

ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА СОЦИАЛЬНУЮ И ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ДЕЗАДАПТАЦИЮ НА ПРИМЕРЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Н.В. Гафарова

В статье обсуждаются вопросы профессионального выгорания как одного из основных факторов профессиональной дезадаптации, а также зависимость профессиональной дезадаптации от личностных характеристик медицинских работников. В исследовании установлено, что возраст и стаж работы оказывают меньшее влияние на профессиональную дезадаптацию, чем совокупность личностных характеристик (интернальность, копинг-стратегии, механизмы психологической защиты личности и смысловые ориентации).

Ключевые слова: профессиональная дезадаптация, синдром профессионального выгорания, личностные характеристики.

Современные социально-экономические условия предъявляют повышенные требования к профессиональным и личностным качествам специалистов. Коммерциализация всех сфер деятельности, растущая безработица среди лиц с высшим образованием, нестабильность российской экономики, экономическая нестабильность личной жизни диктуют необходимость рационального выбора субъектом сферы профессиональной деятельности в соответствии со своими способностями и личностными свойствами. В этом смысле особое внимание заслуживает профессиональная деятельность медицинских работников, которая связана с неизбежными перегрузками различной природы. Как и на представителей других социально-профессиональных групп, на медицинских работников оказывают влияние объективные стрессогенные ситуации, приводящие к различным нарушениям здоровья, трудовой деятельности и социально-профессионального функционирования. Среди таких нарушений наиболее часто выделяют состояния эмоционального выгорания и тесно связанные с ними проявления профессиональной дезадаптации, широко распространенные как у отдельных специалистов, так и в целых коллективах.

В работах по профессиональному и эмоциональному выгоранию в качестве стрессогенных чаще всего фигурируют описания су-

губо профессиональных ситуаций, имеющих свою специфику и для различных медицинских специальностей (хирургических, терапевтических, педиатрических и т.п.), и для различных категорий медицинских работников (врачи, средний медицинский персонал, специалисты сервисных служб и т.п.). Такая профессиональная деятельность происходит преимущественно в негативном эмоциональном поле (высокие деонтологические требования, необходимость работы с жалобами больных, сопереживание в ситуациях страдания пациентов и переживаний их родственников). Накопление подобного эмоционально насыщенного «багажа» в процессе работы, с одной стороны, ведет к истощению ресурсов, с другой – к переходу на использование неэффективных копинг-стратегий и механизмов защиты личности и других признаков эмоционального выгорания. Кроме того, опасность возникающих осложнений у больных в процессе оказания им помощи, негативные перспективы и результаты лечения (в психиатрической клинике) либо прогрессирующее ухудшение состояния или смерть пациентов (в соматической клинике) обуславливают необходимость принимать медицинскими работниками предельно ответственные решения, что неизбежно приводит к развитию у них эмоционального напряжения, негативно влияющего на профессиональную деятельность. В случае хро-

низации таких состояний в профессиональной деятельности у специалистов часто начинают проявляться признаки нарушений профессиональной адаптации (врачебные и диагностические ошибки, выбор неэффективных методов и способов лечения, профессиональные стереотипы взаимодействия и общения с пациентами и их родственниками и т.п.).

Для ряда медицинских специальностей актуален особый стрессогенный фактор профессиональной деятельности – ее опасность для собственного здоровья и собственной жизни (риски заражения какой-либо инфекцией, вероятность профессионального травматизма, необходимость работы с агрессивными пациентами и лицами в состоянии наркотического и алкогольного опьянения или психоза и др.).

Для современного здравоохранения, переживающего в последние годы болезненные процессы реформирования и модернизации, тем не менее остаются характерными низкий уровень организационной культуры коллектива медицинского учреждения, несоблюдение многими медицинскими работниками этических и деонтологических норм, что приводит к систематическому психическому и физическому напряжению и перенапряжению всех специалистов при выполнении ими своей профессиональной деятельности.

Анализ научной литературы свидетельствует о том, что выделенные ситуации чаще рассматриваются как предрасположения «эмоционального выгорания» [2, 6, 7] и профессиональной дезадаптации [1, 8].

