

ВЗАИМОСВЯЗЬ И ВЗАИМОУСЛОВЛЕННОСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ И СОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

© 2017 г. А. Д. Гольменко,* В. П. Ильин,
В. А. Хаптанова,*** Е. Л. Выговский******

** Доктор медицинских наук, профессор кафедры психодиагностики и практической психологии, Педагогический институт, Иркутский государственный университет, г. Иркутск
e-mail: a.golmenko@mail.ru*

*** Доктор биологических наук, профессор кафедры психодиагностики и практической психологии, Педагогический институт, Иркутский государственный университет, г. Иркутск
e-mail: petr_38rus@mail.ru*

**** Кандидат медицинских наук, ассистент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики, Иркутский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Иркутск
e-mail: haptanowa@yandex.ru*

***** Главный врач ОГАУЗ «Медсанчасть ИАПО», г. Иркутск
e-mail: msh@msh38.ru*

В статье представлены результаты взаимосвязи и взаимообусловленности влияния профессионально-психологической дизадаптации на развитие соматических нарушений. На основе построенных математических моделей выделены три периода изменений профессионально-психологической адаптации (ППА) и заболеваемости в динамике по стажу. Определена ведущая роль психологической компоненты в формировании профессионально-психологической адаптации.

Ключевые слова: адаптация, профессионально-психологическая дизадаптация, заболеваемость, профилактика.

Профессиональная деятельность медицинских работников связана с ежедневным интенсивным общением и контактами с различными людьми. При этом успешность профессиональной деятельности в медицине во многом определяется личностными характеристиками специалиста,

уровнем его адаптивности, отношением к своей работе [5, 12]. Важным средством формирования профессиональной компетентности специалиста в медицине является степень владения психологическими знаниями, умениями использовать их в межличностном общении с больными, коллегами и руководством, а также для успешного разрешения собственных внутриличностных проблем [10, 11].

Стихийный характер формирования индивидуального стиля деятельности врача обуславливает нередко становление непродуктивного стиля деятельности, при котором адаптация в профессии происходит за счет истощения физиологических ресурсов организма, а не путем развития компенсаторных отношений. Косвенным подтверждением этого является распространенность состояний профессионально-личностной дезадаптации в среде врачей, работающих в сфере здравоохранения более 15 лет [15].

Анализ литературных данных, посвященных исследованиям условий труда врачей и их здоровья, позволил установить, что работа в лечебных учреждениях предъявляет значительные требования к организму работающего, его физическому состоянию и выносливости, объему оперативной и долговременной памяти, способности противостоять вредным профессиональным факторам. Поэтому вопросы укрепления и сохранения здоровья врачей современной многопрофильной больницы приобретают особую актуальность. Важно знать не только показатели заболеваемости врачей, ее причины, но и объективное состояние организма работающего и обоснованно целенаправленно на него воздействовать [8, 9].

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Профессиональное здоровье медицинского работника – это состояние, при котором соматические, психологические и психосоматические показатели соответствуют индивидуальной норме, что

формирует процесс конструктивной адаптации к условиям производственной среды путем создания динамического равновесия в организме.

В научных исследованиях нарушения адаптации чаще рассматривали изолированно от заболеваемости, мы предпринимаем попытки выявить их взаимосвязи и взаимообусловленности.

Для достижения поставленной цели нашего исследования мы решали следующие задачи:

1. Изучить профессиональное эмоциональное выгорание (психологический компонент) и заболеваемость (соматический компонент) в медицинском трудовом коллективе;
2. Разработать принципы изучения взаимосвязи и взаимообусловленности, оценить сходства и различия распространенности профессионально-психологической дизадаптации и заболеваемости медицинских работников;
3. Провести классификацию периодов групповых состояний профессионально-психологической адаптации и дать медико-психологическую интерпретацию выявленных закономерностей взаимной обусловленности изучаемых явлений.

Основываясь на известной теории о формировании психосоматической патологии, мы сформулировали гипотезу о том, что существует взаимосвязь и взаимозависимость профессионально-психологической дизадаптации и соматических нарушений у медицинских работников.

МЕТОДИКА

Заболеваемость медицинских работников с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) изучалась на сплошной выборке (анализ больничных листов), при этом учитывались: структурное подразделение (отделения, детская и взрослая поликлиники, общепольничный

медицинский персонал), возраст (20-25, 25-30, 30-35, 35-40, 45-50, 50-55, 55-60, 60 и старше), класс заболеваемости по МКБ-10, количество дней нетрудоспособности, медицинский и общий стаж (0-5, 5-10, 10-15, 15-20, 20-25, 25-30, 30-35, более 35 лет), специальность (врачи, медицинские сестры, санитарки, обслуживающий персонал, администрация). Для изучения психологической компоненты мы использовали методики: Диагностика профессионального выгорания (К. Маслак, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой) [4]; Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко [3], Тест психологического здоровья [14]. Выборка составила 285 наблюдений. При этом мы соблюдали исключительные права других лиц, законодательство в области охраны государственной, коммерческой и служебной тайны, а также правила охраны и защиты частной жизни гражданина.

Анализ заболеваемости и показателей профессионально-психологической дизадаптации провели с использованием методов статистического анализа и моделирования, применив программные средства ППП Statistica – модули дескриптивной статистики, регрессионного анализа, в котором выбрали, полиномиальную регрессию, модуль построения графиков - 2D Graphs и кластерный анализ. Провели сопоставление интенсивных показателей заболеваемости и профессионально-психологической дизадаптации в группах по медицинскому стажу.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Главными причинами возникновения деструктивной адаптации являются производственный и психологический фактор и поэтому в своих исследованиях мы акцентируем внимание на профессионально-психологической адаптации.

Сравнительный анализ методик оценки профессионального выгорания показал, что методика диагностики уровня эмоционального выгорания

В.В. Бойко является более информативной и полученные данные позволяют подойти к оценке адаптационных возможностей, поэтому в нашей статье мы приводим результаты исследования по данной методике.

Проведенное нами исследование выявило особенности формирования синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) медицинских работников. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты эмоционального выгорания по фазам (по методике В.В. Бойко)

Фазы выгорания	Не сложившийся симптом	Складывающийся симптом	Сложившийся симптом
«Напряжение»	64,8	23,8	11,3
«Резистенция»	32,4	37,3	30,3
«Истощение»	60,0	27,0	13,0

Внутри фазы, ведущие или формирующие симптомы, могут быть разными и иметь различные уровни значимости.

Фаза «Напряжение» - переживание психотравмирующих обстоятельств (38,9%), неудовлетворенность собой (10,8%), загнанность в клетку (10,3%), тревога и депрессия (12,4%).

Фаза «Резистенция» - неадекватное избирательное эмоциональное реагирование (42,7%), эмоционально-нравственная дезориентация (22,2%), расширение сферы экономики эмоций (32,4%), редукция профессиональных обязанностей (43,8%).

Фаза «Истощение» - эмоциональный дефицит (13,5%), эмоциональная отстраненность (17,8%), личностная отстраненность (деперсонализация) (15,1%), психосоматические и психовегетативные нарушения (21,6%).

Нельзя, однако, рассматривать эти состояния как нечто абсолютно стабильное. В процессе жизни организма возможны отклонения - флюктуации: переход из одной фазы в другую. Эти флюктуации связаны как с функциональным состоянием организма, так и с действием различных побочных факторов.

Анализ результатов взаимосвязи стажа работы и выраженности фаз «Напряжение», «Резистентность», «Истощение» показывают, что две стажевые группы имеют выраженное отличие 0-5 и 20-25 лет. Причем, эта взаимосвязь более выражена в стажевой группе 0-5 лет. Относительные показатели СЭВ пересчитанные на 100 в фазе «Истощение» у женщин составляют 11,3, а мужчин 3,3. Изучение взаимосвязи стажа работы и специальности показывает, что в возрастной группе 0-5 лет в наибольшей степени от СЭВ страдают врачи (42,9%) и в меньшей медицинские сестры (28,6%).

У мужчин и женщин при изучении синдрома выгорания между возрастом и стажем выявлена сильная корреляционная связь (0,885), т.е. при изучении данного синдрома можно использовать, как стаж, так и возраст. Для своих исследований мы взяли стаж работы, т.к. цель нашего исследования – влияние профессии, поэтому стаж – это длительность воздействия.

Наличие и динамическое изменение симптомов и фаз подвинуло нас рассматривать данные процессы не как механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетике) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия, а значительно шире и рассматривать эти процессы как состояния адаптации [7].

Нас в большей степени при нарушении профессионально-психологической адаптации (ППА) интересует дизадаптация и дезадаптация. Мы рассматриваем нарушение адаптации как динамическое состояние, структурно включающее отдельно психологический и соматический, так и совместный психосоматический компоненты. При этом в психологический компонент (дизадаптация) мы включаем симптомы фазы «Истощение» и в первую очередь психоэмоциональные и

психовегетативные нарушения. В соматический компонент (дезадаптация) – заболеваемость и в первую очередь хроническую.

Результаты исследования заболеваемости показали, что в структурных подразделениях она существенно различается. Наибольшая заболеваемость среди структурных подразделений наблюдается во взрослой поликлинике, гинекологическом, кардиологическом и планово-экономическом отделениях. Анализ структуры заболеваемости выявил, что ведущими классами заболеваемости являются: болезни органов дыхания (50,1%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (19,2%), болезни системы кровообращения (8,1%), болезни органов пищеварения (4,3%), болезни глаза и его придаточного аппарата (4,3%).

В каждом классе заболеваемости существуют отдельные возрастные группы, которые чаще страдают определенной патологией, и вклад их в общую заболеваемость существенно различается. Так, болезнями органов дыхания в большей степени болеют сотрудники в 25-30, 35-40, 45-50 лет, костно-мышечной системы и соединительной ткани 45 лет и старше, болезни системы кровообращения 40 лет и старше и т.д.

Установлено, что в общей нетрудоспособности медицинских работников наибольшее значение играют следующие классы заболеваний: болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (среднее значение 8,7), новообразования (8,4), болезни кожи и подкожной клетчатки (7,8), болезни мочеполовой системы (7,7) и т.д.

Сопряженность признаков заболеваемости отдельными классами болезней и медицинской специальности показала, что для них существует определенная привязка к конкретной патологии. Так, инфекционными и паразитарными заболеваниями чаще болеют: обслуживающий персонал (57,1%), врачи, медицинской сестры и заведующие отделениями (14,3%). Новообразованиями - медицинские сестры (66,7%) и обслуживающий персонал (33,3%). Болезнями нервной системы – обслуживающий персонал

и санитарки (28,6), врачи, медицинские сестры, сестры хозяйки (14,3%) и т.д.

Взяв за основу «степени свободы» адекватного и целенаправленного реагирования человека в условиях психотравмирующей ситуации, которые предложил Ю.А. Александровский [1], мы рассматриваем эти изменения адаптационного барьера (это условная граница параметров внешней среды, за которыми адекватная адаптация невозможна) как разные стадии нарушения адаптации.

Дизадаптация – это длительное и особенно резкое напряжение функциональной активности физиологической системы, не выходящее за границы адекватной адаптации, которое приводит его к перенапряжению и проявляется в преневротических состояниях и выражается лишь в отдельных наиболее легких нарушениях.

Дезадаптация – это состояние, когда напряжение выходит за пределы физиологической адаптации и все его резервные возможности переходят в состояние устойчивой патологической системы с измененной структурой, т.е. к невротическим расстройствам или соматическим нарушениям функций организма.

Дизадаптация – это обратимый процесс, который может привести без медикаментозного вмешательства к восстановлению состояния здоровья. Дезадаптация – это необратимая стадия адаптации с созданной устойчивой патологической системой, которая наступает после дизадаптации. Устойчивая патологическая система – это необратимые психические, физиологические нарушения и хроническая заболеваемость.

Профессионально-психологическая дизадаптация (ППД) – это совокупность многоуровневых процессов снижения приспособления индивидуальных особенностей человека к профессиональной деятельности, которые приводят к нарушению взаимодействия с внешней и внутренней средой.

На основе построенных математических моделей выделены три периода изменений профессионально-психологической адаптации (ППА) и заболеваемости в динамике по стажу (см. рисунок 1).

Если адаптацию рассматривать графически, представленного на рисунке как отдельные временные и функционально разные части одного процесса, характеризующего качественно различные состояния профессионально-психологической адаптации, то взаимосвязь заболеваемости и ППД медицинских работников имеет различную тесноту при значениях показателей от 9 до 20. Выделяются 3 стажевых периода по степени согласованности изменений заболеваемости и ППД, на рисунке 1 условно выделенных эллипсами. Наложение или пересечение эллипсов говорит о том, что граничные значения по стажу могут входить в соседние отрезки.

Первый период (ППА1) «физиологической адаптации (дизадаптации)» длится до 15 лет профессионального стажа. В этом периоде происходит согласованное изменение процессов, выраженных компонентами психологической и соматической адаптации, со снижением почти вдвое от 20 до 10 у.е. и корреляция составляет величину $= 0,68$. Обращает внимание преобладание нарушений в психологической компоненте (ПК).

Второй период (ППА2) «переходный» от 15 до 25 лет. В этот период происходит переход от физиологической адаптации к патологической с рассогласованными неустойчивыми изменениями компонент психологической (от 9 до 15 у.е.) и соматической (от 12 до 8 у.е.), на что указывает на отсутствие статистически значимых взаимосвязей.

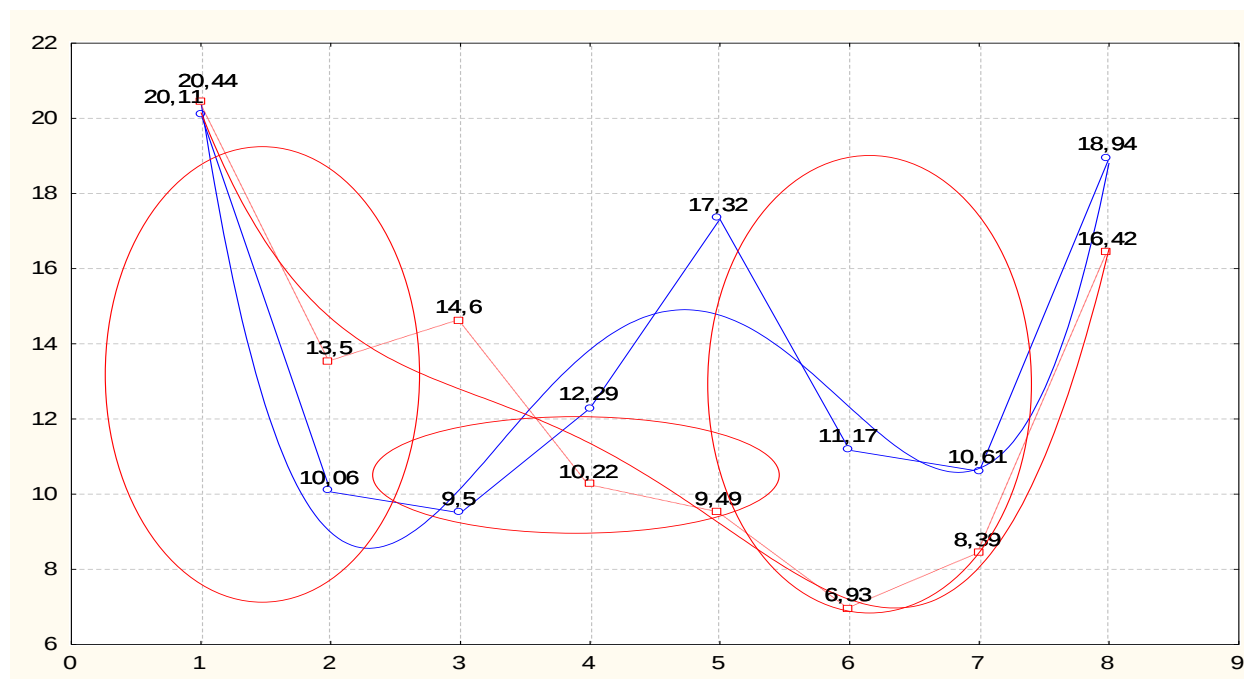


Рис. 1. Динамика изменения профессионально-психологической дезадаптации (ППД) и заболеваемости по медицинскому стажу

Примечание: 1 = 0-5 лет, 2 = 5-10 лет, 3 = 10-15 лет, 4 = 15-20 лет, 5 = 20-25 лет, 6 = 25-30 лет, 7 = 30-35 лет, 8 = более 35 лет.

Условные обозначения: —◊— Профессионально-психологическая дезадаптация (ППД)
—□— «заболеваемость»

Третий период (ППД3) «патологической адаптации» (дезадаптации) более 25 лет. В этот период происходит формирование устойчивой патологической системы с согласованными изменениями показателей психологической (ПК от 10 до 19 у.е.) и соматической компонент (СК от 7 до 16,5 у.е.). В этом периоде выявлены тесные взаимосвязи двух компонент (ПК и СК) с незначительным преобладанием в показателях психологической дезадаптации. Взаимосвязи показателей становятся наиболее значимыми и составляют величину 0,72.

В целом проведенная оценка взаимосвязей показателей ППА и заболеваемости за весь стажевой период методами корреляционного и регрессионного анализов составила 0,48, что является статистически значимой величиной.

Максимальные величины показателей дизадаптации выявлены при медицинском стаже 0-5 лет. Причина возникновения дизадаптации на начальном профессиональном этапе (0-5 лет) становления специалиста характеризуется наиболее важными, на наш взгляд, причинами. Мы рассматривали данный феномен в двух различных группах, различающихся пусковыми механизмами нарушения адаптации: одна – специалисты без перерыва в стаже работы по медицинской специальности, другая с существенным перерывом в стаже работы по медицинской специальности.

Совпадение медицинского стажа и общего получили только у 30,4% медицинских работников, при этом у врачей - 51%, медицинских сестер - 58%, санитарок - 17%.

Длительный период работы не по специальности приводит, особенно на начальном этапе, к тому, что: во-первых - страдает *психологический компонент*: самореализация, саморегуляция, психологические защиты, коммуникативные качества и т.д., во-вторых, в профессиональном плане у человека нарушается *профессиональный компонент*: снижается общетеоретический и практический профессиональный уровень.

К чему приводит то, что медицинские специалисты с высшим и средним медицинским образованием многие годы работают не по своей профессии?

Необходимость постоянного повышения общетеоретического и профессионального уровня медицинского персонала обусловлена ускоряющимся процессом морального обесценивания, устаревания знаний и навыков специалистов в современном мире. Установлена единица измерения устаревания знаний специалиста – так называемый «период полураспада компетентности», когда в результате появления новой информации компетентность специалистов снижается на 50% [13].

Кроме того, оказалось, что в первую очередь дизадаптация выявляется у специалистов, профессиональная пригодность у которых не совпадает с

выбранной специальностью. При этом под профессиональной пригодностью понимается совокупность индивидуальных особенностей человека, влияющих на успешность освоения какой-либо трудовой деятельности и эффективность ее выполнения [2].

Б.А. Ясько пишет о том, что надо признать, что с точки зрения управления вузовским образованием процесс формирования индивидуального стиля деятельности будущего врача носит преимущественно стихийный характер, осуществляясь на субъективном, индивидуальном уровне. Для студентов, не сформировавших эффективного индивидуального стиля учебной деятельности, кризис профессионализации приобретает перманентный характер и нередко завершается уходом из профессии [15].

Наши многолетние исследования показали, что у 60-70% студентов выявлено несовпадение параметров профессиональной пригодности и будущей профессии [6]. Это подтверждают и наши результаты анализа сопряженности признаков медицинского и общего стажа у медицинских работников, согласно которого, после получения медицинской профессии в среднем только 50% специалистов идет работать в практическую медицину.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование позволило изучить зависимость профессионального синдрома выгорания от стажа работы, гендерные особенности, зависимость от специальности, выявить сильную корреляционную связь между стажем и возрастом.

Результаты исследования заболеваемости показали, что в структурных подразделениях она существенно различается, существует определенная привязка к конкретной патологии и в каждом классе заболеваемости существуют отдельные возрастные группы, которые чаще страдают

определенной патологией, и вклад их в общую заболеваемость существенно различается.

Разработаны принципы изучения взаимосвязи и взаимообусловленности, оценены сходства и различия распространенности профессионально-психологической дизадаптации и заболеваемости медицинских работников. Выделены три периода в профессионально-психологической адаптации, показаны тесные статистически значимые корреляционные связи в первом и третьем периодах. Показана ведущая, опережающая по уровням и динамике роль психологической компоненты в формировании профессионально-психологической адаптации. Выявлены максимальные величины показателей профессионально-психологической дизадаптации при вхождении в профессию и факторы оказывающие влияние на ее формирование.

Таким образом, гипотеза о том, что существует взаимосвязь и взаимозависимость профессионально-психологической дизадаптации и соматических нарушений у медицинских работников получила подтверждение. Профилактическая работа в организации должна быть направлена на повышение психологической адаптации и профессиональной компоненты специалистов, которые имеют длительный перерыв работы в профессии, путем проведения психологических тренингов и курсов повышения квалификации или введения наставничества.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Александровский Ю.А.* Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства. М.: Литтерра, 2010.
2. *Бодров В.А.* Психология профессиональной пригодности: учебное пособие для вузов. М.: Пер Сэ, 2006.

3. *Бойко В.В.* Синдром "эмоционального выгорания" в профессиональном общении. СПб.: Питер, 1999.
4. *Водопьянова Н.Е. Старченкова Е.С.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика - 2-е издание - СПб: Питер, 2008.
5. *Воронин А.Н., Николаев Е.Л.* Психологическое исследование личности врача в отношении к профессиональной деятельности // Вестник Чувашского университета. 2013. № 1. С. 79–85.
6. *Гольменко А.Д.* Психологические критерии оценки профессиональной пригодности. Иркутск: РИО СИПЭУ, 2008.
7. *Гольменко А.Д., Хаптанова В.А., Выговский Е.Л., Ильин В.П., Лужецкая А.М., Песков В.П.* Концептуальные подходы к профилактике эмоционального выгорания медицинских работников. Иркутск: Изд-во Иркут, 2014.
8. *Ермолина Т.А., Ермолина Т.А., Мартынова Н.А., Калинин А.Г., Красильников С.В.* Состояние здоровья медицинских работников. Обзор литературы // Вестник новых медицинских технологий. 2012. Т. XIX. № 3. С. 197–200.
9. *Максимов И.Л.* Состояние здоровья врачей многопрофильной больницы // Здравоохранение РФ. 2003. № 3. С. 38–39.
10. *Орлов Ф.В., Николаев Е.Л.* Медико-психологическая помощь медсестры больным с пограничными психическими расстройствами // Медицинская сестра. 2007. № 1. С. 11–12.
11. *Орлов Ф.В., Николаев Е.Л.* Психологические особенности эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала психиатрического учреждения // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2013. № 9. С. 69–78.
12. *Романов С.Н., Николаев Е.Л., Голенков А.В.* Сравнительное исследование адаптивных характеристик личности у студентов и врачей // Вестник Чувашского университета. 2012. № 3. С. 469–473.

13. *Сулова Е.А.* Отечественные и зарубежные концепции обоснования проблем и задач современного образования // Акмеология. 2003. № 1 (5). С. 25–30.
14. Тест психологического здоровья [Электронный ресурс] // А. Я. Психология (azps.ru). URL: http://azps.ru/tests/neblago/psychological_health.html (дата обращения 14.09.2011).
15. *Ясько Б.А.* Некоторые аспекты формирования индивидуального стиля деятельности врача // Человек. Сообщество. Управление. 2009. №1. С. 21–29.

INTERRELATION AND INTERDEPENDENCE OF PROFESSIONAL AND PSYCHOLOGICAL DISADAPTATION AND SOMATIC DISORDERS AMONG HEALTH CARE WORKERS

© 2017 Alexander D. Golmenko,* Vladimir P. Ilin,
Valentina A. Haptanova,*** Evgeniy L. Vygovskiy******

* Doctor of Medical Sciences, Professor at the Department of Psychodiagnostics and Experimental Psychology, Pedagogical Institute of Irkutsk State University
e-mail: a.golmenko@mail.ru

** Doctor of Biological Sciences, Professor at the Department of Psychodiagnostics and Experimental Psychology, Pedagogical Institute of Irkutsk State University
e-mail: petr_38rus@mail.ru

*** Ph.D., Teaching Assistant at the Department of Polyclinic Therapy and Joint Clinical Practice, Irkutsk State Medical University
e-mail: haptanova@yandex.ru

**** Chief Physician of Medical Unit of Irkutsk Aircraft Production Association
e-mail: msh@msh38.ru

The article presents the results of the relationship and interdependence of the impact of professional and psychological disadaptive on the development of somatic disorders. On the basis of the constructed mathematical models marked changes in three periods of professional psychological adaptation (PPA) and

morbidity in dynamics by years. Determined the leading role of the psychological component in the formation of professional and psychological adaptation.

Key words: adaptation, professional and psychological disadaptation, morbidity, prevention.

Библиографическая ссылка на статью:

Гольменко А.Д., Ильин В.П., Хаптанова В.А., Выговский Е.Л. Взаимосвязь и взаимообусловленность профессионально-психологической дизадаптации и соматических нарушений у медицинских работников // Институт психологии Российской академии наук. Организационная психология и психология труда. 2017. Т. 2. № 1. С. 75-90

Адрес статьи:

<http://work-org-psychology.ru/engine/documents/document229.pdf>