

В.Л. ЗЛИВКОВ

кандидат психологічних наук, доцент, завідувач лабораторії методології і теорії психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, м. Київ

С.О. ЛУКОМСЬКА

кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник лабораторії методології і теорії психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, м. Київ

ОСОБЛИВОСТІ РЕЗИЛЕНТНОСТІ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ

Зливков В.Л., Лукомська С.О. Особливості резилентності лікарів-стоматологів. Дану статтю присвячено емпіричному дослідженню особливостей резилентності лікарів-стоматологів. Актуальність проблеми зумовлена тим, що професійний стрес у лікарів виявляється дедалі частіше, натомість більшість вітчизняних досліджень аналізують його в контексті емоційного вигорання та інших профдеформацій, при цьому ресурси, зокрема й резилентність не стають предметом науково-практичних досліджень. У статті проаналізовано поняття резилентності як результату осмислення психотравматичного досвіду, трансформації невдач в особистісне зростання та зростання у міжособистісній взаємодії за рахунок зміцнення соціальних зв'язків, формування нових відносин, застосування креативності та нешаблонності у розв'язанні проблем і пошуку виходу із кризової ситуації, визначено соціальні ресурси резилентності – сім'ю та друзів. Окреслено можливості використання Опитувальника Коннора-Девідсона та Шкали резилентності С.Harms, J. A. Pooley, L.Cohen у комплексній діагностиці особистісної та соціальної резилентності лікарів-стоматологів. Встановлено, що досліджувані стоматологи мають достатньо високий рівень резилентності, який може бути чинником профілактики їх професійного вигорання.

Ключові слова: резилентність, соціальні та особистісні ресурси, професійне вигорання, кризові ситуації, особистість.

Постановка проблеми та її зв'язок з важливими практичними завданнями. Професійна діяльність медичних працівників пов'язана із постійними емоційними та моральними перевантаженнями, що зумовлює виникнення так званих особистісних деформацій – зокрема, синдрому емоційного вигорання, адитивної поведінки у вигляді трудоголізму, зловживання психоактивними речовинами тощо. Окрім шкідливих для здоров'я наслідків вказані процеси можуть призвести до професійної дезадаптації та функціональної деградації як окремих спеціалістів, так і цілих колективів. Принципово важливим для успішної профілактики та корекції синдрому емоційного вигорання є питання про особистісні фактори, які сприяючи або перешкоджають його виникненню та розвитку. Емоційне благополуччя професіонала дуже важливо для усіх професій системи «людина-людина», а психічний стан лікаря є однією із найважливіших умов його праці та суттєво впливає на стан пацієнта.

Проблема професійного стресу у лікарів-стоматологів набуває в сучасному світі все більшої актуальності. Це пов'язано з напруженим ритмом життя, конкуренцією, підвищеним вимогою до якості життя і праці, нездатністю виносити підвищені професійні навантаження. До зовнішніх факторів, що впливають на психофізичний стан лікаря-стоматолога, рівень його тривожності і професійного вигорання можна віднести: організаційний - дефіцит часу на прийом пацієнта, незабезпеченість достатньої якості матеріалами, страх втрати місця роботи в умовах кризи та посилення конкуренції. До несприятливих факторів, що впливають на ефективність діяльності лікаря-стоматолога, також можна віднести дві основні групи психогенних факторів: безпосередні – небезпека перевтоми і втрати дієздатності, зараження ВІЛ - інфекцією, гепатитом, відповідальність за точність діагнозу, успіх лікування, мінімізацію больових відчуттів та опосередковані – вплив індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів і ергономічні – розтягнення або перевтома груп м'язів і суглобів; порушення зору, контроль за всіма діями і зонами їх виконання (інструментальний столик, механічне управління педаллю стоматологічної установки на рівні навички і головне - виконання всіх дій, не втрачаючи пацієнта з поля зору, хоча б, периферичного. За таких умов емоційне благополуччя, зумовлене не в останню чергу резилентністю набуває все більшої актуальності.