Следует отметить, что сам феномен «эмоционального выгорания» зачастую освещается несколько упрощенно, что обусловлено как отсутствием единства в его понимании как междисциплинарного феномена на стыке медицины и психологии, так и его дефицитом примеров его подробного исследования в рамках конкретной области психологического знания и клинической практики. На наш взгляд, термин «эмоциональное выгорание» не соответствует реальной природе феномена, который он обозначает. Как раз эмоции-то не «выгорают», наоборот, эмоциональные реакции становятся избыточными и неадекватными ситуации. И только после периода длительного избыточного эмоционального реагирования формируется дефицитарность и «уплощенность» эмоционального фона защитно-компенсаторного характера. Кроме того, термин «эмоциональное выгорание» не очень-то

соответствует контексту, в котором он чаще всего используется – контексту профессиональной деятельности. В этом контексте, на наш взгляд, наиболее соответствующим природе данного феномена является термин «профессиональное выгорание». Однако, учитывая сложившуюся традицию в цитируемой литературе, в данной статье эти термины будут использоваться как синонимы.

Еще одной важной терминологической задачей является уточнение соотношения понятий «профессиональное (или эмоциональное) выгорание» и «профессиональная адаптация/дезадаптация». Очевидна их взаимосвязанность в сложных психологических механизмах регуляции и исполнения функций профессиональной деятельности, имеющая характер не только «круговых зависимостей» по принципу «обратной связи», но и иногда «порочного» круга, в котором профессиональное выгорание приводит к появлению нарушений профессиональной адаптации, которые, в свою очередь, ухудшают проявления симптомов профессионального выгорания, и т. д. По крайней мере, наличие профессионального выгорания можно рассматривать в качестве одного из индикаторов профессиональной дезадаптации.

При этом ключевыми категориями анализа становятся «профессиональная адаптация» и «профессиональная дезадаптация».

Под профессиональной адаптацией понимается вхождение в профессию, активное ее освоение и нахождение себя в производственном коллективе, а также взаимное приспособление специалиста и предприятия, результатом чего является освоение новой профессиональной деятельности, приобретение опыта ее выполнения, включение в профессиональное сотрудничество [4, 5].

В то же время, с учетом междисциплинарного подхода, профессиональную или социально-психологическую дезадаптацию можно определить как процесс нарушенного динамического равновесия в системе «личность профессионала и социально-профессиональная среда», формирующейся при осуществлении профессиональной деятельности. Одной из основных предпосылок профессиональной дезадаптации является наличие внутреннего психологического либо личностно-средового конфликта, под влиянием которого постепенно формируется неадекватная форма реагирования на условия и требования среды в виде тех или иных отклоне-

ний в поведении и профессиональной деятельности. Это реакция на систематические, постоянно провоцирующие факторы профессиональной среды и профессиональной деятельности, с которыми человек не может справиться.

При этом очевидны индивидуальность и специфичность субъективного характера реагирования личности на эти провоцирующие факторы, опосредованные, прежде всего, индивидуально-психологическими свойствами личности. Кроме того, свою очевидную роль подверженности действию этих факторов имеет длительность воздействия этих факторов на субъекта профессиональной деятельности. В этом плане, очевидно, адекватными коррелятами длительности периода воздействия этих факторов на субъекта являются стаж его профессиональной деятельности и косвенно его биологический возраст. В этом случае можно отметить наличие сложной многофакторной системы: провоцирующие дезадаптацию факторы профессиональной деятельности, индивидуальные социально-, профессионально-демографические и психологические характеристики личности, а также своеобразные и специфические следствия такого варианта личностно-средового взаимодействия в профессиональной предметной (в частном случае – медицинской) области – психологические корреляты состояний профессиональной адаптации (дезадаптации) медицинских работников и в частном случае – профессионального выгорания.

Целью настоящего исследования являлось изучение совокупности профессионально-демографических и психологических характеристик медицинских работников в контексте их влияния на формирование состояний профессиональной дезадаптации (в частном случае – профессионального выгорания).

Выборка и методы исследования

В исследовании приняли участие медицинские работники (врачи и медицинские сестры) численностью 531 человек, в том числе врачи – 219 человек, средний медицинский персонал (медицинские сестры) – 312 человек. Возраст участников исследования составил от 18 до 69 лет, стаж профессиональной деятельности по медицинской специальности – от 1 месяца до 49 лет. Исследование проводилось отдельно в подгруппах медицинских работников однородных медицинских специальностей (хирургические специальности, терапевтические специальности, специалисты

психиатрической службы), работавших в стационарных и в амбулаторно-поликлинических подразделениях лечебных учреждений. Результаты исследования подвергались анализу отдельно по возрасту, роду специальности испытуемых, профессиональной группе (врачи; медицинские сестры), стажу работы и типу структурных подразделений.

В работе использованы следующие методики [6]:

1. Опросник «Профессиональное выгорание» Н.Е. Водопьяновой, разработанный на основе модели К. Maslach, S. Jackson для определения уровня выгорания у медицинских работников [3].

2. Шкала реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина для измерения диспозициональной и ситуативной тревожности личности.

3. Шкала самооценки выраженности депрессивной симптоматики Цунга.

4. Методика «Индекс жизненного стиля» Келлермана – Плучика для диагностики структуры и выраженности (напряженности) психологических защитных механизмов личности.

5. Методика «Копинг-тест» (Р. Лазаруса) для определения копинг-механизмов (стратегий совладания с проблемными жизненными ситуациями) в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах.

6. Методика «Уровень субъективного контроля» (УСК), разработанный Е.Ф. Бажиным, Е.А. Голынкиной, А.М. Эткиндоном для оценки направленности субъективного контроля личности (интернальности – экстернальности) в значимых областях жизни человека.

7. Тест смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева (СЖО) для оценки осмысленности жизни в различных аспектах (цели, процесс, результат, локус контроля – Я, локус контроля – жизнь).

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью расчета значений первичных статистик выборки и метода факторного анализа. Для исследования возможностей прогноза выраженности профессиональной дезадаптации и профессионального выгорания использовался метод множественного неиерархического регрессионного анализа.

Результаты и обсуждение

Для исследования влияния характеристик социально-профессионального статуса (врачи,

средний медицинский персонал) и профили медицинской специальности (хирургия, терапия, психиатрия) на показатели профессиональной адаптации медицинских работников использовался двухфакторный ковариационный анализ (в качестве ковариатов были выбраны два показателя – возраст и стаж работы). Анализ результатов показал, что оба ковариата имели статистически незначимые значения, хотя статистический эффект показателя «возраст» на выходные переменные приближается к границе значимости: $F(7,501) = 1,848$, $p=0,076$, $\eta = 0,16$.

Эффект профессионального группового статуса (врачи либо средний медицинский персонал) на тестовые результаты, свидетельствующие о наличии признаков профессиональной адаптации, оказался умеренным (по критериям Коэна) и статистически значимым (Pillai's Trace $F(7,501) = 3,358$, $p = 0,002$, $\eta = 0,21$), причем фактор принадлежности к той или иной статусной группе объясняет около 4,5 процентов общей дисперсии результатов тестовых методик, что классифицируется как умеренная величина эффекта.

Эффект принадлежности к профессиональной специальности (хирургия, терапия, психиатрия) на исследуемые показатели профессиональной адаптации также оказался статистически значимым и высоким по величине эффекта: Pillai's Trace $F(21,1509) = 4,013$, $p < 0,001$, $\eta = 0,23$. Полученные данные свидетельствуют о наличии достоверной склонности к формированию профессиональной дезадаптации при исследовании медицинских работников различающихся между собой медицинских специальностей.

Эффект сочетания (взаимодействия) факторов профессионального группового статуса профиля и имеющейся специфики медицинской специальности оказался также статистически значимым и высоким по величине эффекта статуса (Pillai's Trace $F(21,1509) = 4,210$, $p < 0,01$, $\eta = 0,23$), что при исследовании проблемы профессиональной адаптации требует учитывать не только сами эти социально- и профессионально-демографические факторы, но и их сочетание.

Как следствие, получила дополнительное подтверждение гипотеза о наличии особой значимости личностных характеристик медицинских работников как переменных, способствующих либо препятствующих формированию профессиональной дезадаптации вслед-

ствии наличия провоцирующих факторов профессиональной деятельности.

Факторный анализ по методу главных компонент (в варианте *varimax normalized*) позволил получить относительно самостоятельные группы исследуемых переменных, выделенные на основании объединяющих их общих психологических закономерностей. При этом полученное факторное решение по массиву тестовых данных содержит 8 факторов, объясняющих в совокупности 63,8 % дисперсии значений первичных переменных. Совершенно понятным и объяснимым с точки зрения статистических закономерностей интеркорреляций переменных является то, что ряд полученных факторов образует шкальные результаты одной и той же методики (факторы *интернальности, смысложизненных ориентаций, тревожности*). В то же время некоторые шкалы отдельных методик согласованно вошли в состав разных факторов, т.е. некоторые факторы имеют составной характер, объясняющий некоторые особенности психологических механизмов профессиональной дезадаптации.

Так, отдельный фактор образовали результаты по шкалам «положительная переоценка», «поиск социальной поддержки», «самоконтроль», «ответственность» и «планирование» шкал копинг-теста Лазаруса, что позволило определить его как «фактор проблемно-ориентированного копинга». Кроме того, в другой фактор вошли другие оставшиеся шкалы этой методики – «конфронтация», «дистанцирование», «бегство-избегание», а также шкалы «эмоциональное истощение», «деперсонализация» методики профессионального выгорания Н.Е. Водопьяновой (на положительном полюсе) и «редукция личных достижений» этой же методики (на другом полюсе). Такая группировка шкал опросника Лазаруса в два фактора позволяет обоснованно опираться на обобщенную классификацию копинг-стратегий (*проблемно-ориентированные* и *эмоционально-ориентированные* копинги), поскольку переменные второго фактора ближе по смыслу к эмоционально-ориентированному копингу, а их сочетанность с индикаторами профессионального выгорания может объяснять роль именно копинг-стратегий в формировании профессионального выгорания (фактор «*профессиональное эмоциональное выгорание на фоне эмоционально-ориентированного копинга*»). Однако данный

факт нуждается в более содержательной интерпретации.

Показатели по шкалам методики «Индекс жизненного стиля» оказались диссоциированными по трем факторам: психологические защиты «гиперкомпенсация», «проекция», «вытеснение», «рационализация» образовали фактор, названный «*фактор невротических психологических защит*»; защиты по типу «замещение» и «компенсация» вошли в фактор, проинтерпретированный как фактор «*неадаптивных психологических защит*», а защиты по типу «отрицание» и самооценочные характеристики депрессии проинтерпретированы как фактор «*незрелых психологических защит*».

Раздельный анализ результатов тестовых методик в подгруппах медицинских работников с высоким и низким уровнями профессионального выгорания (рассчитанными по методике Н.Е. Водопьяновой) позволил выделить ряд специфических личностных характеристик, способствующих профессиональной адаптации, либо препятствующей таковой (см. таблицу).

Медицинские работники с низким уровнем профессионального выгорания достоверно чаще ($p < 0,001$) используют конструктивные и относительно конструктивные варианты стратегий («самоконтроль», «поиск социальной поддержки», «ответственность», «планирование», «положительная переоценка»), что указывает в целом на адаптивный характер совладающего поведения. Использование медицинскими работниками конструктивных механизмов совладания, связанных с когнитивной сферой, отражает их стремление дать когнитивную оценку, найти объяснение происходящему и определить пути выхода из проблемной ситуации. Эти данные согласуются с выявленным преобладанием в спектре психологических защит, направленных на когнитивную интерпретацию конфликтной ситуации («рационализация» и «компенсация»). Поскольку критерием эффективности действия механизмов психологической защиты является снижение уровня тревоги, важно отметить, что в данной группе показатель по шкале «личностная тревожность» значительно ниже, чем в

Сравнение средних показателей личностных особенностей медицинских работников с низким и высоким уровнем профессионального выгорания

Показатель тестовых методик (шкалы)	M ₁ (n=164)	M ₂ (n=135)
Конфронтация	34,24	68,27
Дистанцирование	34,99	66,70
Самоконтроль	64,27	48,90
Поиск социальной поддержки	64,10	46,86
Ответственность	68,35	45,05
Бегство-избегание	29,72	59,10
Планирование	69,60	51,34
Положительная переоценка	71,41	48,74
Вытеснение	16,86	28,96
Регрессия	14,60	36,91
Компенсация	50,18	21,11
Рационализация	54,61	28,39
Общая интернальность	37,71	0,69
Интернальность в области достижений	7,35	0,13
Интернальность в области неудач	8,31	-0,90
Интернальность в области семьи	6,11	-1,13
Интернальность в области производственных отношений	8,52	0,04
Интернальность в области межличностных отношений	4,98	0,87
Общая осмысленность жизни	106,37	100,40
Цели (способность планировать)	35,30	31,84
Результат (удовлетворенность самореализацией)	26,73	24,82
Личностная тревожность	32,01	47,03

Примечание. В таблице приведены только шкалы, по которым были обнаружены различия высокого уровня значимости (не ниже $p < 0,01$).

Условные обозначения: M₁ – средние величины в группе с низким уровнем профессионального выгорания, M₂ – средние величины в группе с высоким уровнем профессионального выгорания.

группе медицинских работников с высоким уровнем профессионального выгорания. Кроме того, профессиональной адаптации способствуют интернальность во всех значимых областях жизни, а также высокая осмысленность жизни. Для медицинских работников с низким уровнем профессионального выгорания характерна высокая осмысленность настоящего и прошлого, они видят свои перспективы в будущем и ориентированы на результат.

У медицинских работников с высоким уровнем профессионального выгорания отмечается снижение использования конструктивных и увеличение эксплуатации неконструктивных способов совладания со стрессом в эмоциональной сфере. Так, в данной группе достоверно чаще ($p < 0,001$) используются эмоционально-ориентированные стратегии: «конфронтация», «дистанцирование» и «бегство-избегание». Эти данные согласуются с напряженностью механизмов психологической защиты «регрессия» и «вытеснение». Подобные реакции способствуют увеличению количества ситуаций, которые медицинские работники воспринимают как конфликтные и эмоционально напряженные. Анализ данных показывает, что наряду с неэффективным защитным поведением медицинским работникам с высоким уровнем профессионального выгорания присущи экстернальность и низкая осмысленность жизни.

Таким образом, значимыми личностными характеристиками, способствующими профессиональной адаптации или наоборот препятствующими ей, являются *личностная тревожность, защитное поведение (механизмы психологической защиты и копинг-стратегии), локус контроля и осмысленность жизни*.

С помощью метода регрессионного анализа, в котором в качестве зависимой переменной выступала интегральная характеристика общего уровня профессионального выгорания, выполнена попытка предсказания профессионального выгорания медицинских работников на основании результатов тестовых данных. В качестве независимых переменных выступали 7 обобщенных показателей, пересчитанных как простые средние по соответствующим методикам, и 2 обобщенных показателя по методике Лазаруса (пересчитанных в соответствии с результатами факторного анализа, показавшего относительную самостоятельность проблемно-ориентированного и эмоционально-ориентированного копинга).

Полученная модель может быть представлена следующим образом (здесь и далее все коэффициенты стандартизованы, константа опущена):

$$\text{Уровень профессионального выгорания} = 0,17 \cdot \text{Тревожность} + 0,016 \cdot \text{Депрессия} - 0,076 \cdot \text{ПОК} + 0,338 \cdot \text{ЭОК} + 0,015 \cdot \text{Защита} - 0,043 \cdot \text{Интернальность} + 0,047 \cdot \text{Осмысленность жизни},$$

где ПОК = проблемно-ориентированный копинг, ЭОК = эмоционально-ориентированный копинг).

Коэффициент детерминации R для данной статистической модели составил 0,487, что по критериям Коэна может быть классифицировано как умеренная величина эффекта и означает достоверность ожидаемого значения вариативности переменной «общий уровень профессионального выгорания». Тестирование регрессионной модели показало ее высокую статистическую достоверность: $F = 23,22$, $p < 0,001$. При этом статистически значимыми стандартизованными β -коэффициентами оказываются всего два – тревожность и эмоционально-ориентированный копинг ($p < 0,001$). К границе статистической достоверности приближался также β -коэффициент для проблемно-ориентированного копинга ($p = 0,085$).

Для упрощения и одновременного возможного улучшения модели был проведен повторный регрессионный анализ, в котором на этот раз были оставлены лишь три предиктора: проблемно-ориентированный копинг, эмоционально-ориентированный копинг и тревожность.

Полученная модель может быть представлена следующим образом:

$$\text{Уровень профессионального выгорания} = 0,18 \cdot \text{Тревожность} - 0,07 \cdot \text{ПОК} + 0,347 \cdot \text{ЭОК},$$

где ПОК = проблемно-ориентированный копинг, ЭОК = эмоционально-ориентированный копинг).

Коэффициент детерминации R для данной модели составляет 0,484. В целом данная модель похожа на предыдущую, но с меньшим количеством предикторов.

Следовательно, уровень профессионального выгорания медицинских работников можно предсказывать исходя из показателей копинга и тревожности (которые, как показал факторный анализ, связаны между собой).

Таким образом, в ходе эмпирического исследования удалось доказать влияние личностных характеристик, оказывающих наиболее

существенное влияние на профессиональную адаптацию или дезадаптацию медицинских работников.

Выводы

1. Теоретический анализ представлений о синдроме выгорания показал, что предрасположенности, ведущие к профессиональному выгоранию, следует рассматривать как один из основных факторов профессиональной дезадаптации.

2. Объективные характеристики, такие как профессиональный статус, возраст, стаж работы, оказывают незначительное влияние на профессиональную дезадаптацию медицинских работников.

3. Результаты факторного и сравнительного анализа свидетельствуют о влиянии таких личностных особенностей, как интернальность, копинг-стратегии, смысло-жизненные ориентации на профессиональную дезадаптацию медицинских работников.

4. По результатам регрессионного анализа были выделены наиболее существенные показатели, позволяющие предсказывать уровень профессионального выгорания как проявления профессиональной адаптации/ дезадаптации, в частности, установлено, что индивидуально-психологическими характеристиками, провоцирующими выгорание, являются высокий уровень тревожности, использование эмоционально-ориентированных копинг-стратегий. Характеристиками, тормозящими развитие выгорания, и следовательно, препят-

ствующими профессиональной дезадаптации, являются низкий уровень тревожности и активное использование проблемно-ориентированных стратегий поведения.

Литература

1. *Абрамова, Г.А. Психология в медицине / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдчиц. – М.: «Кафедра-М», 1998. – С. 231–243.*
2. *Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В.В. Бойко. – М.: Филин, 1996. – 472 с.*
3. *Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб., 2005. – 336 с.*
4. *Зеер, Э.Ф. Психология профессий. / Э.Ф. Зеер. – М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2003. – 336 с.*
5. *Зеер, Э.Ф. Психология профессиональных деструкций / Э.Ф. Зеер, Э.Э. Сыманюк. – М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2005. – 240 с.*
6. *Психологические тесты: в 2 т. / под ред. А.А. Карелина. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Т. 1. – 312 с.*
7. *Скугаревская, М.М. Синдром эмоционального выгорания / М.М. Скугаревская // Медицинские новости. – 2002. – № 7. – С. 3–9.*
8. *Юрьева, Л.Н. Синдром выгорания у сотрудников психиатрических служб: модель формирования и масштаб проблемы / Л.Н. Юрьева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Вып. 14. – С. 98–111.*

Поступила в редакцию 8 ноября 2011 г.

Гафарова Наталья Владимировна. Старший преподаватель кафедры клинической психологии Уральского Федерального университета им. первого Президента России Б.Н. Ельцина. E-mail: nv.gafarova@mail.ru

Natalia V. Gafarova. Senior Lecturer, Department of Clinical Psychology of the Ural Federal University of the first President of Russia B.N. Yeltsin. E-mail: nv.gafarova@mail.ru