Internal Medicine*. – 1991. – Vol. 115. – P. 470–477.
20. Thompson T.L. Interpersonal communication and health care // *Handbook of interpersonal communication* / Ed. by M.L. Knapp, G.R. Miller. – Thousand Oaks, CA: Sage, 1994. – P. 696–725.
21. Thompson T.L. The patient/health professional relationship // *Health communication research: A guide to developments and directions* / Ed. by L.D. Jackson, B. Duffy. – Westport, CT: Greenwood Press, 1998. – P. 37–56.
22. Thompson T.L. The nature and language of explanations // *Explaining illness* / Ed. by B. Whaley. – Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2000. – P. 3–39.
23. Wald H.S. Professional identity (trans)formation in medical education: reflection, relationship, resilience // *Acad Med*. – 2015, Jun. – Vol. 90(6). – P. 701–706.

Manifestation of personality traits that are meaningful to the professionalization of the physician on the different stages of his formation

Klimova Ol'ga Nikolaevna¹
E-mail: klimiola@mail.ru

Rusina Natal'ya Alekseevna¹
E-mail: psycholog@yma.ac.ru

Kosenko Sergei Mikhailovich¹
E-mail: semk58@mail.ru

¹ Yaroslavl State Medical University
Revolutsionnaya str. 5, Yaroslavl, 150000, Russia
Phone: 8(4852) 32-29-75

Abstract

The article presents the results of research carried out with the aim to compare expression of personality traits that affect the level of medical professionalization in different age and professional groups. The investigated personality traits: reflection, behavior in conflict, communicative competence, level of moral and ethical responsibility.

The study involved 75 people: 25 5th year students of medical academy, 25 clinical interns specializing in ophthalmology, 25 ophthalmologists. All the groups were similar in the ratio of men and women and authentically differed from each other by age ($p < 0.05$).

Methods of study: the questionnaire "Diagnosis of the level of moral and ethical responsibility of the individual", research methodology of reflexivity by A.V. Karpov, the test for studying ways of conflict management by K. Thomas, the methodology "Physicians professional communicative competence" by L.P. Urvantsev and N.V. Yakovleva.

Analysis of the moral and ethical responsibility revealed no significant differences in the results of three studied groups ($p > 0.05$). The vast majority of respondents have a medium or high level of moral and ethical responsibility. There were no interns and physicians with a low level of responsibility. Probably, this personality trait is one of the defining choice of the medical profession.

The level of reflexivity was significantly different in all groups ($p < 0.05$). Among the respondents prevailed average level of reflexivity. The low level of reflexivity had more than a third of students, one in five intern, while doctors with a low level of reflexivity is not revealed. Growth of the professionalization and medical experience increases the level of reflexivity. This personality trait is developed in the process of formation a doctor.

The dominant mode of behavior in a conflict situation in all groups was a compromise. Cooperation strategy that includes all possible mutual interests, used rarely.

In the study of professional communicative competence, it was found that all respondents are focused on establishing the effective contacts with the participants of the treatment process. They understand the importance of communicative values in their professional activities. The majority of respondents have well-developed professional communicative skills and understand the need to improve them. The majority of respondents are focused on social contacts too. But their level of general, social, communicative skills and techniques is significantly lower than the level of professional communication.

Key words: professional formation; reflection, communicative competence; behavior in conflict; moral and ethical responsibility.

Table 1

The level of moral and ethical responsibility in the studied groups

Level of responsibility (%) \ Groups	Students	Residents	Doctors
Low	4%	0%	0%
Average	56%	68%	68%
High	40%	32%	32%

Diagram 1

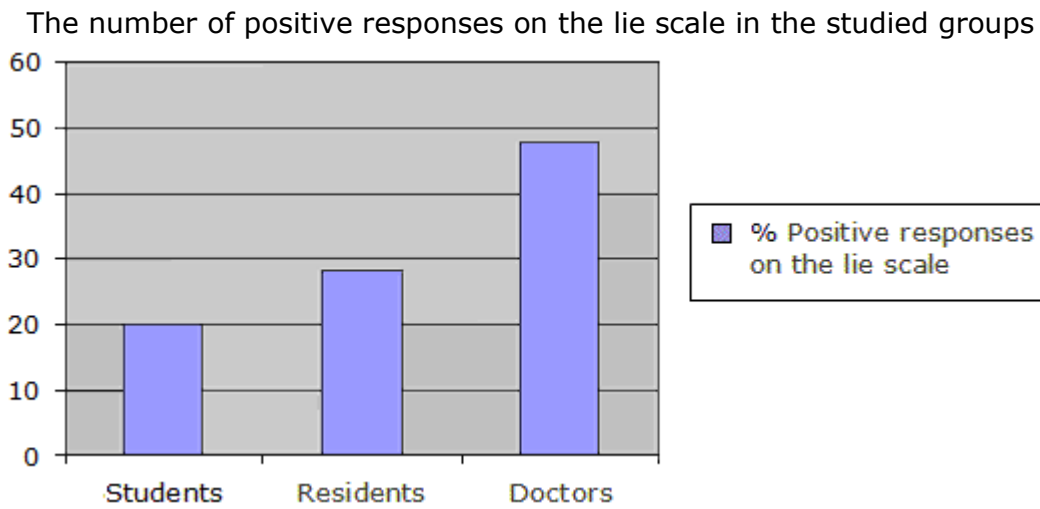


Table 2

The level of reflexivity in the study groups

Groups	Students	Residents	Doctors
Level of reflexivity (%)			
Low	36%	20%	0%
Average	56%	72%	88%
High	8%	8%	12%

