Н. Г. ПШУК, А. О. КАМІНСЬКА

СТАН ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНОГО ТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ (клінічна феноменологія, психокорекція)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова <adonidisvernalis@gmail.com>

В результаті дослідження 255 лікарів хірургічного та терапевтичного профілю встановлено, що облігатними проявами професійної дезадаптації у лікарів зазначених соціально-професійних груп є соматовегетативний дисбаланс (76,2 %), порушення сну (78,9 %) та емоційні розлади (91,6 %). Виділено патологічні складові, взаємовплив яких формує клінічну специфіку та особливості перебігу феномена професійної дезадаптації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю. На основі отриманих даних була науково обґрунтована, розроблена і впроваджена система психокорекції професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю, оцінена її ефективність.

Ключові слова: професійна дезадаптація; лікарі хірургічного та терапевтичного профілю; психокорекція.

Сучасні несприятливі соціально-економічні та політичні умови в Україні значно загострили проблему адаптації лікаря до професійної діяльності, підвищили вимоги до якості та ефективності медичного обслуговування [1, 3, 6]. Оскільки адаптація є багаторівневим динамічним процесом, то вона пов'язана із змінами роботи різних органів і систем організму, визначає рівень психофізіологічного і психічного здоров'я людини та ступінь загальної ефективності на біологічному, психічному і соціально-психологічному рівнях [2].

Професійна діяльність лікаря характеризується підвищеною стресогенністю у зв'язку з необхідністю роботи в умовах підвищеного інтелектуального та психо-емоційного напруження, дефіциту часу й інформації, високого рівня відповідальності за здоров'я і життя пацієнтів [8, 10]. Психоемоційні навантаження на фоні хронічної перевтоми, що відіграє дезадаптивну роль, спричинюють виникнення преморбідних станів і психосоматичних захворювань [2, 4, 5].

Особливо це стосується лікарів хірургічного та терапевтичного профілю, структура особистості яких у процесі професійної діяльності зазнає постійного психотравмуючого впливу, що обумовлено характером організації праці, психологічним тиском з боку всіх учасників лікувального процесу і спричинює формування станів професійної дезадаптації (ПД) [5].

ПД визначають як стійке порушення активного процесу пристосування індивіда до умов професійної діяльності, викликане неможливістю реалізувати мету діяльності або як будь-яке порушення динамічної рівноваги в системі «індивід – професійне середовище». Виділяють такі показники ПД: втома, виснаження; психосоматичне нездужання; безсоння; негативне ставлення до роботи; скорочення кількості робочих дій; зловживання хімічними агентами – кавою, спиртними напоями, тютюнокурінням; відсутність апетиту або переїдання; негативна професійна «Я-концепція»; агресивні почуття (дратівливість, тривожність, занепокоєння, підвищене збудження); пригнічений настрій та пов'язані з ним емоції: цинізм, песимізм, почуття безпорадності, безнадії, апатія, субдепресія; почуття провини [2, 6]. Порушення адаптації до професійної діяльності як багатовимірний та інтегральний процес істотно позначається на професійній ефективності окремого індивіда й робочого колективу, а також на стані здоров'я та тривалості активного періоду життя фахівця [2, 5, 7].

Т. Н. Taft [10] зазначає, що професійний стрес та дезадаптація серед лікарів привертають велику увагу науковців. Впродовж останнього десятиліття відмічається загальне зниження рівня задоволеності роботою у медичних працівників. Такі дані корелюють з підвищенням рівня професійного стресу та емоційного вигорання, які, в свою чергу, пов'язані із збільшенням кількості звільнень, психологічним і фізичним дистресом та підвищенням рівня стресу взагалі. Крім того, якість допомоги пацієнтам, стосунки в системі лікар – пацієнт і комплаєнс зазнають негативного впливу через професійний стрес та дезадаптацію лікарів, що робить дане питання складною багатовимірною проблемою. Незважаючи на досить велику кількість досліджень ПД, дотепер немає єдиної думки про психологічний сенс та механізми формування цього феномена, в тому числі щодо конкретних соціально-професійних груп медичних працівників.

Проблему розвитку та специфіки проявів ПД у лікарів систематично ще не вивчено. Основну увагу дослідників зосереджено на вивченні синдрому вигорання як одного з найбільш типових і виражених негативних проявів професійної дезадаптації в сфері лікарської діяльності. У зв'язку з цим необхідність поглиблення теоретичних уявлень про психологічні чинники розвитку ПД у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю, а також розробка методичних підходів до психодіагностики, психокорекції та психопрофілактики стану ПД лікарів, які працюють в умовах тривалого й інтенсивного професійного стресу, є особливо актуальним завданням медичної психології.

Протягом трьох років на основі інформованої згоди з дотриманням принципів медичної біоетики та деонтології за спеціально розробленою анкетною і за методикою О. Н. Родіної (2003) обстежено 255 лікарів хірургічного і терапевтичного профілю з метою виявлення ознак ПД.

Першу основну групу (ОГ1) становили 97 лікарів хірургічного профілю з ПД за опитувальником О. Н. Родіної, другу основну групу (ОГ2) – 85 лікарів терапевтичного профілю з ПД; групу контролю (КГ) – 73 лікарі без ознак ПД.

За стажем професійної діяльності за спеціальністю розподіл обстежених був таким: у 6,6 % респондентів був стаж до 5 років, у 16,3 % – 5–10 років, у 27,6 % – 10–15 років, у 38,1 % – 15–20 років та у 11,3 % – стаж понад 20 років.

У зв'язку з тим, що терапевтичний та хірургічний профілі лікувальної діяльності асоційовані з певними гендерними особливостями, розподіл обстежених за статтю був таким: до ОГ1 включено 28 (28,9 %) осіб жіночої та 69 (71,1 %) чоловічої статі, до ОГ2 – відповідно 55 (64,7 %) та 30 (35,3 %) осіб. До КГ увійшло 33 особи жіночої (45,2 %) та 40 (54,8 %) чоловічої статі.

Загальний рівень та окремі компоненти ПД визначали з використанням опитувальника «Оцінка професійної дезадаптації», розробленого О. Н. Родіною і адаптованого для оцінки стану працівників різних професій М. А. Дмитрієвою (2003). Стан психоемоційної сфери визначали за шкалами Гамільтона для оцінки депресії (Hamilton Rating Scale for Depression – HDRS, 1960) та тривоги (Hamilton Rating Scale for Anxiety – HARS, 1959). Для оцінки ефективності розробленої системи психокорекційних заходів використовували шкалу оцінки якості життя (ЯЖ) SF-36 (The Short Form-36 or Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey, John E. Ware, Cathy D. Sherbourne, 1992).

Для статистичної обробки даних використовували процедури первинної та вторинної (кореляційної та варіаційної) статистики. Метод полягав у проведенні порівняльного дослідження за t-критерієм за традиційною методикою для параметричної і критерієм Вілкоксона для непараметричної статистики. Також обробку отриманих даних здійснювали за критерієм Стюдента для визначення достовірності різниці між групами. Математичну обробку результатів проводили на персональному комп'ютері за прикладним пакетом програм «Statistica for Windows. Release 6.0».

За результатами дослідження за опитувальником О. Н. Родіної, поширення ПД серед лікарів хірургічного та терапевтичного профілю становило 74,72 % (70,58 % – в ОГ1 і 78,85 % – в ОГ2).

Як свідчать отримані дані, облігатними компонентами ПД є погіршення самопочуття з порушенням емоційного резонансу, зниження загальної активності, відчуття втоми (у 88,6 % обстежених ОГ1 та у 94,6 % осіб ОГ2), зниження мотивації до діяльності, соматовегетативний дисбаланс, диссомнічні порушення. Так, у 87,6 % лікарів ОГ1 та у 64,7 % ОГ2 діагностовано соматовегетативний дисбаланс, який проявлявся у коливаннях артеріального тиску, появи напруження або неприємних відчуттів в очах; головному болю у скронях та чолі; больових відчуттях у ділянках спини і шиї; запамороченні, нудоті, тяжкості в голові; відчутті шуму або дзвону у вухах; відчутті появи «мушок» перед очима; приступах задишки, утрудненому диханні, посиленому серцебитті; спітнінні, появи червоних плям на шиї та щоках.

Невід'ємною складовою психовегетативних розладів є порушення сну, що проявлялось у труднощах засинання, частих пробудженнях, відчутті недостатнього відпочинку після сну (89,7 % респондентів в ОГ1 та 68,2 % в ОГ2).

Дослідження особливостей соціальної взаємодії показало відсутність прагнення лікарів з ПД спілкуватись з оточуючими, труднощі у встановленні комунікативного контакту з незнайомими людьми, конфліктність у робочому колективі та в сім'ї. Такі особливості превалювали у лікарів терапевтичного профілю з ПД (89,4 % в ОГ2 проти 64,9 % обстежених ОГ1). Зниження мотивації до діяльності превалювало у лікарів терапевтичного профілю (96,4 % в ОГ2 проти 76,2 % лікарів хірургічного профілю).

Дослідження ступеня вираженості ПД у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю залежно від стажу професійної діяльності показало, що із збільшенням стажу ПД стає більш вираженим. Так, у лікарів ОГ1 і ОГ2 із стажем професійної діяльності до 10 років достовірно частіше ($P < 0,005$) визначається низький рівень ПД (94,5 % в ОГ1 та 93,1 % в ОГ2). Помірний та виражений рівні ПД діагностовано у лікарів ОГ1 та ОГ2 із стажем професійної діяльності 10–15 років (17,5 % в ОГ1; 28,7 % в ОГ2), 15–20 років (29,7 % в ОГ1; 27 % в ОГ2) та понад 20 років (30,9 % в ОГ1; 21,9 % в ОГ2).

При вивченні стану психоемоційної сфери з використанням HDRS виявлено, що із загальної кількості лікарів з ПД прояви депресивного реагування відмічено у 41,2 %. Ознаки вираженої патологічної тривоги за шкалою HARS властиві 31,1 % респондентів ОГ1, 48,9 % респондентів ОГ2 та 7,9 % КГ, проте у респондентів КГ рівень вираженості тривоги не досягав тривожного.

Дослідження проявів формування залежності від психоактивних речовин у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю показало, що в ОГ1 порівняно з ОГ2 превалює тютюнокуріння (ОГ1 – 32,3 % обстежених, ОГ2 – 23,9 %; $P < 0,001$) та епізодичне вживання спиртних напоїв (ОГ1 – 25,2 % респондентів, ОГ2 – 19,2 %; $P < 0,001$). Разом з тим в ОГ2 відмічається тенденція до надмірного споживання кави та міцного чаю (ОГ2 – 32,7 % проти ОГ1 – 28,4 %; $P < 0,001$). Однак у жодному випадку ознак сформованої залежності від психоактивних речовин не виявлено.

Серед компонентів суб'єктивної самооцінки психоемоційного стану в ОГ1 превалюють емоційне напруження, дратівливість (87,8 %), тоді як в ОГ2 – втома й емоційне виснаження (88,6 %). Незадоволеність стосунками у трудовому колективі превалює у респондентів ОГ2 (66,3 % проти 58,7 % в ОГ1; $P < 0,001$), що доповнює інформацію про професійну дезадаптацію як про стан, що супроводжується порушеннями міжособистісної взаємодії в професійному середовищі. Зокрема, страх або тривогу під час перебування у трудовому колективі переживають 25,3 % обстежених ОГ1 та 27,4 % осіб ОГ2 ($P < 0,05$). Разом з тим відчуття стра-

ху і тривоги під час виконання професійних обов'язків частіше виявлено у лікарів ОГ2 (13,4 % ОГ1 проти 19,3 % ОГ2; $P < 0,001$). Такі суб'єктивні скарги, як відчуття страху або тривоги під час виконання професійних обов'язків та в робочому колективі, почуття невдоволення собою, втома і виснаження можна класифікувати як порушення психологічної адаптації і вважати станами суб'єктивного дистресу, які виникли в процесі пристосування до професійної діяльності та супроводжуються змінами соціального функціонування.

Проте 94,5 % обстежених ніколи не звертались по кваліфіковану психологічну допомогу, хоча 20,3 % мали таку потребу. Привертає увагу те, що 67,3 % респондентів ОГ1 та ОГ2 пов'язують погіршення стану свого здоров'я з професійною діяльністю.

Результати вивчення оцінки ЯЖ за шкалою SF-36, що включає фізичні та психічні компоненти функціонування, вказують на знижений загальний показник ЯЖ у респондентів ОГ1 та ОГ2, зокрема виявлено зниження фізичного компонента ЯЖ в ОГ1 (65,8 бала $\pm$ 4,3 бала в ОГ1 та 71,6 бала $\pm$ 5,1 бала в ОГ2) та психічного компонента ЯЖ в ОГ2 (51,2 бала $\pm$ 3,7 бала в ОГ1 проти 44,2 бала $\pm$ 3,3 бала в ОГ2), що відображає превалювання певних симптоматологічних компонентів ПД в групах обстежених лікарів. Отримані результати узгоджуються з даними аналізу компонентів ПД і враховані нами при розробці комплексної системи психокорекційних заходів, спрямованої на усунення стану ПД у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю.

За структурою система психокорекційних заходів як для лікарів хірургічного, так і терапевтичного профілю включала три основні етапи: а) психодіагностичний; б) комплексну психокорекцію; в) моніторинг психологічних змін.

Мішенями системи психокорекційних заходів були: патологічний психоемоційний стан (психоемоційне перевантаження), дезадаптивні поведінкові паттерни, індивідуально-психологічні фактори формування ПД, для лікарів хірургічного профілю додатково соматовегетативний дисбаланс, для лікарів терапевтичного профілю – порушення соціальної взаємодії.

До участі у психокорекційних заходах залучено 83 лікарі хірургічного та терапевтичного профілю з ПД (дві психокорекційні підгрупи, ПкП1 – лікарі хірургічного профілю та ПкП2 – лікарі терапевтичного профілю). До контрольних підгруп включено 80 лікарів хірургічного та терапевтичного профілю з ПД (КПг1 та КПг2 відповідно), які не брали участі у заходах психокорекції.

Період визначення ефективності розробленої системи психокорекційних втручань становив 6 міс від початку. Критеріями ефективності були позитивна динаміка загального рівня та деяких проявів ПД і динаміка ЯЖ.

Ефективність запропонованої психокорекційної системи оцінювали під час психодіагностичного обстеження. Було виявлено достовірне зниження рівня вираженості симптомів ПД, зокрема зменшення вираженості соматовегетативного дисбалансу та диссомнічних проявів, порушень міжособистісної комунікації, покращання психоемоційного стану, підвищення мотивації до професійної діяльності у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю, які брали участь у психокорекційних заходах ($P < 0,001$). У лікарів хірургічного та терапевтичного профілю контрольних підгруп позитивної динаміки за зазначеними показниками не виявлено. Дослідження ефективності розробленої системи психокорекції ПД у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю показало, що редукція ознак ПД відбулась у 68,1 % респондентів, які брали участь у психокорекційних заходах (65,9 % – ОГ1 та 70,3 % – ОГ2) і у 17,2 % обстежених групи контролю.

Дослідження ЯЖ у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю, які брали участь у психокорекційних заходах, дало змогу визначити її підвищення за показниками фізичного і психологічного функціонування порівняно з контрольними підгрупами ($P < 0,01$).

Висновки. Аналіз психологічних змін, що відбулися внаслідок реалізації розробленої системи психокорекційних заходів, спрямованих на усуненні ПД, дозволяє дійти висновку про значні зміни деяких індивідуально-психологічних характеристик лікарів: достовірно знизилися показники ПД, емоційного дискомфорту, ескапізму, інтолерантних комунікативних установок. Ці зміни стосуються всіх основних індивідуально-психологічних особливостей, що корелюють з ПД і свідчать про ефективність розробленої психокорекційної системи.

Таким чином, розроблена система психокорекції показала її ефективність щодо редукції симптомів ПД та підвищення компенсаторних ресурсів особистості лікарів хірургічного та терапевтичного профілю.

Список літератури

1. Аймедов К. В. Специфические особенности синдрома профессионального выгорания медицинских работников // Таврич. журн. психиатрии. – 2012. – Т. 16, Вып. 61, № 4. – С. 107–110.
1. Ajmedov K. V. Specificheskie osobennosti sindroma professional'nogo vygoraniya medicinskih rabotnikov // Tavrich. zhurn. psichiatrii. – 2012. – T. 16, Vyp. 61, № 4. – S. 107–110.
2. Вітенко І. С., Кожина Г. М., Маркова М. В., Гайчук Л. М. Особливості та проблеми формування психологічної адаптації сімейного лікаря до професійної діяльності // Мед. психологія. – 2011. – Т. 6, Вип. 24, № 4. – С. 82–86.
2. Vitenko I. S., Kozhina G. M., Markova M. V., Gajchuk L. M. Osoblivosti ta problemi formuvannya psihologichnoї adaptacії simejnogo likarya do profesijnōi diyal'nosti // Med. psihologiya. – 2011. – T. 6, Vip. 24, № 4. – S. 82–86.
3. Вьюн В. В., Коростий В. І., Вітенко І. С. Медико-психологическая поддержка врача в период адаптации к профессиональной деятельности // Там само. – 2013. – № 4. – С. 11–13.
3. V'yun V. V., Korostij V. I., Vitenko I. S. Mediko-psihologicheskaya podderzhka vracha v period adaptacії k professional'noj deyatel'nosti // Tam samo. – 2013. – № 4. – S. 11–13.
4. Кожина Г. М., Коростий В. І., В'юн В. В. та ін. Механізми формування і психотерапевтична корекція розладів адаптації лікарів у процесі їхньої професійної діяльності // Там само. – 2014. – № 2. – С. 82–86.
4. Kozhina G. M., Korostij V. I., V'yun V. V. ta in. Mekhanizmi formuvannya i psihoterapevtichna korekciya rozladiv adaptacії likariv u procesi ihn'oї profesijnōi diyal'nosti // Tam samo. – 2014. – № 2. – S. 82–86.
5. Ловчев А. Ю., Ванчакова Н. П., Корячкин В. А. Психологические и психофизиологические характеристики профессиональной дезадаптации, их динамика у анестезиологов – реаниматологов и хирургов // Вест. Санкт-Петербург. ун-та. – 2009. – Сер. 11, Вып. 3. – С. 184–189.
5. Lovchev A. Yu., Vanchakova N. P., Koryachkin V. A. Psihologicheskie i psihofiziologicheskie harakteristiki professional'noj dezadaptacії, ih dinamika u anesteziologov – reanimatologov i hirurgov // Vest. Sankt-Peterburg. un-ta. – 2009. – Ser. 11, Vyp. 3. – S. 184–189.
6. Продан М. І. Психопрофілактика і психокорекція професійної дезадаптації у середнього медичного персоналу, які працюють з хворими на туберкульоз: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Харків, 2012. – 22 с.
6. Prodan M. I. Psihoprofilaktika i psihokorekciya profesijnōi dezadaptacії u seredn'ogo medicnogo personalu, yaki pracuyut' z hvorimi na tuberkul'oz: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – Harkiv, 2012. – 22 s.
7. Чабан О. С., Хаустова О. О. Дезадаптація людини в умовах суспільної кризи: нові синдроми та напрямки їх подолання // Журн. психіатрії і мед. психології. – 2009. – Вып. 23, № 3. – С. 13–21.
7. Chaban O. S., Haustova O. O. Dezadaptaciya lyudini v umovah suspil'noї krizi: novi sindromi ta napryamki iħ podolannya // Zhurn. psihiatrii i med. psihologii. – 2009. – Vip. 23, № 3. – S. 13–21.
8. Bittner J. G., Bittner, Khan Z., Babu M. et al. Stress, burnout, and maladaptive coping: Strategies for surgeon well – being // Bulletin of the Am. college of surgeons. – 2011. – Vol. 96, N 8. – P. 17–22.
9. Dewa C. S., Loong D., Bonato S. et al. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review // BMC Health Services Research. – 2014. – Vol. 14. – P. 1–10.
10. Taft T. H., Keefer L., Keswani R. N. Friends, alcohol, and a higher power: an analysis of adaptive and maladaptive coping strategies among gastroenterologists // J. of Clin. Gastroenterol. – 2011. – Vol. 45, N 8 – P. e76–e81.

СОСТОЯНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ВРАЧЕЙ
ХИРУРГИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
(клиническая феноменология, психокоррекция)

Н. Г. Пиук, А. А. Каминская (Винница)

В результате исследования 255 врачей хирургического и терапевтического профиля установлено, что облигатными проявлениями профессиональной дезадаптации у врачей указанных социально-профессиональных групп являются соматовегетативный дисбаланс (76,2 %), нарушение сна (78,9 %) и эмоциональные расстройства (91,6 %). Выделены патологические составляющие, взаимовлияние которых формирует клиническую специфику и особенности течения феномена профессиональной дезадаптации у врачей хирургического и терапевтического профиля. На основе полученных данных была научно обоснована, разработана и внедрена система психокоррекции профессиональной дезадаптации врачей хирургического и терапевтического профиля, оценена её эффективность.

Ключевые слова: профессиональная дезадаптация; врачи хирургического и терапевтического профиля; психокоррекция.

STATES OF PROFESSIONAL DISADAPTATION IN SURGEONS AND PHYSICIANS
(clinical phenomenology, psychocorrection)

N. Pshuk, A. Kaminska (Vinnytsya, Ukraine)

National Pirogov Memorial Medical University

As a result of study of 255 surgeons and physicians, it was revealed that somatic-vegetative imbalance (76.2 %), sleep disorders (78.9 %) and emotional disorders (91.6 %) are essential signs of professional disadaptation in doctors of these social-occupational groups. We distinguished pathological components of disadaptation, interaction of which forms clinical specificity and features of the phenomenon of professional disadaptation in surgeons and physicians. On the basis of the obtained data, psychological correction system of professional disadaptation for the doctors of surgical and therapeutic profile was scientifically substantiated, developed and implemented, and its effectiveness was evaluated.

Key words: professional disadaptation; surgeons and physicians; psychocorrection.

УДК 618.11/.12-002-085.276+615.276

DOI 10.31640/JVD.5-6.2018(22)

Надійшла 16.05.2015

А. В. ЗАБОЛОТНА, А. Я. СЕНЧУК

КЛІНІЧНА І ЛАБОРАТОРНА ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНИХ
ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ
ГОСТРОГО САЛЬПІНГООФОРИТУ

Кафедра акушерства та гінекології (зав. – проф. А. Я. Сенчук)
ПВНЗ «Київський медичний університет» <zabolotnay@meta.ua>

Вивчали клінічну та лабораторну ефективність комплексних протизапальних і анти-тромботичних препаратів для лікування 100 хворих з гострим сальпінгоофоритом. Найближчі і віддалені результати лікування (через 14 днів і через 6–9 міс після початку терапії) вказували на високу ефективність запропонованого комплексу протизапальної терапії з включенням комплексного антибактеріального препарату (антибактеріальна і антипротозойна спрямованість) у комплексі з місцевою протизапальною, антитромботичною, протеолітичною (ректальні супозиторії із стрептокіназою і стрептодорназою) терапією гострого сальпінгоофориту. З урахуванням використаних критеріїв ефективності (динаміка больового синдрому, дані загального і гінекологічного огляду, результати гемограми, бактеріоскопії мазків з цервікального каналу і піхви, УЗД органів малого тазу, ускладнення, тривалість курсу лікування, побічні ефекти терапії) ефективність лікування пацієнток становила 96 %. Висока ефек-