– сугестивної (ауто- та гетеро-) психотерапії;
– тренінги психосоціальної реабілітації (тренінг позитивного самосприйняття та впевненої поведінки, комунікативний тренінг, рішення проблем міжособистісної взаємодії, когнітивних функцій тощо);
– арт-терапія;
– когнітивно-біхевіоральної психотерапії;
– психотерапії психодинамічного напряму;
– групової психотерапії як засобу комплексного особистісно-орієнтованого впливу.

До реалізації методів раціональної психотерапії, сімейної психотерапії, тренінгів психосоціальної реабілітації, арт-терапії, когнітивно-біхевіоральної психотерапії, групової психотерапії можуть залучатися практичні психологи.

Лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи також використовують сполучену фармакотерапію – атипові нейролептики, антидепресанти, транквілізатори.

Хворі на невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади, депресію помірного рівня, вегето-судинну дистонію лікуються винятково в амбулаторних умовах як на вторинному, так і на третинному рівнях.

У спеціалізованій психіатричній мережі лікарі-психотерапевти, лікарі-психологи і практичні психологи мають працювати як самостійно, так і у складі поліпрофесійних бригад.

Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальностей «медична психологія» і «психотерапія», зав. кафедри психотерапії ХМАПО, Заслужений діяч науки і техніки України, д. мед. н., професор
Б.В. Михайлов

УДК: 614.23:617-089:811.161.2'42

А.О. Камінська

РОЛЬ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ У ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНОГО ТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

Досліджено структуру копінг-поведінки лікарів хірургічного та терапевтичного профілю з метою визначення ролі копінг-стратегій у формуванні станів професійної дезадаптації (ПД). Як психодіагностичний інструментарій дослідження було використано опитувальник професійної дезадаптації О.Н. Родіної та методика для психологічної діагностики копінг-механізмів (E. Heim). На першому етапі обстежено 280 лікарів, на другому етапі респонденти були розподілені по групах таким чином: ОГ1 – лікарі хірургічного профілю з ознаками ПД, ОГ2 – лікарі терапевтичного профілю з ознаками ПД, КГ – лікарі без ознак ПД. Отримані в результаті дослідження дані свідчать про те, що лікарі хірургічного та терапевтичного профілів з ознаками ПД в стресових ситуаціях частіше, порівняно з лікарями без ознак ПД, схильні використовувати копінг-стратегії «дисимуляція», «пригнічення емоцій», «самозвинувачення», «компенсація». Таким чином, в результаті дослідження було виявлено взаємозв'язок деяких варіантів копінг-стратегій і станів професійної дезадаптації.

Ключові слова: професійна дезадаптація, лікарі хірургічного та терапевтичного профілю, копінг-стратегії.

Важливим завданням медичної психології є розробка методичних підходів до діагностики, корекції та профілактики станів психічної дезадаптації та професійної деформації особистості лікарів, які працюють в умовах тривалого та інтенсивного професійного стресу. Розгляд цієї проблеми тільки в аспекті дефіциту та шкоди, яку завдає особистості професійний стрес, є очевидно недостатнім [1]. Не менш важливим є вивчення механізмів стрес-долаючої поведінки (копінгу), як однієї з усвідомлених і активних форм психологічної адаптації людини до стресогенних умов життя і професійної діяльності [1, 5–6].

Копінг-поведінка розглядається як діяльність особистості, спрямована на підтримання або збереження балансу між вимогами середовища та ресурсами, які відповідають цим вимогам, і виявляється в когнітивній, емоційній та поведінковій сферах. Застосування адаптивних варіантів копінг-поведінки створює сприятливі умови для подолання станів професійної дезадаптації і формування адекватних стратегій подолання професійного стресу [5].

Вивчення структури копінг-стратегій лікарів хірургічного та терапевтичного профілю може сприяти пошуку нових ресурсів для психологічної підтримки фахівців та вказати на нові напрями для дослідницької діяльності.

Метою нашого дослідження стало визначення домінуючих копінг-стратегій та їх зв'язку зі станами про-

фесійної дезадаптації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів.

