

Оригинальная статья

УДК 159.944+331.442-057+613.98-053.9

<https://doi.org/10.56871/МНСО.2025.54.12.007>

Риск профессиональной дезадаптации медицинских работников пожилого возраста

Наталья Викторовна Козина, Александра Сергеевна Успенская

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, Российская Федерация

Контактная информация: Наталья Викторовна Козина — к. псих. н., доцент кафедры клинической психологии. E-mail: navico@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0008-2748-833X>; SPIN: 3478-0716

Для цитирования: Козина Н.В., Успенская А.С. Риск профессиональной дезадаптации медицинских работников пожилого возраста. *Медицина и организация здравоохранения*. 2025;10(3):72–83. <https://doi.org/10.56871/МНСО.2025.54.12.007>.

Поступила: 20.08.2025

Одобрена: 26.09.2025

Принята к печати: 28.11.2025

РЕЗЮМЕ. Введение. Многие исследования подтверждают стрессогенность условий медицинских учреждений. Наиболее страдающая группа сотрудников медицинских учреждений — это работники от 55 лет. **Цель исследования** — изучение предрасположенности к развитию профессиональной дезадаптации у пожилых медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала), работающих в санаторно-курортных и больничных учреждениях. **Материалы и методы.** В исследовании участвовали врачи и средний медицинский персонал больницы и санаторно-курортного учреждения. В каждой из четырех групп по 15 человек от 60 до 75 лет. **Результаты.** Значимыми для пожилых медиков являются проблемы, связанные с отношениями с руководством (53,3% врачей из санатория и 60% врачей из больницы). Уровень дезадаптации среднего медицинского персонала больницы выше, чем у среднего медицинского персонала санатория ($60,33 \pm 8,59$ и $51,60 \pm 7,60$ баллов соответственно при ($p \leq 0,01$)). У всех групп медиков показатели по шкале «Моторный темп» близки к низким. Для всех исследованных медицинских работников характерен низкий показатель по шкале «Самоконтроль». Средний медицинский персонал больницы более дезадаптирован вследствие повышенной нагрузки. **Выводы.** Основной профессиональной проблемой врачи считают наличие конфликтов в общении с руководством и коллегами, а средний медицинский персонал — несовершенство организации условий труда. Дезадаптирующими характеристиками для всех групп медиков пожилого возраста являются низкая скорость двигательной активности, эмоциональная несдержанность и стремление избегать неожиданных событий.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: профессиональный стресс, профессиональная дезадаптация, медики пожилого возраста, стратегии совладающего поведения, личностные ресурсы

Original papers

<https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.54.12.007>

The risk of professional disadaptation of elderly medical workers

Natalia V. Kozina, Alexandra S. Uspenskaya

Saint Petersburg State Pediatric Medical University, 2 Litovskaya str., Saint Petersburg, 194100, Russian Federation

Contact information: Natalia V. Kozina — Cand. Sci. (Psychology), Associate Professor of the Department of Clinical Psychology. E-mail: navico@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0008-2748-833X>; SPIN: 3478-0716

For citation: Kozina N.V., Uspenskaya A.S. The risk of professional disadaptation of elderly medical workers. *Medicine and Health Care Organization*. 2025;10(3):72–83. <https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.54.12.007>.

Received: 20.08.2025

Revised: 26.09.2025

Accepted: 28.11.2025

ABSTRACT. Introduction. Modern research confirms the presence of stress-related working conditions in various medical institutions. Elderly employees can be identified as one of the most problematic groups. **The purpose of the research:** the goal is to study predisposition to development of professional maladaptation in elderly medical workers. **Materials and methods.** The study involves doctors and nursing staff of hospitals and sanatoriums. Each of the 4 test groups includes 15 people from 60 to 75 years old. **Results.** The most significant problems for elderly doctors are those related to the relationship between doctors and managing staff (53.3% of doctors from sanatoriums and 60% of hospital doctors). The level of maladaptation of the average medical staff of a hospital is higher than that of the average medical staff of a sanatorium (60.33 ± 8.59 and 51.60 ± 7.60 points, respectively, at ($p \leq 0.01$)). All groups of physicians are characterized by low self control. The low level of motor pace can be explained by age-related changes. **Conclusion.** Doctors consider the main professional problem to be the presence of conflicts in communication with the management and colleagues, and the nursing staff — the imperfection of the working conditions' organization. Maladaptive characteristics for all elderly physicians are low speed of motor activity, emotional intemperance and the desire to avoid unpredictable events.

KEYWORDS: professional stress, professional maladaptation, elderly medical personnel, coping strategies, personal resources

ВВЕДЕНИЕ

Тема исследования адаптационных возможностей медицинских работников в условиях напряженной профессиональной деятельности актуальна уже много лет, активно изучается отечественными и зарубежными авторами [1–4].

Профессиональная адаптация рассматривается как приспособление к условиям конкретного труда и/или изменение этих условий в конкретных рабочих ситуациях, что обеспечивается активностью личности работника и способствует его развитию. Особенности профессиональной адаптации могут быть связаны с разнообразными характеристиками работника: с уровнем его квалификации (выполняет ли сотрудник обязанности врача [1] или работает в должности среднего медицинского персонала [5]), со спецификой профессиональных условий, предоставляемых медицинской организацией [2, 5], с возрастом и стажем работника [6], а также с особенностями копинг-стратегий, которые используют медики различных специализаций [7]. Многие исследования подтверждают высокую стрессогенность условий, в которых оказываются медики больничных учреждений [1, 5]. Считается, что характер деятельности работников санаторно-курортных учреждений менее напряженный, чем деятельность хирургов, анестезиологов, терапевтов в больнице. При этом, по данным П.И. Сидорова, И.А. Новиковой, проявления дезадаптации имеются у каждого пятого сотрудника санаторно-курортного учреждения, несмотря на то что условия труда в данных учреждениях менее интенсивны и стрессогенны [8]. Говоря о возрасте и стаже работы медиков, следует обратиться к исследованию И.В. Васильевой, в котором утверждается, что наиболее страдающая группа сотрудников медицинских учреждений — это работники возрастного диапазона от 55 лет и более, имеющие стаж более 15 лет в сфере здравоохранения [9]. Исследование медиков данной возрастной категории также актуально в связи с тем, что, по данным Н.Г. Баженовой, коллективы работников здравоохранения «стареют»: 62% медиков составляют сотрудники, стаж которых от 15 лет и более [10].

Исследуя здоровье пожилых людей, В.В. Фролькис получил результаты, свидетельствующие о том, что в возрасте от 60–75 лет проявляется склонность к развитию старческой гипоксии [11]. Уменьшение количества энергии заставляет весь организм пожилого человека перестраивать работу на энергетически более

экономный режим функционирования, что может внешне выражаться в эмоциональных изменениях. Т.А. Немчин, исследуя лиц пожилого возраста, выделил у них устойчивое, ригидное доминирование определенной модальности переживаний, таких как тревога, грусть, раздражительность [12].

Под влиянием старческой гипоксии психические процессы подвергаются следующим изменениям: происходит уменьшение чувствительности к воздействующим на организм внешним стимулам, снижается скорость восприятия и уменьшается сам объем воспринимаемых объектов окружающей среды, следствием чего является развитие мнительности, снижаются параметры интеллектуальной деятельности. Однако данные изменения обладают широкой вариативностью у пожилых людей и могут проявлять себя по-разному. У некоторых они выражаются в приобретении таких черт личности, как рассудительность и осторожность, у других можно наблюдать заметное снижение механического запоминания, которое компенсируется за счет логически-смысловой памяти. Также явными становятся изменения психомоторного компонента: происходит ухудшение процессов регуляции мелкой моторики, наиболее тонких движений [13].

Логично предположить, что и профессиональная адаптация у пожилых сотрудников протекает труднее, чем у молодых коллег. Рассмотрим некоторые особенности адаптации пожилых людей к обязанностям, которые предъявляются к ним на работе.

Г.С. Никифоров выделил такую особенность адаптации пожилых людей, как поиск среды, которая бы максимально подходила для нормального функционирования, так как пожилые в меньшей степени склонны менять самих себя и самостоятельно адаптироваться к внешним условиям [13].

Н.В. Яковлева и Ю.В. Силина изучали дезадаптивные нервно-психические состояния у врачей пожилого возраста (60–68 лет). У пожилых сотрудников были выявлены часто встречающиеся расстройства сна, цереб्रोастеническая симптоматика, ухудшение работы памяти, снижение чувствительности анализаторов (слухового, зрительного и кожно-кинестетического), общая слабость организма, сниженные резервные возможности центральной нервной системы [6].

В исследовании И.В. Тихоновой была изучена направленность реакций в процессе межличностного взаимодействия [14]. Выяснилось, что средний медицинский персонал молодого

возраста использует при общении чаще всего ответы интрапунитивной направленности, а медики пожилого возраста — экстрапунитивной. Таким образом, во время рабочих конфликтов молодые медики берут ответственность за возникшее недопонимание на себя, а пожилые представители среднего медицинского персонала соотносят причину конфликта с теми, с кем непосредственно вступают в конфронтацию, что способствует усугублению конфликта с пациентами.

Стоит отметить также и способствующие адаптации особенности людей пожилого возраста. Так, на степень выраженности трансформаций, связанных с уменьшением физических возможностей организма, влияют как исходные физические возможности, которые индивидуальны, так и регулярность выполнения физических упражнений в течение всей жизни [13]. Кроме того, профессиональная деятельность некоторых пожилых врачей характеризуется ростом качества и точности диагностического оценивания на основе визуального осмотра пациента, хотя работа зрительного анализатора и ухудшается [12]. Также в исследовании М.Д. Петраш были рассмотрены способы совладающего поведения у пожилых медицинских работников, в результате чего было выявлено, что врачи в трудных ситуациях чаще всего склонны выбирать такие копинг-стратегии, как «принятие ответственности», «планирование решения проблемы», «самоконтроль». Представители среднего медицинского персонала обращаются к следующим стратегиям совладающего поведения: «планирование решения проблемы», «самоконтроль», «принятие ответственности» [15]. В том же исследовании были изучены профессиональные ресурсы. У врачей таким ресурсом является целеустремленность, у среднего медицинского персонала — психофизиологический потенциал и экстраверсия.

Таким образом, у пожилых медиков выявлена тенденция проявления симптоматики, связанной с инволюционными физиологическими изменениями. Кроме того, существует немало факторов, позволяющих сотрудникам пожилого возраста эффективно выполнять свои профессиональные обязанности.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основании изученной проблематики была сформулирована цель исследования — изучение предрасположенности к развитию профессиональной дезадаптации у пожилых медицинских работников (врачей и среднего медицинского

персонала), работающих в санаторно-курортных и больничных учреждениях. Благодаря полученным данным можно будет выделить схожие и отличительные характеристики и сформулировать ряд теоретических положений, которые несли бы в себе информацию о том, как связаны место работы и профиль деятельности медиков пожилого возраста с особенностями их профессиональной адаптации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проведенном исследовании приняли участие сотрудники больницы (врачи, $n=15$; средний медицинский персонал, $n=15$) и санаторно-курортного учреждения (врачи, $n=15$; средний медицинский персонал, $n=15$). Возраст — от 60 до 75 лет. Все респонденты дали письменное добровольное информированное согласие на участие в исследовании и отрицают влияние хронических заболеваний на психологическое состояние.

Для психологической диагностики были использованы: авторская анкета для выявления социально-демографических характеристик и особенностей субъективного восприятия профессиональных проблем Н.В. Козиной и А.С. Успенской; опросник для оценки проявлений профессиональной дезадаптации О.Н. Родиной, опросник структуры темперамента-компакт (STQ-77) по нейрохимической модели FET В.М. Русалова и И.Н. Трофимовой для исследования психофизиологических характеристик, опросник «Адаптивные стратегии поведения» (АСП) Н.Н. Мельниковой для изучения коммуникативных стратегий совладания со стрессом, опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса (адаптация Т.Л. Крюковой и Е.В. Куфтяк) для определения стратегий совладающего поведения; метод открытого включенного наблюдения; метод вводной беседы; непараметрический U-критерий Манна-Уитни для проведения математического анализа полученных данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наиболее значимыми для пожилых врачей как больницы, так и санатория являются профессиональные проблемы, связанные с отношениями с руководством (по данным анкеты, 53,3% врачей из санатория и 60% врачей из больницы имеют высокий уровень по этой шкале). Кроме того, в группах врачей получены высокие показатели по шкалам «Проблемы в отношениях с коллегами» (53,3% в санатории

и 73,3% в больнице) и «Редукция личных достижений» (53,3% в санатории и 66,7% в больнице).

60% среднего медицинского персонала пожилого возраста больничного учреждения говорят о несовершенстве организации условий труда, при этом в индивидуальной беседе отмечают трудности, связанные с дефицитом кадров и возникающей в связи с этим высокой нагрузкой на каждого из работников. Также они отмечают такие проблемы, как редукция личных достижений, истощение энергетических ресурсов и повышенный уровень тревоги.

53,3% среднего медицинского персонала санатория выделяют трудности, связанные с несовершенством организации условий труда. Опытные работники говорят об устаревшем оборудовании, из-за чего падает качество оказываемых услуг пациентам.

Работники больницы в большей степени, чем медики санатория, волнуются из-за проблем с работой. Также у всех респондентов высокие показатели получены по выраженности переживаний в сфере здоровья (60, 73,3, 66,7, 80% в каждой из групп).

Пожилые работники отмечают ресурсы, которые позволяют им восстановить свой энергетический потенциал. Нами рассмотрены ресурсы, позволяющие пожилым работникам адаптивно справляться с профессиональными задачами. Так, 53,3% врачей санатория предпочитают прогулки, в то время как 60% врачей больницы считают, что основной способ отдохнуть — это выйти в отпуск. Многие испытуемые указывали на важность качественного сна: его значимость выделяет для себя 66,7% врачей санатория, 73,3% врачей больницы и 60% среднего медицинского персонала больницы.

Согласно данным, представленным в таблице 1, результаты у врачей санатория и у врачей больницы имеют сходную характеристику и достоверных различий между ними не найдено. Следует отметить, что у врачей больницы получены повышенные показатели по шкале «Особенности отдельных психических процессов», что может выражаться в забывчивости и отвлекаемости, и по шкале «Ощущение усталости», которые могут свидетельствовать о снижении активности пожилых работников. Также у врачей больницы выражены трудности

Таблица 1

Сравнительный анализ результатов по отдельным шкалам у врачей и медицинского персонала
(Опросник для оценки проявлений профессиональной дезадаптации О.Н. Родиной)

Table 1

Comparative analysis of results across individual scales among doctors and nursing staff
(Questionnaire for assessing manifestations of maladaptation by O.N. Rodina)

Шкалы / Scales	Группы / Groups	Врачи. Санаторий / Doctors. Sanatorium	Врачи. Больница / Doctors. Hospital	Средний медицинский персонал. Санаторий / Nursing staff. Sanatorium	Средний медицинский персонал. Больница / Nursing staff. Hospital
Эмоциональные сдвиги / Emotional shifts		8,80±1,63	7,87±1,97	5,87±1,50***	9,67±1,99***
Особенности отдельных психических процессов / Characteristics of specific mental processes		5,53±1,20	6,33±1,44	4,33±1,45*	5,60±1,71*
Снижение общей активности / Decrease in overall activity		6,53±1,26	6,93±1,83	5,07±1,71	5,13±2,23
Ощущение усталости / Sensation of fatigue		7,33±1,02	8,40±1,96	7,43±1,73	7,13±1,36
Соматовегетативные нарушения / Somatovegetative disturbances		11,47±1,14	12,47±1,44	10,93±1,03**	13,60±1,64**
Нарушение цикла «сон-бодрствование» / Disruption of the "sleep-wake" cycle		8,73±1,99	9,00±1,51	9,20±1,43	9,93±1,71
Особенности социального взаимодействия / Features of social interaction		6,67±1,78	8,27±1,37	4,93±1,01	5,87±1,37
Снижение мотивации к деятельности / Reduction in motivation for activity		4,20±1,32	4,13±1,60	3,13±1,06	3,40±0,83

Достоверность различий / Significance of differences: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

Примечание: жирным шрифтом выделены значения, выходящие за пределы нормативных значений.

Note: values outside the standard range are shown in bold.

социального взаимодействия, которые проявляются в сниженной общительности и наличии конфликтов с коллегами. Достоверные различия между медицинским персоналом санатория и больницы получены по шкалам «Эмоциональные сдвиги», «Особенности отдельных психических процессов», «Соматовегетативные нарушения». Хотя полученные значения нельзя назвать высокими, наиболее выражены они у среднего медицинского персонала больницы, что может проявляться в безразличии, забывчивости и большом количестве жалоб на здоровье у медиков больницы.

Результаты, представленные в таблице 2, свидетельствуют о наличии низких показателей у большинства пожилых врачей больницы и санатория по шкале «Оценка вероятностей». Это связано с тем, что врачи чаще всего не строят долгосрочных планов лечения пациентов, а действуют исходя из актуальной ситуации здоровья пациента. При таких условиях часто пациенты оказываются недостаточно обследованными и жалуются на то, что лечение не помогает. Также у пожилых врачей наблюдаются близкие к

низким значения по шкале «Моторный темп», что проявляется в низкой скорости выполнения физических действий. Пожилые врачи как больницы, так и санатория жалуются на недостаток времени для выполнения поставленных задач: они дольше, чем более молодые их коллеги, работают над заполнением медицинской документации. Кроме того, у врачей пожилого возраста обеих групп достаточно низкие показатели по шкале «Довольность», что выражается в том, что они чаще всего настроены пессимистично относительно дальнейшего развития событий. Так, врачи санатория высказывают негативные прогнозы по поводу будущего организации, а между врачами больницы часто возникают конфликты, связанные с трудностями в согласовании плана лечения пациентов.

По данным таблицы 2 было выявлено:

- для всех исследованных медиков свойственна высокая социально-вербальная выносливость;
- у пожилых врачей больницы выявлена низкая способность быстро адаптироваться к изменяющимся ситуациям, менять программу действий и переключаться между задачами;

Таблица 2

Сравнительный анализ психофизиологических характеристик врачей и среднего медицинского персонала (Опросник структуры темперамента-компакт (STQ-77) по нейрохимической модели FET В.М. Русалова и И.Н. Трофимовой)

Table 2

Comparative analysis of psychophysiological characteristics of doctors and nursing staff (Structure of Temperament Questionnaire (STQ-77) by V.M. Rusalov and I.N. Trofimova)

Шкалы / Scales Группы / Groups	Врачи. Санаторий / Doctors. Sanatorium	Врачи. Больница / Doctors. Hospital	Средний медицинский персонал. Санаторий / Nursing staff. Sanatorium	Средний медицинский персонал. Больница / Nursing staff. Hospital
Поиск ощущений / Sensations	11,80±2,93	14,27±4,57	11,80±2,93	14,27±4,57
Эмпатия / Empathy	13,67±3,60	15,53±3,54	13,67±3,60	15,53±3,54
Оценка вероятностей / Probabilities	12,07±3,97	13,47±3,56	12,07±3,97	13,47±3,56
Моторный темп / Motor tempo	13,20±3,45	13,60±3,85	13,20±3,45	13,60±3,85
Социально-вербальный темп / Social tempo	16,20±4,96	16,07±3,35	16,20±4,96	16,07±3,35
Пластичность / Plasticity	15,07±4,10	13,27±4,17	15,07±4,10	13,27±4,17
Моторно-физическая выносливость / Motor endurance	15,33±3,54	14,47±3,85	15,33±3,54	14,47±3,85
Социально-вербальная выносливость / Social endurance	18,67±4,59	18,93±3,33	18,67±4,59	18,93±3,33
Интеллектуальная выносливость / Intellectual endurance	13,93±3,88	15,00±4,16	13,93±3,88	15,00±4,16
Нейротизм / Neuroticism	17,20±3,75	17,20±3,73	17,20±3,75	17,20±3,73
Импульсивность / Impulsivity	17,53±2,95	17,67±2,16	17,53±2,95	17,67±2,16
Довольность / Satisfaction	11,40±4,01	12,33±4,15	11,40±4,01	12,33±4,15

Примечание: жирным шрифтом выделены значения, выходящие за пределы нормативных значений.

Note: values outside the standard range are shown in bold.

- пожилые врачи санатория имеют низкие показатели по шкале «Поиск ощущений», что проявляется в стремлении медиков создать себе неизменные условия труда, не предполагающие разнообразия в профессиональной деятельности.

Согласно данным таблицы 2, у большинства представителей среднего медицинского персонала так же, как и у врачей, показатели по шкале «Моторный темп» относительно низкие.

Для пожилого среднего медицинского персонала больницы характерны низкие показатели по шкале «Оценка вероятностей», что проявляется в том, что средний медицинский персонал больницы, как правило, не привык обращать внимание на соответствие назначенного пациенту лечения состоянию здоровья, а просто выполняет данные ему указания. Кроме того, у этой группы показатели по шкале «Социально-вербальная выносливость» близки к высоким, и они выше, чем у среднего медицинского персонала санатория. Средний медицинский персонал больницы, имеющий большой стаж работы, гораздо более вовлечен в вербальный диалог с пациентами, чем меди-

ки пожилого возраста из санатория, у которых этот показатель находится на среднем уровне выраженности.

Для среднего медицинского персонала санатория характерны низкие показатели по шкале «Эмпатия», которые, согласно данным наблюдения, проявляются и в работе с пациентами: пожилые медики санатория часто выполняют процедуры автоматически, не особо обращая внимание на эмоциональное состояние и нужды пациентов. При этом интересно отметить, что у медиков санатория прослеживаются относительно высокие показатели по шкале «Интеллектуальная выносливость», которые проявляются в хорошо развитой способности удерживать внимание с подавлением поведенческих реакций на отвлекающие элементы.

Достоверные различия получены по шкале «Поиск ощущений» — у среднего медицинского персонала больницы они низкие, а у медиков санатория находятся на среднем уровне.

Значимые различия получены также по шкале «Пластичность»: у медиков санатория они находятся на среднем уровне, а у работников больницы — на низком. Пластичность

Таблица 3

Сравнительный анализ коммуникативных стратегий совладания со стрессом у врачей и среднего медицинского персонала (опросник «Адаптивные стратегии поведения» (АСП) Н.Н. Мельниковой)

Table 3

Comparative analysis of coping communicative strategies among doctors and nursing staff (adaptive Behavior Strategies questionnaire by N.N. Melnikova)

Шкалы / Scales \ Группы / Groups	Врачи. Санаторий / Doctors. Sanatorium	Врачи. Больница / Doctors. Hospital	Средний медицинский персонал. Санаторий / Nursing staff. Sanatorium	Средний медицинский персонал. Больница / Nursing staff. Hospital
Активное изменение среды / Active environment modification	5,40±2,23	5,60±2,35	4,80±0,94	5,53±2,33
Активное изменение себя / Active self-modification	7,33±1,76	6,20±1,66	6,00±1,96	6,47±1,64
Уход из среды и поиск новой / Leaving the environment and seeking a new one	4,40±1,12	5,33±1,63	4,73±1,53	5,13±1,85
Уход от контакта со средой и погружение во внутренний мир / Withdrawal from environmental contact and immersion into the inner world	4,73±0,96	5,00±1,51	4,73±1,49	4,93±1,71
Пассивная репрезентация себя / Passive self-representation	4,93±2,55	5,20±1,74	4,73±2,37	4,53±2,83
Пассивное подчинение условиям среды / Passive submission to environmental conditions	4,87±2,07	5,33±2,16	5,13±1,13	5,07±2,02
Пассивное выжидание внешних изменений / Passive waiting for external changes	5,73±2,05	5,27±1,91	5,20±1,47	6,40±1,72
Пассивное ожидание внутренних изменений / Passive anticipation of internal changes	3,87±1,88	3,33±1,23	4,87±1,68	3,60±1,99

Примечание: жирным шрифтом выделены значения, выходящие за пределы нормативных значений.

Note: values outside the standard range are shown in bold.

проявляется в способности быстро адаптироваться к изменяющимся ситуациям, переключаться между задачами, и средний медицинский персонал больницы делает это менее успешно, чем медики санатория.

Согласно представленным в таблице 3 данным, наиболее типичной стратегией поведения в проблемных ситуациях социального взаимодействия у пожилых врачей как больницы, так и санатория является активное изменение себя, что выражается в том, что врачи способны к изменению фокуса восприятия ситуации и возникновению новых форм поведения и реагирования. Эта характеристика проявляется в том, что в конфликтных ситуациях с пациентами или коллегами врачи скорее склонны изменить свой взгляд на проблему, чем упорно отстаивать свою позицию.

Результаты, представленные в таблице 3, свидетельствуют о том, что у среднего медицинского персонала пожилого возраста больницы и санатория, так же как и у врачей, достаточно выражена стратегия активного изменения себя. При этом стоит обратить внимание на то, что у среднего медицинского персонала больницы показатели по шкале «Пассивное выжидание внешних изменений» выше, чем у работников санатория, что выражается в стремлении медиков избежать неприятных влияний среды и проявляется в том, что средний медицинский пер-

сонал, оказавшись в конфликтной ситуации с пациентом, ожидает решения врачей, не стараясь самостоятельно справиться с конфликтом. Эта характеристика негативно влияет на работу всего коллектива, так как врачи часто оказываются задействованы в разрешение конфликтов между средним медицинским персоналом и пациентами.

Согласно данным таблицы 4, получены достоверные различия по шкале «Поиск социальной поддержки», которые значительно выше у врачей санатория, чем у врачей больницы, что проявляется в том, что у медицинских работников санатория основным способом преодоления возникающих трудностей в профессиональной сфере является обращение к коллегам, которые, по их мнению, наиболее компетентны в вопросах лечения пациентов. Опытные врачи санатория часто обращаются, как правило, к одному и тому же коллеге, имеющему высокую рабочую нагрузку. Тем самым они создают для него дополнительные трудности и перекладывают собственные задачи по назначению лечения, что негативно влияет как на эмоциональное состояние коллеги, выражающееся в жалобах на сильное чувство усталости в конце рабочего дня, так и на самого врача, который может потерять мотивацию к развитию в профессиональной сфере. Низкий показатель по шкале «Конфронтационный копинг» у работников санатория

Таблица 4

Сравнительный анализ копинг-механизмов у врачей и среднего медицинского персонала (опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса (адаптация Т.Л. Крюковой и Е.В. Куфтык))

Table 4

Comparative analysis of coping mechanisms among doctors and nursing staff (ways of Coping Questionnaire by R. Lazarus (adapted by T.L. Kryukova and E.V. Kuftyak))

Группы / Groups Шкалы / Scales	Врачи. Санаторий / Doctors. Sanatorium	Врачи. Больница / Doctors. Hospital	Средний медицинский персонал. Санаторий / Nursing staff. Sanatorium	Средний медицинский персонал. Больница / Nursing staff. Hospital
Конфронтационный копинг / Confrontive coping	38,87±5,60	42,40±7,26	47,07±6,83	43,07±6,57
Дистанцирование / Distancing	48,87±6,51	48,67±6,37	51,07±7,41	48,13±7,27
Самоконтроль / Self-controlling	35,67±4,45	39,73±6,54	37,20±4,99	36,07±5,02
Поиск социальной поддержки / The Need of Social support	68,60±12,24	49,67±11,82	53,33±12,78	62,93±13,47
Принятие ответственности / Acceptance of Responsibility	48,40±8,01	53,47±6,42	49,40±9,74	47,93±7,96
Бегство-избегание / Escape-avoidance	51,87±7,38	52,00±9,93	53,00±9,49	53,87±6,36
Планирование решения проблемы / Planning of problem-solving	52,60±5,68	52,93±10,29	49,80±10,51	50,60±5,70
Положительная переоценка / Positive reassessment	52,73±6,15	52,33±6,44	49,67±8,32	50,07±6,50

Примечание: жирным шрифтом выделены значения, выходящие за пределы нормативных значений.

Note: values outside the standard range are shown in bold.

выражается в том, что в конфликтных ситуациях пожилые медики не склонны настаивать на своих позициях. Также врачи пожилого возраста в обеих группах имеют низкие показатели по шкале «Самоконтроль», что внешне выражается в их несдержанности, в низком контроле за регуляцией собственных действий и проявляется в частых эмоционально ярких конфликтах с коллегами.

Согласно данным, представленным в таблице 4, копинг-стратегии, используемые пожилым медицинским персоналом, имеют сходный характер, однако стоит обратить внимание на то, что для всех исследованных медицинских работников характерен низкий показатель по шкале «Самоконтроль». Также для среднего медперсонала больницы более, чем для медиков из санатория, свойствен поиск социальной поддержки, он выражается в обращениях медицинского персонала по поводу проблемных вопросов к врачам, и такая особенность способствует лучшему обмену информацией о состоянии пациентов между средним медицинским персоналом и врачами.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

На результаты исследования большое значение оказывает возраст испытуемых. У всех респондентов высокие показатели получены по выраженности переживаний в сфере здоровья, что связано со старением организма и ухудшением его функционирования и, как следствие, низкой скоростью выполнения физических действий. Похожие результаты были выявлены в исследовании Н.В. Яковлевой и Ю.В. Силиной при изучении дезадаптивных нервно-психических состояний у медицинских работников пожилого возраста [6]. Также у пожилых врачей больницы выявлена низкая способность быстро переключаться между задачами, что можно объяснить снижением чувствительности рецепторов к стимулам окружающего мира, снижением скорости и объема такого психического процесса, как восприятие, а также ухудшением когнитивных функций, о чем Г.С. Никифоров писал в работе, посвященной психологическому обеспечению завершения профессионального пути [13]. Забывчивость и отвлекаемость наблюдаются у пожилых врачей. При этом подобные результаты можно также объяснить и трудностями организационного характера: высоким уровнем нагрузки вследствие недостатка кадров и спецификой работы врачей больницы в многопрофильных бригадах. Последнее может приводить к развитию у врачей больницы проблем

социального взаимодействия, которые проявляются в сниженной общительности и наличии конфликтов с коллегами. Негативные прогнозы врачей санатория относительно будущего могут быть объяснены исследованиями Т.А. Немчина, который выделил ригидное доминирование у пожилых людей определенной модальности переживаний [7]. При этом у врачей развита социально-вербальная выносливость, что связано со сформированным навыком ведения приемов большого количества пациентов. Низкие результаты по шкалам «Эмпатия» и «Интеллектуальная выносливость» у врачей санатория можно объяснить результатами, полученными в исследовании Н.В. Яковлевой и Ю.В. Силиной: у врачей в пожилом возрасте изменяется динамичность и модальность эмоциональных состояний. Причем такие изменения могут выражать себя по-разному: у одних медицинских работников в инертности, а у других в лабильности, быстрой смене эмоций. Также возрастает количество отрицательных эмоций, может происходить снижение эмпатии к окружающим людям [5]. Согласно наблюдениям, врачам пожилого возраста труднее удерживать внимание, не отвлекаясь на посторонние дела, они часто допускают ошибки по невнимательности, также у пожилых врачей санатория замечено достаточно формальное отношение к пациентам, что, по нашему предположению, связано не только с изменением динамичности эмоциональных состояний в пожилом возрасте, но и с коммерциализацией отрасли: ключевым моментом, влияющим на назначаемые процедуры, является не актуальность их для лечения пациента, а отсутствие противопоказаний.

Среднему медицинскому персоналу больницы свойственны безразличие и забывчивость, что может быть связано с повышенной нагрузкой. В данном случае результаты этих показателей соотносятся с результатами исследования Л.Н. Гуменюк и Е.В. Сарчук, которые обнаружили у среднего медицинского персонала такие симптомы профессиональной дезадаптации, как эмоциональный вакуум, хроническая усталость, астеническая бескомпромиссность [5]. Низкие показатели по шкале «Эмпатия» и относительно высокие показатели по шкале «Интеллектуальная выносливость» у медицинских работников санатория не совпадают с данными, полученными в исследовании Л.Н. Гуменюк и Е.В. Сарчук, которые обнаружили у среднего медицинского персонала высокие значения по данным показателям [5]. Различия могут быть объяснены спецификой профессиональной деятельности, в частности уже выработанными

автоматизированными навыками работы с медицинской аппаратурой (большинство среднего медицинского персонала санатория задействовано именно на оказании услуг на аппаратуре, и если работник овладел навыком работы на ней, то от него не требуется каких-то особых интеллектуальных усилий).

Достоверные различия получены по шкале «Поиск ощущений», у среднего медицинского персонала больницы они низкие, а у медиков санатория находятся на среднем уровне, что можно объяснить различием в выполняемой деятельности: пожилые работники больницы, имеющие большой стаж, гораздо чаще контактируют с пациентами (выдают лекарства, ставят капельницы, делают уколы), чем медики пожилого возраста в санатории (их работа, как правило, связана с управлением медицинской аппаратурой и ограничивается стандартным алгоритмом). Также значимые различия получены по шкале «Пластичность»: у среднего медицинского персонала санатория показатели находятся на среднем уровне, а у работников больницы — на низком, что может объясняться количеством рабочих задач в больнице выше актуальных возможностей работников вследствие кадрового дефицита.

Для всех исследованных медицинских работников характерен низкий показатель по шкале «Самоконтроль». Можно предположить, что это инвариантная характеристика, связанная с биологическими особенностями пожилого возраста, заключающимися в инволюционных изменениях, описанных ранее. Интересно отметить, что полученные результаты по исследованию копинг-стратегий имеют расхождения с данными М.Д. Петраш (приведенными выше) [15]. На наш взгляд, такие различия могут быть объяснены спецификой выполняемой деятельности в связи с различием оказываемой пациенту медицинской помощи и теми особенностями взаимоотношений, которые сложились в коллективах.

Средний медицинский персонал больницы является самой проблемной группой, и высокий индекс ресурсности может быть объяснен тем, что пожилые медики в этой группе недостаточно анализируют наличие имеющихся личностных ресурсов, поэтому оценивают их выраженность достаточно формально.

ВЫВОДЫ

В результате проведенного исследования нами были сделаны следующие выводы.

1. Социально-демографические характеристики исследованных пожилых медицинских

работников имеют позитивный характер: большинство специалистов реализовано в семейной сфере, не имеет жилищных проблем, не прибегает к поиску дополнительных источников дохода.

2. Основной профессиональной проблемой опрошенные врачи считают наличие конфликтов в общении с руководством и коллегами, а средний медицинский персонал — несовершенство организации условий труда. Пожилые работники больницы говорят о частых конфликтах с коллегами и отсутствии комплаенса с пациентами. Медики указывают ограниченный спектр способов восстановления ресурсов, многие ответы медицинских работников недостаточно конкретизированы, содержат ограниченный спектр способов восстановления ресурсов, что говорит о необходимости проведения работы, направленной на расширение репертуара адаптивных стратегий медиков.

3. Деадаптирующими характеристиками для всех исследованных групп медиков пожилого возраста являются низкая скорость двигательной активности, эмоциональная несдержанность и стремление избегать неожиданных событий. Для врачей, имеющих большой стаж работы, характерными являются высокая забывчивость и сниженная активность.

4. Профессиональной адаптации исследованных пожилых медиков способствует навык поддерживать длительное социально-вербальное взаимодействие. Врачи санатория в спорных ситуациях обращаются за помощью к коллегам, а также способны к изменению фокуса восприятия ситуации и возникновению новых форм поведения и реагирования.

5. Вследствие комплексного анализа результатов полученных данных было выявлено, что опрошенный средний медицинский персонал больницы имеет самый высокий риск профессиональной деадаптации. Среди профессиональных проблем, волнующих медиков пожилого возраста данной группы, были выделены: несовершенство организации условий труда, дефицит кадров, обесценивание личных достижений и повышенный уровень тревоги. Данная группа не склонна проявлять физическую активность и трудно адаптируется к быстро изменяющимся условиям среды, при возникновении трудностей социального взаимодействия медики ожидают, когда ситуация подвергнется изменениям без их вмешательства.

6. Необходимо проведение дальнейших исследований для изучения вопроса о том, являются ли полученные результаты типичными для различных медицинских учреждений, или

же они свойственны только тем медучреждениям, в которых была набрана выборка.

7. Исследование открывает поле для дальнейшей работы: оно позволит сформулировать систему рекомендаций для руководства учреждений и обучить медиков методам саморегуляции, способствовать формированию адаптивных копинг-стратегий и их эффективному применению в соответствии с выявленными особенностями.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования, и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие респондентов на публикацию данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Authors' contributions. All authors made a substantial contribution to the conception, conduct of the study, and preparation of the article, and read and approved the final version before publication.

Conflict of interest. The authors declare no obvious or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Source of funding. The authors declare no external funding for the study.

Informed consent for publication. The authors obtained written consent from respondents for publication of the data.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батищева А.М., Мокашева Е.Н., Мокашева Е.Н. Воздействие профессионального стресса на врачей разных специальностей. В кн.: Материалы МСНК «Студенческий научный форум 2024». 2023;14:9–10.
2. Мигина Л.Е., Мысаев А.О., Уристемова А.К., Толетаева Д.М. Стресс и профессиональное выгорание у врачей и медицинских сестер первичной медико-санитарной помощи. Обзор литературы. *Наука и здравоохранение*. 2022;24(2):149–155. <https://doi.org/10.34689/SH.2022.24.2.018>.
3. Manzoor Sh., Sajjad M., Anwar I., Rafi A. Coping strategies adopted by medical residents in dealing with work-related stress: a mixed-methods study. *BMC Medical Education*. 2022;22(1):1–9. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03520-6>.
4. Маликова Т.В., Пирогов Д.Г., Новикова Т.О. Симптомы вторичного травматического стрессового расстройства у специалистов помогающих профессий. *Медицина и организация здравоохранения*. 2025;10(1):39–47. <https://doi.org/10.56871/МНСО.2025.84.23.004>.
5. Гуменюк Л.Н., Сарчук Е.В. Особенности психогигиены в системе лечебно-профилактических мероприятий по предупреждению профессиональной дезадаптации среднего медицинского персонала, работающего с больными социально значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями. *Ульяновский медико-биологический журнал*. 2017;(4):102–108. <https://doi.org/10.23648/UMBJ.2017.28.8747>.
6. Яковлева Н.В., Силина Ю.В., Арефьев А.А. Коррекция дезадаптивных нервно-психических состояний у врачей среднего и пожилого возраста. *Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта*. 2012;2(84):175–181. <https://doi.org/10.5930/issn.1994-4683.02.84.p175-181>.
7. Газиева К.Ю., Шурухина Г.А. Особенности копинг-стратегий хирургов с разным стажем профессиональной деятельности. *Молодой ученый*. 2020;49(339):513–515.
8. Сидоров П.И., Новикова И.А. Адаптивный профессионализм как основа непрерывного развития личности врача. *Экология человека*. 2011;(7):33–37.
9. Васильева И.В. Особенности эмоционального выгорания врачей в зависимости от стажа работы. *Таврический журнал психиатрии*. 2017;21(1):21–27.
10. Баженова Н.Г. Профессиональный стресс и эмоциональное выгорание медицинских работников. *Азимут научных исследований: педагогика и психология*. 2018;7(2):335–338.
11. Чеботарев Д.Ф., Фролькис В.В. Руководство по геронтологии. М.: Медицина; 1978.
12. Овчинникова Л.В. Психофизиологическое состояние пожилого человека в период его выхода на пенсию. *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Образование, здравоохранение, физическая культура*. 2012;8(267):22–27.
13. Никифоров Г.С., Водопьянова Н.Е., Гофман О.О. Постановка проблемы психологического обеспечения завершения профессионального пути: теоретический обзор. *Организационная психология*. 2018;8(3):86–103.
14. Тихонова И.В. Опыт модификации методики изучения фрустрационных реакций С. Розенцвейга для изучения специфики реагирования медсестер в профессиональных конфликтных ситуациях. *Медицин-*

ская психология в России. 2013;5(5):10–23. <https://doi.org/10.24411/2219-8245-2013-15100>.

15. Петраш М.Д. Психофизиологический потенциал и ресурсы профессионального развития медицинских работников. *Медицинская психология в России*. 2014;6(1):1–22. <https://doi.org/10.24411/2219-8245-2014-00012>.

REFERENCES

1. Batishcheva A.M., Mokasheva E.N., Mokasheva E.N. The impact of professional stress on doctors of various specialties. In: Materials of the International Scientific and Practical Conference “Student Scientific Forum 2024”. 2023;14:9–10. (In Russian).
2. Migina L.E., Mysaev A.O., Uristemova A.K., Toleutaeva D.M. Stress and professional burnout in primary healthcare doctors and nurses. Literature review. *Science and Health*. 2022;24(2):149–155. (In Russian). <https://doi.org/10.34689/SH.2022.24.2.018>.
3. Manzoor Sh., Sajjad M., Anwar I., