

МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ І ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ ЛІКАРІВ У ПРОЦЕСІ ЇХНЬОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Харківський національний медичний університет

Виділено основні особистісні якості лікаря загальної практики сімейної медицини, що визначають успішне виконання ним професійних функцій і високий рівень його адаптації до лікувальної діяльності. Розроблено концепцію інтегральної моделі спеціаліста-медика з урахуванням раціонального співвідношення суб'єктивного та об'єктивного компонентів, визначено її функції у процесі планування та організації підготовки і перепідготовки медичних кадрів. Уточнено і конкретизовано зміст поняття «психологічна готовність» фахівця-медика до професійної діяльності. Розроблено етапи програмно-цільової психологічної підготовки лікаря загальної практики (сімейного лікаря) як засобу реалізації цілісної методичної системи підготовки медичних кадрів в Україні.

Ключові слова: психологічна адаптація, професійна діяльність сімейного лікаря, дезадаптація, психотерапія, психопрофілактика.

Професійний розвиток належить до невичерпних проблем психологічної науки і не тільки тому, що це складна і вельми широка тема, а й тому, що різні погляди на цей процес взаємодоповнюють і значно поглиблюють наукові уявлення про психологічну сутність як професійного становлення, так і особистісного розвитку фахівця. Адже розвиток особистості детермінує діяльність, у тому числі і професійну, вона ж є і засобом формування суб'єкта діяльності, може стати потребою, цінню, цінністю і сенсом життя [1–5].

Охорона здоров'я є найважливішим компонентом соціально-економічної системи держави, що впливає на всі сфери її діяльності. Сучасні несприятливі соціально-економічні й екологічні умови в Україні значно загострили проблему профілактики захворювань, збереження і зміцнення здоров'я населення, посилили вимоги до якості та ефективності медичного обслуговування [6–11].

Як свідчить закордонний досвід та особливості розвитку вітчизняної охорони здоров'я, найважливішою умовою побудови раціональної системи первинної медико-санітарної допомоги є розробка єдиних критеріїв професійної компетенції фахівця, що надає цю допомогу [12–17].

Таким чином, необхідність дослідження психологічних аспектів професійного розвитку сімейних лікарів та їх адаптації до професійної діяльності впливає не тільки із необхідності теоретичного дослідження цього процесу, а й із нагальної необхідності розв'язання прикладних питань, актуальних для забезпечення процесу становлення

суб'єкта професійного розвитку. Можливість їх вирішення ми бачимо на основі цілісного комплексного вивчення особливостей професійного розвитку та формування психологічної адаптації сімейного лікаря до професійної діяльності.

Мета дослідження — на основі системного підходу до вивчення механізмів формування психологічної адаптації сімейного лікаря до професійної діяльності розробити систему психотерапевтичної корекції і психопрофілактичної підтримки в період професійної підготовки фахівця.

Було проведено комплексне обстеження 512 лікарів загальної практики сімейної медицини обох статей (210 чоловіків та 302 жінки) у віці 25–62 роки, які працюють у різних регіонах України. У 307 лікарів (189 жінок і 118 чоловіків) виявлено розлади адаптації.

Основною психологічною умовою реалізації і розвитку особистості є наявність інтересу до діяльності. Залежно від того, як реалізуються потенційні психологічні можливості людини, її схильності, інтереси, визначається професійний рівень спеціаліста.

Дослідження інтересу до діяльності у лікарів із різним стажем трудової діяльності дало змогу констатувати, що загальний рівень зацікавленості лікарів фаховою діяльністю достовірно знижується вже з другого року самостійної професійної діяльності.

Серед лікарів із загальним стажем фахової діяльності понад 15 років стійкий інтерес до лікувальної практики відсутній у 18,6 %. Оцінка їхніх

професійних знань комісією МОЗ України за тестово-еталонною п'ятибальною системою показала, що 31,4% з них отримали «2» і лише 3,6% — «5». У групі лікарів, зацікавлених у своїй професійній діяльності, показники були достовірно ($p < 0,05$) вищі: у 18,0% — «2», у 32,5% — «5». Отже, можна припустити, що помилки у виборі професії, а потім і практичній діяльності впливають на формування особистості медичного працівника в цілому. Звичайно, така ситуація пов'язана з різними чинниками, але в першу чергу — з престижністю спеціальності у суспільстві, її економічною вигодою. Таким чином, у процесі адаптації лікарів до практичної діяльності інтерес може виникати, якщо його спочатку не було, і втрачатися за умов, коли він був.

За нашими даними, структурна специфіка професійної рефлексії повинна включати такі компоненти: мотив — мета — усвідомлення — дія, а саме: інтерес до професії лікаря, набуття фахових знань, усвідомлення соціального й особистісного життєвого смислу лікарської діяльності, вдосконалення професійних знань, умінь та навичок, високий професіоналізм — постійний розвиток функціонально-динамічних систем розумових і практичних дій, що забезпечують високу ефективність і якість роботи лікаря.

Як показало проведене дослідження, чільне місце в практичній діяльності лікаря загальної практики посідають здатність і необхідність навчитися розуміти хворого як неповторну індивідуальність з усіма її проблемами і роздумами, сумнівами і потребами, що становить емпатико-рефлексивний компонент психологічної сумісності. Це може стати можливим лише за умови набуття необхідних знань із загальної та медичної психології.

Рівень професійної готовності сімейного лікаря до діяльності визначається за наявністю найбільш узагальнених рис:

- 1) когнітивного стилю, глибоких і всебічних, загальних і предметних медико-психологічних знань, світогляду;
- 2) моральності — комплексу властивостей особистості, що обумовлюють свідоме дотримання професійних обов'язків;
- 3) індивідуального формування і розвитку позитивних емоційних компонентів інтерперсональної взаємодії.

У ході роботи на основі єдності афективно-когнітивної взаємодії в процесі професійної діяльності, врахування сукупних уявлень різних суб'єктів інтерперсональної взаємодії була розроблена інтегральна модель спеціаліста-медика.

В узагальненому вигляді інтегральна модель особистості спеціаліста-медика — це трикомпонентне утворення, в якому два компоненти

(психологічна підготовка і підготовка до самостійної діяльності) належать до психологічного аспекту формування особистості медичного працівника.

Необхідність виділення психологічного компонента інтегральної моделі спеціаліста-медика, в першу чергу, обумовлена особливостями фахової діяльності лікаря загальної практики, який оцінює стан пацієнта не лише при первинному огляді, а також у процесі динамічного спостереження, в якому основна роль відводиться умінню лікаря розробити систему активної психологічної взаємодії.

Системний підхід до психологічної підготовки медичного працівника може бути забезпечений лише за умови набуття фахових знань, умінь та навичок, що становить основу розробленої нами професіограми лікаря загальної практики — сімейного лікаря (згідно з прийнятою міжнародною термінологією).

Професіограма лікаря є багатоступеневою моделлю набуття професійних знань, умінь і практичних навичок, якими повинен володіти лікар загальної практики (сімейний лікар). Комплексний характер медичної допомоги, яку надає сімейний лікар, включає не тільки лікувальну допомогу, але і реабілітацію, профілактику і зміцнення здоров'я.

Перехід до системи охорони здоров'я, що базується на моделі сімейної медицини, як свідчить сучасний досвід, є надзвичайно складним процесом, оскільки нова модель медичної допомоги характеризується багатоканальністю, фінансовою самостійністю, новими економічними відносинами, вимагає спеціальної підготовки фахівця. Робота сімейного лікаря вимагає конфіденційності й особливого tactu. Сімейний лікар повинен бути озброєний не тільки знанням, але й необхідною медичною апаратурою та обладнанням.

Основний вплив на результативність професійної діяльності лікаря загальної практики — сімейної медицини робить його адаптація до лікувальної діяльності, обумовлена взаємодією соціальних, психологічних і біологічних факторів. Нами проведено аналіз соціальних факторів, що впливають на задоволеність сімейного лікаря своєю роботою і визначальною успішною адаптацією до професійної діяльності.