Останні дослідження і публікації, виділення невирішених питань загальної проблеми, якій присвячується стаття. В Оксфордському словнику англійської мови термін «резилентність» перекладається як здатність витримувати стреси і відновлюватися в складних обставинах. У психології, *резилентність* – це можливість справлятися із негативними емоціями, зумовленими травматичною подією з метою нормалізації функціонування і запобігання дезадаптації (F.Luthans, G. R.Vogelgesang, P. V. Lester) [7], можливість відновлення після сильного стресу; результат осмислення психотравматичного досвіду, що виявляється у психологічній стійкості; результатом резилентності є позитивна адаптація до травматичних подій тобто усвідомлення нових можливостей, які з'явилися у людини завдяки психотравмі (M. Westphal, G. A. Bonanno [9]).

На думку О. Махнач [1] слід замінити термін «резилентність» (як кальку з англійської) терміном «життєздатність» тобто можливість самостійного існування і виживання всупереч численним проблемам, іншими словами, життєздатність – це можливість людини або соціальної системи будувати нормальне, повноцінне життя в складних умовах. Насамперед О. Махнач базується на ідеях російського філософа А.Богданова, автора концепції історичної першої і найбільш відомої загальної теорії систем (1927 р.). Згідно із А. Богдановим, життєздатність завжди відносна, вона існує лише стосовно певного середовища, а елементи, пристосовані оптимально до цих умов, будуть недоречними, аномальними в умовах інших. В філософії поруч з поняттям «життєздатності» використовується його синонім «вітальність» - здатність до виживання, до балансування на межі життя та смерті. У цьому контексті ми звертаємо увагу на цілковиту невідповідність

визначень резилентності та життєздатності в російській та зарубіжній науці, якщо в Росії акцентується на категоріях норми, яка, як відомо, досить умовна (нормально повноцінно жити після травми, однак як жити і що для цього потрібно визначенням не передбачається), то у зарубіжній психології наголошується, що резилентність це результат осмислення психотравматичного досвіду, трансформація невдач в особистісне, колективне зростання та зростання у міжособистісній взаємодії за рахунок зміцнення соціальних зв'язків, формування нових відносин, застосування креативності та нешаблонності у розв'язанні проблем і пошуку виходу із кризової ситуації [3]. J. T. Cacioppo, N. T. Reis, A. J. Zautra ввели у науковий обіг поняття соціальної резилентності як багаторівневого конструкту, що виражає здатність не лише окремих індивідів, а й малих і великих соціальних груп відновлюватися після стресів за рахунок підтримання позитивних соціальних стосунків як в середині групи, так і з іншими групами [2]. Соціальна резилентність підкреслює здатність людини взаємодіяти з іншими задля досягнення значущих цілей попри кризовість ситуації, негативно забарвлені життєві обставини. На відміну від особистісної, соціальна резилентність є багаторівневим конструктом, що містить індивідуальні способи встановлення стосунків (доброзичливість, надійність, справедливість, відповідальність, чесність, щирість відкритість); міжособистісні ресурси (емпатійне, уважне слухання, вміння пробачати, співчувати іншим); колективні ресурси (групова ідентичність, вміння працювати в команді, відкритість у взаємодії, повага до групових норм і правил).