Матеріали та методи дослідження

Робота проводилась у два етапи: на першому етапі на основі інформованої згоди було обстежено 280 лікарів хірургічного та терапевтичного профілів (за методикою О.Н. Родіної [3]) з метою виявлення ознак професійної дезадаптації. На другому етапі зі всього загалу обстежених було сформовано три групи респондентів. Першу основну групу (ОГ1) склали 97 лікарів хірургічного профілю віком від 27 до 56 років (середній вік становив 43,1±5 років), зі стажем роботи за спеціальністю від 5 до 22 років (в середньому 16,3±1,1 року). Другу основну групу (ОГ2) склали 85 лікарів терапевтичного профілю віком від 25 до 52 років (середній вік становив 42,7±5,1 років), зі стажем роботи за спеціальністю від 3 до 21 року (в середньому 15,9±1,2 року). До контрольної групи (КГ) увійшли 73 лікарі без ознак професійної дезадаптації віком від 25 до 56 років (середній вік 43,7±5,5 років), зі стажем роботи за спеціальністю від 3 до 23 років (в середньому 15,6±1,2 року). Респонденти всіх трьох груп не мали хронічної соматичної патології, яка б вимагала госпіталізацій, психічних та поведінкових розладів, ЧМТ в анамнезі, а також не стикалися з психотравмуючими ситуаціями впродовж останніх трьох місяців.

Для визначення варіантів копінг-стратегій у структурі копінг-поведінки був використаний копінг-тест E. Heim в адаптації Л.І. Вассермана [2], який дозволяє дослідити 26 ситуаційно-специфічних варіантів копінгу, що відображають способи подолання труднощів у трьох основних сферах психічної діяльності – поведінковій, когнітивній та емоційній. Для оцінки наявності ознак професійної дезадаптації використано методику О.Н. Родіної в адаптації М.А. Дмітрієвої [3].

Таблиця 1. Структура копінг-поведінки лікарів хірургічного та терапевтичного профілів

Сфера	Рівень адаптивності	Копінг-стратегія	ОГ1 (n=97)	ОГ2 (n=85)	КГ (n=73)
Когнітивні	Адаптивні	Збереження самоволодіння	30,8	27,3	20,2
		Проблемний аналіз	13,2	13,9	17,3
		Установка власної цінності	11,4	15,9	20,7
		Всього:	55,4	57,1	58,2
	Відносно адаптивні	Відносність	8,5	8,9	9,1
		Релігійність	7,6	8,3	5,4
		Надання змісту	12,1	8,2	13,4
		Всього:	28,2	25,4	27,9
	Неадаптивні	Ігнорування	7,2	7,6	6,9
		Примирення	2,1	1,3	1,5
		Дисимуляція	5,7	5,0	4,2
		Розгубленість	1,4	3,6	2,3
		Всього:	16,4	17,5	14,9
Емоційні	Адаптивні	Протест	19,6	20,2	26,6
		Оптимізм	20,1	22,1	21,3
		Всього:	39,7	42,3	47,9
	Відносно адаптивні	Емоційна розрядка	0,0	1,0	0,0
		Пасивна кооперація	4,2	7,9	4,5
		Всього:	4,2	8,9	4,5
	Неадаптивні	Пригнічення емоцій	16,9	10,3	15,4
		Покірність	13,1	13,2	10,1
		Самообвинувачення	26,1	25,3	22,1
		Агресивність	0,0	0,0	0,0
		Всього:	56,1	48,8	47,6
Поведінкові	Адаптивні	Альтруїзм	14,5	16,7	14,1
		Співпраця	13,7	13,1	28,3
		Звернення	10,1	12,6	17,4
		Всього:	38,3	42,4	59,8
	Відносно адаптивні	Відволікання	17,3	22,9	15,8
		Компенсація	19,3	18,9	13,1
		Конструктивна активність	3,3	2,4	3,1
		Всього:	39,9	44,2	32,0
	Неадаптивні	Активне уникання	17,4	11,1	5,7
		Відступ	4,4	2,3	2,5
		Всього:	21,8	13,4	8,2

Результати та їх обговорення

Результати дослідження показали, що у всіх обстежених групах лікарів переважають конструктивні ва-

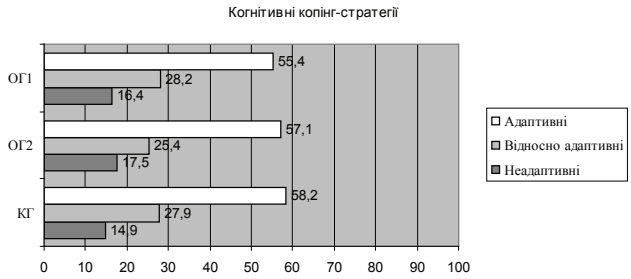

Рис. 1. Рівні адаптивності когнітивних копінг-стратегій у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів

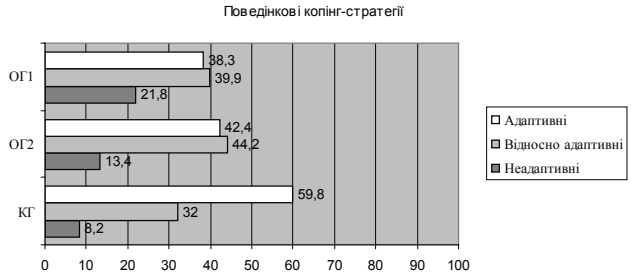

Рис. 2. Рівні адаптивності поведінкових копінг-стратегій у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів

ріанти копінг-стратегій у когнітивній та поведінковій сферах, що вказує на загалом адаптивний характер копінг-поведінки лікарів хірургічного та терапевтичного профілю (табл. 1).

Аналіз окремих форм копінг-поведінки, досліджуваних у когнітивній сфері, виявив часте використання лікарями конструктивної стратегії «проблемний аналіз», яка передбачає пошук необхідної інформації для раціонального пояснення причин виникнення проблемної ситуації та виходу з неї (13,2±0,03 в ОГ1; 13,9±0,04 в ОГ2 та 17,3±0,04 в КГ). Однак, у структурі копінг-поведінки лікарів основних груп, порівняно з контрольною групою, відзначається деяке зниження використання адаптивних і збільшення відносно адаптивних та неадаптивних способів подолання стресу в когнітивній сфері (рис. 1).

Серед неадаптивних когнітивних копінг-стратегій, які часто використовують лікарі з ознаками професійної дезадаптації, найпоширенішими виявились «дисимуляція» (5,7±0,03 в ОГ1; 5,0±0,03 в ОГ2; 4,2±0,03 в КГ) та «ігнорування» (7,2±0,08 в ОГ1; 7,6±0,04 в ОГ2; 6,9±0,03 в КГ), що відображають пасивні форми поведінки, пов'язані з недооцінкою або запереченням наявності труднощів, свідомим униканням вирішення проблем через невпевненість у власних ресурсах. Прагнення лікарів представити психотравмуючу професійну ситуацію як незначну, неважливу на даний момент, дозволяє їм ігнорувати проблему. На думку більшості авторів, ці способи копінгу є найменш ефективними, хоча в такий спосіб дають можливість лікарю тимчасово знизити емоційну напругу в умовах складних професійних ситуацій. Суттєва частина лікарів для подолання складних професійних ситуацій використовують копінг-стратегію «самооволодіння» (30,8±0,07 в ОГ1,

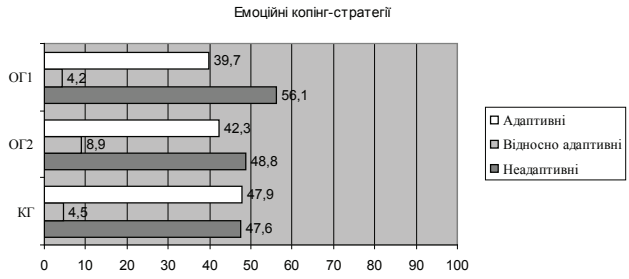

Рис. 3. Рівні адаптивності емоційних копінг-стратегій у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів

27,3±0,05 в ОГ2, 20,2±0,03 в КГ). Їхні зусилля спрямовані на збереження та підвищення самооцінки шляхом посилення самоконтролю та демонстрації соціально-схвалюваної поведінки у проблемних ситуаціях. Відчуваючи емоційну напругу при спілкуванні з пацієнтами, ці лікарі дотримуються соціальних норм, які диктують жорсткі стереотипи емоційного реагування (бути стриманим, терплячим, дбайливим, розуміючим, співчутливим тощо), показуючи приклад глибокої віри у власні ресурси при подоланні складних ситуацій.

У структурі копінг-поведінки лікарів з ознаками професійної дезадаптації, порівняно з контрольною групою, домінуючими виявились відносно неадаптивні копінг-стратегії (рис. 2).

Змістовий аналіз структури поведінкових копінг-стратегій показав, що лікарі хірургічного та терапевтичного профілів з ознаками професійної дезадаптації найчастіше використовують стратегії «компенсація» (19,3±0,13 в ОГ1; 18,9±0,09 в ОГ2; 13,1±0,08 в КГ), «відволікання» (17,3±0,08 в ОГ1; 22,9±0,09 в ОГ2; 15,8±0,07 в КГ), «активне уникання» (17,7±0,06 в ОГ1; 11,1±0,03 в ОГ2; 5,7±0,04 в КГ) та «альтруїзм» (14,5±0,07 в ОГ1; 16,7±0,05 в ОГ2; 14,1±0,03 в КГ). Ці копінг-стратегії відображають різні способи реалізації прагнення відволіктись від труднощів, зокрема, надаючи допомогу іншим, занурюючись в заняття, безпосередньо не пов'язані з

Таблиця 2. Кореляційний аналіз зв'язку деяких копінг-стратегій (за E. Heim) з рівнем професійної дезадаптації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів

Види копінг-стратегій		Рівень професійної дезадаптації		
		середній	виражений	високий
Когнітивні	Збереження самооволодіння	0,165*	0,153*	0,215*
	Проблемний аналіз	-0, 215*	-0,375**	- 0,365**
	Установка власної цінності	-0,238*	- 0,345**	-0,387**
	Дисимуляція	0,234*	0,313**	0,355**
Емоційні	Протест	-0, 165*	-0,155*	-0,219*
	Пригнічення емоцій	0,153*	0,185*	0,235**
	Покірність	0,215*	0,394**	0,223*
	Самообвинувачення	0,22*	0,357**	0,375**
Поведінкові	Співпраця	-0,157*	-0,379**	-0,319**
	Звернення	-0,28**	-0,343**	-0,385**
	Компенсація	0,165*	0,364**	0,365**
	Активне уникання	0, 198*	0,232*	0,157*
	Відступ	0, 215*	0,295**	0,174*

*Примітка: * – p<0,05; ** – p<0,01.*

професійною діяльністю, або просто уникаючи думок про неприємні ситуації, що дозволяє зменшити емоційну напругу. Стратегії «звернення» та «співпраця», що належать до конструктивних поведінкових копінг-стратегій, виявились поширенішими у групі лікарів без ознак професійної дезадаптації (23,8±0,08 в ОГ1, 25,7±0,09 в ОГ2; 45,7±0,12 в КГ). Прагнення до співпраці, звернення за допомогою та підтримкою до колег пов'язано зі збільшенням частоти вирішення проблемних ситуацій у професійній діяльності.

У сфері емоційних копінг-стратегій (рис. 3) найпоширенішими у групах лікарів з ознаками професійної дезадаптації виявились дезадаптивні – «самозвинувачення» (26,1±0,1 в ОГ1; 25,3±0,09 в ОГ2; 22,1±0,08 в КГ), «пригнічення емоцій» (16,9±0,08 в ОГ1; 10,3±0,06 в ОГ2; 15,4±0,07 в КГ) та «покірність» (13,1±0,06 в ОГ1; 13,2±0,06 в ОГ2; 10,1±0,04 в КГ). В ОГ2 виявлено переважання копінг-стратегій «оптимізм» (20,1±0,08 в ОГ1; 22,1±0,07 в ОГ2; 21,3±0,07 в КГ) – впевненість в наявності виходу зі складної ситуації. Можливо, що зовні оптимістичне ставлення до стресової ситуації тимчасово знижує емоційне напруження, проте не сприяє вирішенню конфліктної ситуації.

Проведений кореляційний аналіз виявив певні взаємозв'язки між схильністю до використання певних варіантів копінг-стратегій та рівнем професійної дезадаптації. Було отримано показники, які вказують на позитивний кореляційний зв'язок між копінг-стратегіями «дисимуляція» ($r=0,355$; $p<0,05$), «пригнічення емоцій» ($r=0,235$; $p<0,05$), «самообвинувачення» ($r=0,375$; $p<0,05$), «компенсація» ($r=0,365$; $p<0,05$) та вираженим рівнем ПД. Також виявлено негативний кореляційний зв'язок між рівнем ПД та копінг-сстратегіями «проблемний аналіз», «установка власної цінності», «протест», «співпраця», «звернення» (табл. 2).