Як свідчать результати нашого дослідження, 83,7% лікарів не задоволені умовами праці, 88,0% респондентів вважають, що лікувальні заклади не забезпечені повною мірою необхідними фармацевтичними препаратами та медичними засобами, 70% лікарів загальної практики вважають, що вони перевантажені адміністративною роботою, 48,5% думають, що деякі аспекти їхньої роботи позбавлені змісту, і тільки 12,2% обстежених розглядають свою заробітну плату як відповідну

докладним зусиллям, 97,0 % лікарів відзначають актуальність процесу інформатизації галузі охорони здоров'я і їх робочого місця безпосередньо, при цьому 43,0 % володіють відповідним рівнем знань щодо запровадження комп'ютерних технологій.

Психодіагностичне дослідження дало змогу виділити основні особистісні якості лікаря загальної практики сімейної медицини, що визначають успішне виконання сімейним лікарем своїх професійних функцій і високий рівень його адаптації до лікувальної діяльності: високий рівень емпатії (92,5 % обстежених), гуманістична життєва позиція лікаря (68,5 %), адекватний рівень самооцінки (72,5 %), особистісна зрілість і здатність до автономної професійної діяльності (95,3 %), потреба в постійному професійному удосконалюванні (44,5 %), високий рівень комунікативності і здатність до встановлення комплаєнсу з підтримкою стабільних, тривалих відносин (89,4 %), прихильність валеологічним принципам (36,7 %), здатність до ефективного відреагування негативних емоцій (51,4 %), широта і гнучкість мислення (75,1 %), гарні організаторські здібності в координації лікувального процесу (48,1 %), ініціативність (34,7 %), дисциплінованість (68,5 %), володіння невербальними методами спілкування (35,4 %).

Робота лікаря загальної практики сімейної медицини сполучена з цілою низкою стресових факторів (інформаційних, емоційних, фізіологічних, організаційних), що часто призводять до розладів адаптації до професійної діяльності.

У ході роботи нами проведено систематизацію несприятливих соціальних, психологічних і біологічних факторів, що призводять до розвитку дезадаптації, які виникають у лікаря в умовах роботи на принципах сімейної медицини: надмірна поглиненість професійною діяльністю, дефіцит позитивних емоцій поза роботою (75,4 %); усвідомлення недостатнього рівня компетентності (53,4 %); відсутність можливості професійного росту (64,2 %); низький рівень мотивації, відсутність економічних стимулів (78,6 %); недостатні фінансова забезпеченість, соціальний статус (84,2 %); недосконалість механізмів психологічного захисту (44,5 %); відсутність навичок саморегуляції (54,7 %); конфлікти в медичному середовищі (36,7 %); сімейна і сексуальна дезадаптація (42,1 %); дефіцит професійного спілкування (42,5 %); акцентуації особистості (35,8 %); відсутність психотерапевтичних навичок (33,5 %); ситуаційні фактори (кадрові й організаційні зміни, атестації) (12,3 %); літній вік (10,5 %); шкідливі звички (10,3 %).

Комплексний аналіз феномена професійної дезадаптації сімейного лікаря дозволив нам виділити основні типи дезадаптивних реакцій у лікаря

загальної практики в умовах роботи на принципах сімейної медицини:

— астенічний (29,5 % обстежених), який характеризувався перевагою астенічного компонента як фізичного, так і психічного, зниженням працездатності та цікавості до навколишнього, появою постійного почуття втоми, розбитості;

— гіперестезичний (19,6 %), що містив у собі яскраво виражені дратівливість, нестриманість, нетерплячість, що підсилюються при стомленні і напрузі, схильність до короточасних або затяжних афективних реакцій, підвищену чутливість до раніше нейтральних подразників;

— апатичний (14,1 %), який виявлявся підвищеною стомлюваністю, млявістю, виснаженням, бездіяльністю, байдужістю, відсутністю інтересу до спілкування на тлі зниженого настрою, дратівливості, апатії;

— депресивний (15,2 %), при якому відзначаються знижене тло настрою, дратівливість, гіперестезія, почуття туги, тривоги, внутрішнього напруження, занепокоєння з неможливістю розслабитися;

— адиктивний (11,4 %), для якого характерні вживання алкоголю, наркотичних і токсичних речовин, поступова втрата ситуаційного контролю при прийомі психоактивних речовин, а також формування різних нехімічних видів залежності;

— психосоматичний (10,2 %), який виявляється розвитком психосоматичних захворювань.