Соціальна резилентність, в свою чергу, модулює розвиток та вираз резилентності особистісної. Наприклад, вона зумовлює особистісне зростання через покращення стосунків, створення значущих, змістовно насичених соціальних зв'язків, залученість у комунікацію незважаючи на складність ситуації, у якій відбувається взаємодія. Безумовно, інші форми резилентності – емоційна або духовна – також сприяють збереженню психологічного здоров'я особистості, однак саме соціальна резилентність наголошує на ролі зв'язків між індивідами, групами чи великими колективами у покращенні адаптації, особистісному зростанні не лише окремих людей, а й групи в цілому. Звичайно, справедлива конкуренція та кооперація також нерідко зумовлюють резилентність, однак саме відчуття групової ідентичності, усвідомлення важливості колективних цілей є ключовими у соціальній резилентності. Іншими словами, коли люди спільно працюють задля досягнення їх спільних цілей, при цьому розуміючи власні потреби та інтереси, не жертвуючи ними заради інтересів колективних, а «вплітаючи» у цілі групи, коли цінують стосунки, що склалися в колективі, їхня діяльність (якщо це робочий колектив) чи функціонування (зокрема у сім'ї) стають осмисленими, значущими, що у свою чергу, зумовлює резилентність індивідуальну, яка допомагає їм справлятися із різними стресами [2].

Ми зазначаємо, що переважна більшість вітчизняних, пострадянських досліджень присвячені діагностиці та профілактиці професійного вигорання лікарів-стоматологів, натомість їх емоційне благополуччя, життєстійкість та резилентність стали предметом лише небагатьох зарубіжних досліджень (J. J. Hakanen, A. B. Bakker, E. Demerouti [4], A. Haramati, P. A. Weissinger [5], J. Shaw, X. Zhao, P. V. Abbott, P. Munroe [8]). Втім професійна складова забезпечення ефективності діяльності лікаря-стоматолога передбачає моделювання на різних стадіях його професійної підготовки максимальної кількості психогенних факторів самої діяльності, тобто тих чинників, які створюють труднощі у лікуванні в кожній конкретній ситуації взаємодії з пацієнтами, за таких умов резилентність як здатність бачити нові можливості в стресових подіях, переосмислювати свій негативний досвід (як надання допомоги так і щодо комунікації з пацієнтами) стає професійно важливою якістю лікарів-стоматологів.

Формулювання цілей і постановка завдань статті. Метою даної статті є визначення особливостей резилентності лікарів-стоматологів.

Виклад методики і результатів досліджень. У даному дослідженні ми проаналізували можливості використання Шкали резилентності (Protective Factors for Resilience Scale (PFRS), C.Harms, J. A. Pooley, L.Cohen, 2017) [6] для вивчення особистісної та соціальної резилентності. Крім того резилентність стоматологів вивчалася за допомогою Опитувальника резилентності Коннора-Девідсона (K. M. Connor, J. R. Davidson) [3], який складається із 25 тверджень, що утворюють одну шкалу – шкалу резилентності.

Шкала резилентності базується на теоретико-емпіричних дослідженнях C.Harms, J. A. Pooley, L.Cohen, згідно з якими резилентність – це можливість проявляти творчий підхід, використовуючи наявні внутрішні та зовнішні ресурси у відповідь на різні контекстуальні проблеми та проблеми розвитку. Опитувальник складається із 20 тверджень (10 – у шкалі особистісних ресурсів і по 5 у шкалах соціальних ресурсів – сім'ї та друзів), які досліджуваний оцінює за семибальною шкалою – від 1 (абсолютно не згоден) до 7 (цілком згоден). Так, наприклад, шкала особистісних ресурсів містить твердження на кшталт: «Я можу впоратися із усіма проблемами», «Я досягаю своїх життєвих цілей», «Я знаю, що потрібно робити, щоб отримувати задоволення від життя», шкала соціальних ресурсів, зокрема сім'я як ресурс – «Моя родина приймає мене таким, яким я є», «В своїй сім'ї я відчуваю себе в безпеці», друзі як ресурс – «Мої друзі завжди підтримують мене», «Я можу попросити своїх друзів про допомогу». Як вже зазначалося, опитувальник резилентності Коннора-Девідсона містить лише одну шкалу та визначає власне показник резилентності за такими питаннями як «Можу адаптуватися до змін», «Навіть якщо ситуація здається безнадійною, я не втрачаю оптимізму», «Вважаю себе сильною особистістю», «Відчуваю відповідальність за своє життя», «Пишаюсь своїми досягненнями». Досліджуваний оцінює твердження, базуючись на досвіді минулих шести

місяців за шкалою 0 – невласиве зовсім, 1 – рідко власиве, 2 – іноді власиве, 4 – часто власиве, 5 – абсолютно власиве.

У нашому емпіричному дослідженні взяли участь 176 лікарів-стоматологів, зокрема – 98 стоматологів-терапевтів, 35 – стоматологів-хірургів, 31 – стоматолог-ортопед і 12 дитячих стоматологів; 82 особи жіночої та 94 – чоловічої статі. Середній вік досліджуваних становить 42,5 років.

Результати дослідження лікарів-стоматологів різної статі за методикою Коннора-Девідсона представлено на рис. 1.

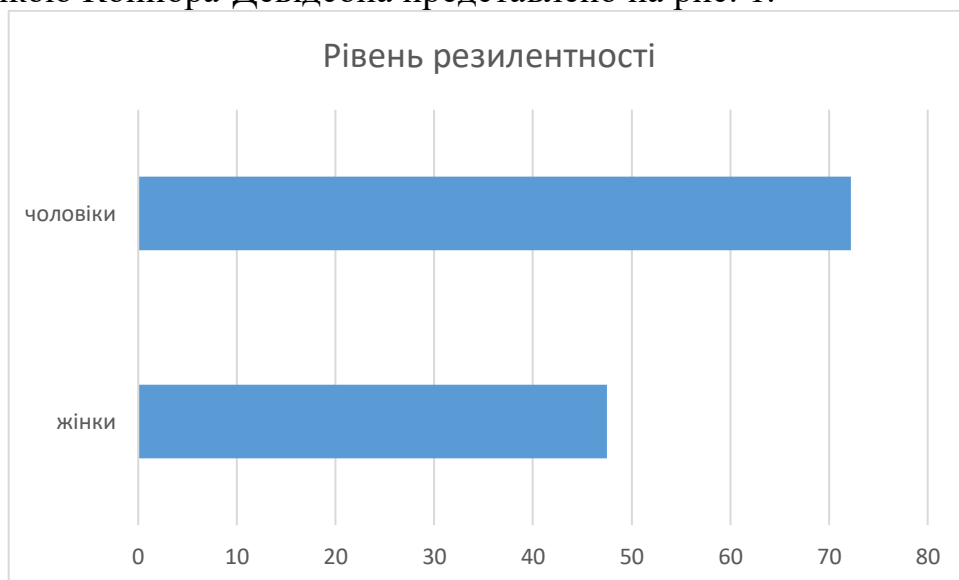


Рис. 1. Особливості резилентності лікарів стоматологів різної статі (за методикою Коннора-Девідсона)

Як видно з рис. 1, лікарі-стоматологи чоловічої статі мають значно вищий рівень резилентності, ніж лікарі-жінки (72,2 і 47,5 відповідно), результати статистичного аналізу за параметричним t-критерій Стьюдента дають підстави стверджувати, що ці відмінності статистично значущі ($t=4,908$, $p=0,001$). Особливості резилентності лікарів-стоматологів різних спеціалізацій подано у табл. 1.

Таблиця 1

Особливості резилентності лікарів-стоматологів різних спеціалізацій (за методикою Коннора-Девідсона)

Спеціалізація лікарів-стоматологів	Середнє значення і стандартне відхилення
Стоматологи-терапевти	54,2±0,744
Стоматологи-хірурги	78,6±1,281
Стоматологи-ортопеди	60,5±1,829
Дитячі стоматологи	46,1±2,118
Всього	59,85±2,031

Отже, найвищий рівень резилентності виявлено стоматологів-хірургів, а найнижчий – у дитячих стоматологів, зазначимо, що показники резилентності стоматологів терапевтів і стоматологів на дитячому прийомі нижчі за середні даної методики. Статистичний аналіз за параметричним t-

критерієм Стьюдента показав наявність статистично значущих відмінностей у проявах резилентності стоматологів-хірургів і терапевтів ($t=3,902$, $p=0,001$) та дитячих стоматологів ($t=3,391$, $p=0,001$), натомість відмінності стоматологів хірургів і ортопедів не є статистично значущими ($t=1,023$, $p=0,721$).