Висновок

При зіткненні з життєвими труднощами, в тому числі складними ситуаціями, пов'язаними з професійною діяльністю, лікарі хірургічного та терапевтичного профілів частіше використовують конструктивні форми копінг-стратегій, проте лікарі з ознаками професійної дезадаптації частіше, порівняно з контрольною групою, вдаються до неадаптивних та відносно неадаптивних копінг-стратегій. Встановлено наявність позитивного кореляційного зв'язку між станами професійної дезадаптації і деякими варіантами копінг-стратегій – «дисимуляція», «пригнічення емоцій», «самообвинувачення», «компенсація». Виявлені особливості у структурі копінг-поведінки лікарів хірургічного профілю створюють підґрунтя для розробки відповідних програм психопрофілактики та психокорекції станів професійної дезадаптації.

Список використаної літератури

1. *Абабков В. А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии / В. А. Абабков, М. Перре. – СПб. : Речь, 2004. – 165 с.*
2. *Набиуллина Р. Р. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция) : учебное пособие / Р. Р. Набиуллина, И. В. Тухтарова. – Казань, 2003.*
3. *Практикум по психологии профессиональной деятельности : учебное пособие / под. ред. Т. С. Никифорова, А. М. Дмитриевой, В. М. Снеткова. – СПб. : Изд. СПб. ун-та, 2000. – 304 с.*
4. *Ясько Б. А. Экспертный анализ профессионально важных качества врача / Б. А. Ясько // Психологический журнал. – 2004. – Т. 25, № 3. – С. 71–78.*
5. *Stress, burnout, and maladaptive coping: Strategies for surgeon well-being/ James G. IV Bittner, Zarrish Khan, Maya Babu [et al.] // Bulletin of the American college of surgeons – August, 2011. – P. 17–22*
6. *The effects of stress on surgical performance/ Cordula M. Wetzel, Roger L. Kneebone, Maria Woloshynowych [et al.] // The American Journal of Surgery. – 2008. – № 291. – P. 5–10.*

РОЛЬ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ВРАЧЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЕЙ

А.А. Каминская

Ключевые слова: профессиональная дезадаптация, врачи хирургического и терапевтического профилей, копинг-стратегии.

Исследована структура копинг-поведения врачей хирургического и терапевтического профилей с целью определения роли копинг-стратегий в формировании состояний профессиональной дезадаптации (ПД). В качестве психодиагностического инструментария исследования были использованы опросник профессиональной дезадаптации О.Н. Родиной и методика для психологической диагностики копинг-механизмов (E. Heim). На первом этапе обследовано 280 врачей, на втором этапе респонденты были распределены по группам таким образом: ОГ1 – врачи хирургического профиля с признаками ПД, ОГ2 – врачи терапевтического профиля с признаками ПД, КГ – врачи без признаков ПД. Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о том, что врачи хирургического и терапевтического профилей с признаками ПД в стрессовых ситуациях чаще, в сравнении с врачами без признаков ПД, склонны использовать копинг-стратегии «диссимуляция», «подавление эмоций», «самообвинение», «компенсация». Таким образом, в результате исследования была выявлена взаимосвязь некоторых вариантов копинг-стратегий и состояний профессиональной дезадаптации.

ROLE OF COPING STRATEGIES IN FORMING OF PROFESSIONAL DISADAPTATION IN SURGERY AND THERAPEUTIC PROFILE DOCTORS

A. Kaminska

Key words: professional disadaptation, surgery and therapeutic profile doctors, coping strategies.

Structure of coping behavior of surgical and therapeutic profile doctors was investigated to determine the role of coping strategies in the professional disadaptation (PD) forming. Professional disadaptation questionnaire by O.N. Rodina and test for psychological diagnostics of coping mechanisms (E. Heim) were used in the research. At the first stage 280 physicians were surveyed, after that at the second stage, respondents were divided into groups as follows: EG1 – surgical doctors with signs of PD, EG2 – therapeutic profile doctors with signs of PD, CG – doctors without PD signs. The research suggests, that surgical and therapeutic profile doctors with the signs of PD in stressful situations, often compared with physicians without signs of PD, tend to use coping strategies «dissimulation», «emotional suppression», «self-incrimination» and «compensation». Thus, as a result of the study the relationship of certain coping strategies and professional disadaptation states was revealed.