На основі отриманих даних, що відбивають механізми формування розладів адаптації до професійної діяльності в лікарів загальної практики сімейної медицини розроблено методи корекції і профілактики даних порушень із диференційованим використанням комплексу психотерапевтичних та психопрофілактичних заходів.

Результати проведеного нами дослідження показують, що для корекції розладів адаптації до професійної діяльності лікарів загальної практики сімейної медицини доцільно застосовувати комплексні психокорекційні програми, що передбачають поетапне введення психотерапевтичних методик залежно від індивідуальних особливостей лікарів та змістовної частини психотерапії. При цьому завдання змістовної частини повинні включати принцип взаємного потенціювання, незалежно від застосування і введення методів психотерапії.

До складу зазначених програм входять такі психотерапевтичні методики:

1) раціональна психотерапія (класичний варіант Дюбуа), спрямована на мобілізацію захисних сил особистості, регенерацію особистісної активності, нормалізацію системи емоційно-вольового реагування, зміну системи відносин;

2) особистісно-орієнтована психотерапія (за Б. Д. Карвасарським, Г. Л. Ісуріною та В. А. Ташликовим), спрямована на формування адекватної самосвідомості, розкриття і переробку внутрішнього психологічного конфлікту, корекцію неадекватних особистісних відносин;

3) аутогенне тренування (психотонічний варіант А. М. Шогама, К. І. Мировського), що сприяє посиленню процесів саморегуляції, самоконтролю і самовладання. У результаті проведення поданих психотерапевтичних технологій у 96,3% обстежених відзначалася позитивна динаміка психологічного стану вже після чотирьох-п'яти занять.

Нами запропоновано систему психопрофілактичної підтримки лікаря загальної практики — сімейного лікаря, яка містить у собі: розробку і впровадження програми психологічних тренінгів, системи психологічного консультування медичних працівників; навчання основ психотерапії; розробку і впровадження в навчальний процес у медичних ВНЗ додаткових навчальних курсів з основ конфліктології, психоаналізу, менеджменту в медицині.

Результати п'ятирічного катamnестичного спостереження свідчать про високу ефективність запропонованої системи психопрофілактичної підтримки. При її проведенні реакції дезадаптації в лікарів, працюючих за принципами сімейної медицини, спостерігалися достовірно рідше.