Результати дослідження лікарів-стоматологів різної статі за методикою С.Harms, J. A. Pooley, L.Cohen представлено на рис. 2.

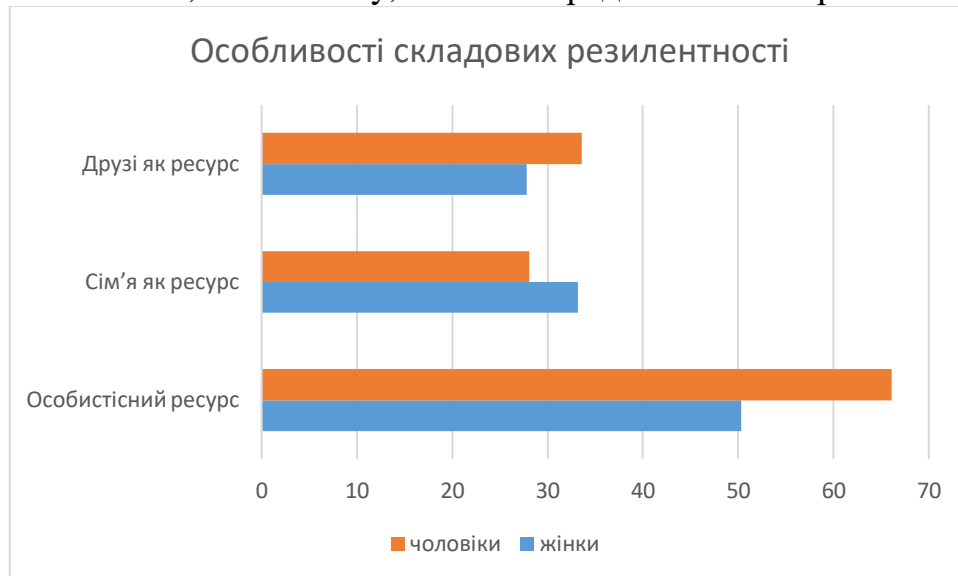


Рис. 1. Особливості резилентності лікарів стоматологів різної статі (за методикою С.Harms, J. A. Pooley, L.Cohen)

Отже, особистісний ресурс статистично значуще більше виражений у лікарів-стоматологів чоловічої статі ($t=4,225$, $p=0,001$), друзі як ресурс більше властивий чоловікам, а родина як ресурс – жінкам, при цьому статистично значущих відмінностей виявлено не було ($t=0,048$, $p=0,847$, $t=1,005$, $p=0,696$ відповідно), і жінки, і чоловіки достатньо мірою використовують ресурси родини і значущих осіб у своєму повсякденному житті. Особливості резилентності лікарів-стоматологів різних спеціалізацій подано у табл. 2.

Таблиця 2

Особливості резилентності лікарів-стоматологів різних спеціалізацій (за методикою С.Harms, J. A. Pooley, L.Cohen)

Спеціалізація лікарів стоматологів	Середнє значення і стандартне відхилення		
	Особистісний ресурс	Сім'я як ресурс	Друзі як ресурс
Стоматологи-терапевти	50,6±0,231	31,1±0,399	23,1±0,221
Стоматологи-хірурги	63,8±1,281	30,6±0,171	23,6±0,284
Стоматологи-ортопеди	54,2±0,495	29,2±0,985	24,8±1,416
Дитячі стоматологи	50,4±0,092	31,4±0,044	23,4±0,775
Всього	54,75±0,746	30,575±0,488	23,725±0,707

Отже, особистісний ресурс у лікарів-стоматологів виражений на достатньому помірному рівні, статистичний аналіз за t-критерієм Стьюдента

показав відсутність статистично значущих відмінностей у проявах резилентності стоматологів різних спеціалізацій. Соціальна резилентність або ресурси сім'ї та друзів у стоматологів також представлені на помірному рівні, при цьому сім'я зазвичай для лікарів є більшим ресурсом, ніж друзі, статистичних відмінностей між досліджуваними різних спеціальностей виявлено не було (при $p > 0,05$).