Diagram 2

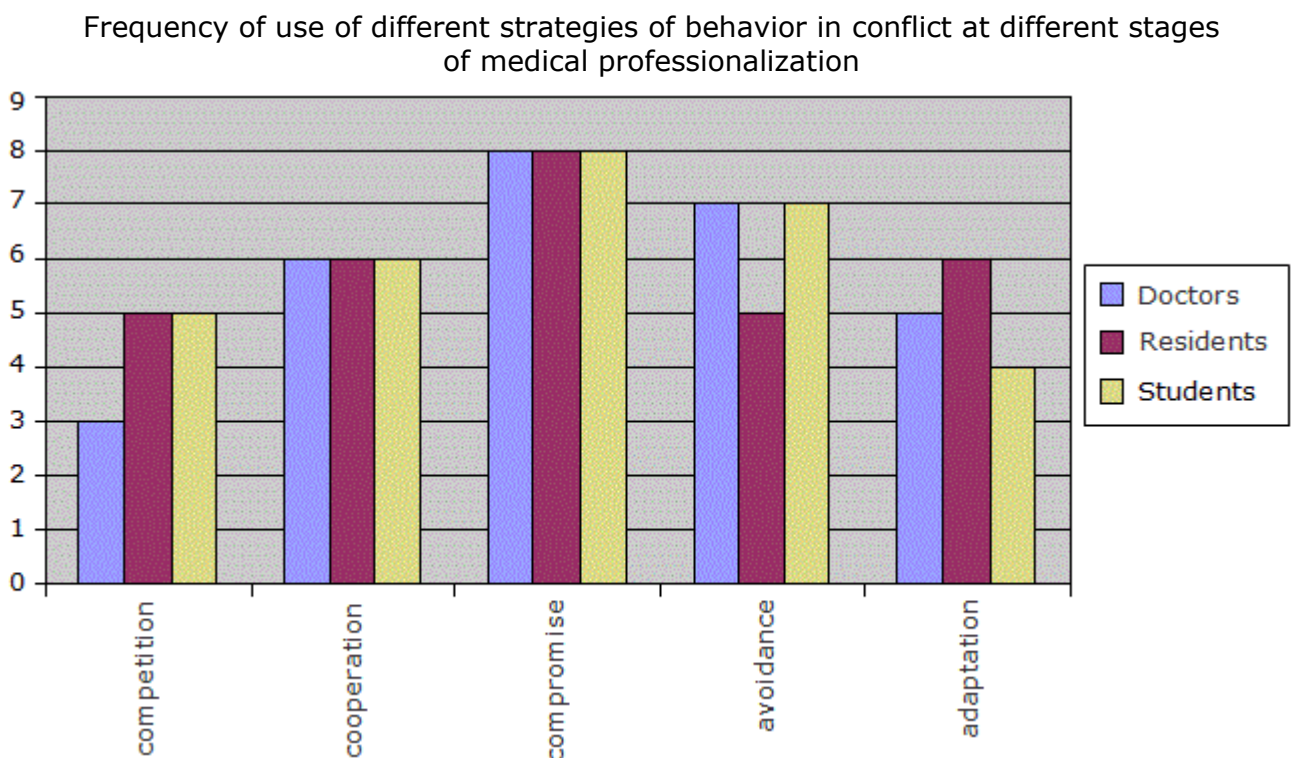


Table 3

The severity of professional communicative competence (PCC) for blocks (levels) at different stages of medical professionalization

Degree of severity PCC (%)		Groups	Students	Residents	Doctors
Module KI	strongly expressed		12%	12%	12%
	average degree of the expression		88%	88%	88%
	not expressed		0%	0%	0%
Module KU	strongly expressed		0%	0%	0%
	average degree of the expression		52%	60%	52%
	not expressed		48%	40%	48%
Module PI	strongly expressed		0%	4%	0%
	average degree of the expression		100%	96%	100%
	not expressed		0%	0%	0%
Module PU	strongly expressed		16%	8%	4%
	average degree of the expression		84%	92%	96%
	not expressed		0%	0%	0%

Table 4

The factor of motivation of the teaching module at different stages of medical professionalization

The factor of motivation (median)	Groups	Students	Residents	Doctors
Module KI		3	2	2
Module KU		1	1	1
Module PI		2	2	2
Module PU		2	2	2

Module KI — the severity of the overall communicative values (focus on social interactions);

Module KU — the level of development of General communication skills and skills (technical success of communication);

Module PI — the level of involvement of the communication component in medical practice (self-esteem — the value);

Module PU — the severity of professional communicative skills.