Список літератури

1. Агишева Н. К. Система концепции психологических конфликтов / Н. К. Агишева // Мед. психология.— 2006.— Т. 1, № 3.— С. 15–20.
2. The Rebirth of Neuroscience in Psychosomatic Medicine, Part II: Clinical Applications and Implications for Research / R. D. Lane, S. R. Waldstein, H. D. Critchley [et al.] // Psychosom. Med.— 2009.— Vol. 71 (2).— P. 135–151.
3. Васильева С. В. Структурные и динамические особенности студенческого адаптационного синдрома: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. психол. наук; спец. 19.00.11 / С. В. Васильева.— СПб., 2000.— 16 с.
4. Dobson K. S. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression / K. S. Dobson // J. Consult. Clin. Psychol.— 1989.— № 57.— P. 414–419.
5. Cognitive Therapy of Depression / A. T. Beck, A. J. Rush, B. F. Shaw, G. Emery.— N. Y.: Guilford Press, 1979.
6. Кокун О. М. Адаптація та адаптаційні можливості людини: прикладні аспекти / О. М. Кокун // Актуальні проблеми психології.— Т. 5, вип. 4: Психофізіологія. Медична психологія. Генетична психологія; за ред. С. Д. Максименка.— К.: Міленіум, 2005.— С. 77–85.
7. Михайлов Б. В. Проблема оценки эффективности и качества оказания психотерапевтической помощи / Б. В. Михайлов // Укр. вісн. психоневрології.— 2010.— Т. 18, вип. 3 (64).— С. 137–138.
8. Фактори, що в найбільшому ступені впливають на показники врахованої захворюваності та поширеності психічних розладів серед населення України (Перше повідомлення) / В. С. Підкоритов, О. І. Серіков, Л. І. Дьяченко [та ін.] // Укр. вісн. психоневрології.— 2009.— Т. 17, вип. 2 (59).— С. 51–57.
9. Аршава І. Ф. Функціональні стани людини в процесі адаптації до екстремальних умов діяльності (у парадигмі «особистість — стан») / І. Ф. Аршава // Вісн. АПН України: Педагогіка і психологія.— К.: Педагогічна преса, 2006.— № 4 (53).— С. 82–90.
10. Соколова И. М. Психофизиологические механизмы адаптации студентов: моногр. / И. М. Соколова.— Харьков: ХГМУ, 2007.— 412 с.
11. Beck A. T. Anxiety Disorder and Phobias: A Cognitive Perspective / A. T. Beck, G. Emery.— N. Y.: Basic Books, 1985.
12. К проблеме адаптационного синдрома студентов младших курсов ВУЗов III–IV уровней аккредитации / А. М. Кожина, М. В. Маркова, Е. А. Зеленская, Е. Г. Гриневич // Арх. психіатрії.— 2011.— Т. 17, № 4 (67).— С. 32–35.
13. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич.— М.: Медицинское информационное агентство, 2003.— 432 с.
14. Чабан О. С. Дезадаптація людини в умовах суспільної кризи: нові синдроми та напрямки їх подолання / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Журн. психіатрії і медичинської психології.— 2009.— № 3 (23).— С. 13–21.
15. Naaga D. A. Empirical status of cognitive theory of depression / D. A. Naaga, M. Dyck, D. Ernst // Psychol. Bull.— 1991.— № 110.— P. 215–236.
16. Гавенко В. Л. Уровни психического здоровья студентов в условиях современного этапа реформирования высшего медицинского образования / В. Л. Гавенко, Н. В. Гавенко, В. В. Бойко // Новые подходы к диагностике, лечению и реабилитации психических заболеваний: материалы науч.-практ. конф.— Харьков, 2010.— С. 113–114.
17. Синайко В. М. Основні напрямки та клінічні особливості дезадаптації студентів ВУЗу / В. М. Синайко // Експериментальна і клінічна медицина.— 2002.— № 1.— С. 116–118.

МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ ВРАЧЕЙ В ПРОЦЕССЕ ИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

А. М. КОЖИНА, В. И. КОРОСТИЙ, В. В. ВЬЮН, И. С. ВИТЕНКО

Выделены основные личностные качества врача общей практики семейной медицины, определяющие успешное выполнение им своих профессиональных функций и высокий уровень его адаптации к лечебной деятельности. Разработана концепция интегральной модели специалиста-медика с учетом рационального соотношения субъективного и объективного компонентов, определены ее функции в процессе планирования и организации подготовки и переподготовки медицинских кадров. Уточнено и конкретизировано содержание понятия «психологическая готовность» специалиста-медика к профессиональной деятельности. Разработаны этапы программно-целевой психологической подготовки врача общей практики (семейного врача) как средства реализации целостной методической системы подготовки медицинских кадров в Украине.

Ключевые слова: психологическая адаптация, профессиональная деятельность семейного врача, дезадаптация, психотерапия, психопрофилактика.

MECHANISMS OF FORMATION AND PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION ADAPATTION DISORDER IN DOCTORS IN THE PROCESS OF PROFESSIONAL ACTIVITIES

A. M. KOZHINA, V. I. KOROSTIY, V. V. VYUN, I. S. VITENKO

The basic personal qualities of a general practitioner determining successful fulfillment of his/her professional functions and a high level of adaptation to his/her therapeutic activity were distinguished. The concept of integrated model of a medical specialist considering rational balance of subjective and objective components was worked out. Its functions in planning and organization of training and refreshment of medical personnel were determined. The concept of «psychological readiness» of a medical specialist to professional work was clarified. The stages of target-oriented psychological training of the general practitioner as a means of implementing an integrated system of methodical training of medical personnel in Ukraine were developed.

Key words: psychological adaptation, professional activities of a general practitioner, deadaptation, psychotherapy, psychoprevention.

Надійшла 22.04.2014