Кореляційний аналіз використаних методик за критерієм Пірсона дає підстави стверджувати наявність статистично значущих позитивних кореляцій між ними ($r=0,805$, $p=0,001$), що свідчить про можливість використання Шкали С.Harms, J. A. Pooley, L.Cohen та Опитувальника Коннора-Девідсона для комплексного вивчення резилентності особистості.

Висновки і подальші перспективи досліджень. Завдяки урбанізації, глобалізації та сучасним технологіям великі соціальні групи та установи впливають на індивідуальне благополуччя, як ніколи раніше, але базова потреба людей у приналежності до групи, до значущих міжособистісних стосунків за таких умов все більше актуалізується, а тому соціальну резилентність важливо розглядати у нерозривній єдності із резилентністю особистісною та створювати програми виходу з криз не лише для окремих індивідів, а й для колективів і спільнот в цілому. Порівнявши отримані результати із зарубіжними дослідженнями, проведеними методикою Коннора-Девідсона, приходимо до висновку, що загалом стоматологи мають нижчий рівень резилентності, ніж їх колеги з США та Франції, втім він лишається достатньо високим і може бути чинником профілактики професійного вигорання. Крім того, стоматологи успішно використовують в якості ресурсів родину та друзів, мають достатній рівень особистісної резилентності (в термінології С.Harms з колегами), що також свідчить про їх емоційне благополуччя, зазначимо, що методика С.Harms, J. A. Pooley, L.Cohen є відносно новою (2017 рік) і ще використовувалася для дослідження резилентності лікарів. Перспективами подальших досліджень є аналіз зв'язку резилентності та вигорання лікарів, зокрема стоматологів різних спеціалізацій.

Список використаних джерел

1. Махнач А.В. Жизнеспособность человека и семьи: социально-психологическая парадигма / А.В. Махнач. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. – 459 с.
2. Cacioppo J. T. Social resilience: The value of social fitness with an application to the military / J. T. Cacioppo, H. T. Reis, A. J. Zautra // *American Psychologist*. – 2011. – Vol. 66(1). – P. 43-51.
3. Connor K. M. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) / K. M. Connor, J. R. Davidson // *Depression and anxiety*. – 2003. – Vol. 18(2). – P. 76-82.
4. Hakanen J. J. How dentists cope with their job demands and stay engaged: The moderating role of job resources / J. J. Hakanen, A. B. Bakker,

E.Demerouti // *European journal of oral sciences*. – 2005. – Vol. 113(6). – P. 479-487.

5. Haramati A. Resilience, Empathy, and Wellbeing in the Health Professions: An Educational Imperative / A. Haramati, P. A. Weissinger // *Global advances in health and medicine*. – 2015. – Vol. 4(5). – P. 5-16.

6. Harms C. The Protective Factors for Resilience Scale (PFRS): Development of the scale / C.Harms, J. A.Pooley, L.Cohen // *Cogent Psychology*. – 2017. – Vol. 4(1). – Article ID 1400415

7. Luthans F. Developing the psychological capital of resiliency / F.Luthans, G. R.Vogelgesang, P. B. Lester // *Human Resource Development Review*. – 2006. – Vol. 5(1). – P. 25-44.

8. Shaw J. Size dependent elastic modulus and mechanical resilience of dental enamel / J. Shaw, X. Zhao, P. V. Abbott, P. Munroe // *Journal of biomechanics*. – 2014. – Vol. 47(5). – P. 1060-1066.

9. Westphal M. Posttraumatic growth and resilience to trauma: Different sides of the same coin or different coins? / M.Westphal, G.A. Bonanno // *Applied Psychology: An International Review*. – 2007. – Vol. 56. – P. 417-27.

References transliterated

1. Makhnach, A.V. (2016) *Zhiznesposobnost cheloveka i semi: sotsialno-psihologicheskaya paradigma* [Viability of a person and family: socio-psychological paradigm]. M. 459 p. (in Russian)

2. Cacioppo, J. T., Reis, H. T., & Zautra, A. J. (2011). Social resilience: The value of social fitness with an application to the military. *American Psychologist*, 66(1), 43-51.

3. Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.

4. Hakanen, J. J., Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2005). How dentists cope with their job demands and stay engaged: The moderating role of job resources. *European journal of oral sciences*, 113(6), 479-487.

5. Haramati, A., & Weissinger, P. A. (2015). Resilience, Empathy, and Wellbeing in the Health Professions: An Educational Imperative. *Global advances in health and medicine*, 4(5), 5-16.

6. Harms, C., Pooley, J. A., & Cohen, L. (2017). The Protective Factors for Resilience Scale (PFRS): Development of the scale. *Cogent Psychology*, 4(1). Article ID 1400415

7. Luthans, F., Vogelgesang, G. R., & Lester, P. B. (2006). Developing the psychological capital of resiliency. *Human Resource Development Review*, 5(1), 25-44.

8. Shaw, J., Zhao, X., Abbott, P. V., Munroe, P. (2014). Size dependent elastic modulus and mechanical resilience of dental enamel. *Journal of biomechanics*, 47(5), 1060-1066.

9. Westphal, M., & Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic growth and resilience to trauma: Different sides of the same coin or different coins?. *Applied Psychology*, 56(3), 417-427.

Зливков В.Л., Лукомская С.А. Особенности резилентности стоматологов. Данная статья посвящена эмпирическому исследованию особенностей резилентности стоматологов. Актуальность проблемы обусловлена тем, что профессиональный стресс у врачей диагностируется все чаще, а большинство отечественных исследований анализируют его в контексте эмоционального выгорания и других профдеформаций, при этом ресурсы, в том числе резилентность не становятся предметом научно-практических исследований. В статье проанализировано понятие резилентности как результат осмысления психотравмирующей опыта, трансформации неудач в личностный рост и рост в межличностном взаимодействии за счет укрепления социальных связей, формирование новых отношений, применения креативности и нешаблонности в решении проблем и поиска выхода из кризисной ситуации, определены социальные ресурсы резилентности - семью и друзей. Определены возможности использования опросника Коннора-Дэвидсона и Шкалы резилентности С.Harms, J. A. Pooley, L.Cohen в комплексной диагностике личностной и социальной резилентности стоматологов. Установлено, что исследуемые стоматологи имеют достаточно высокий уровень резилентности, который может быть фактором профилактики их профессионального выгорания.

Ключевые слова: резилентность, социальные и личностные ресурсы, профессиональное выгорание, кризисные ситуации, личность.

Zlivkov V.L., Lukomska S.O. Features of dentists resilience. This article is devoted to the empirical study of the resilience characteristics of dentists. The urgency of the problem is due to the fact that professional stress in doctors is becoming more frequent, but most domestic studies analyze it in the context of emotional burnout and other professional deformations, while resources, including resistance, are not the subject of scientific and practical research. The article analyzes the notion of resilience as a result of understanding psychotraumatic experience, transformation of failures into personal growth and growth in interpersonal interaction by strengthening social ties, forming new relationships, using creativity and non-template in solving problems and finding a way out of a crisis situation. social resilience resources - family and friends. The possibilities of using the Connor-Davidson Questionnaire and the resilience Scale of C.Harms, J. A. Pooley, L.Cohen in the complex diagnostics of personal and social resilience of dentists are outlined. It is established that the investigated dentists have a sufficiently high level of resilience, which may be a factor in the prevention of their professional burnout.

Key words: resilience, social and personal resources, professional burnout, crisis situations, personality.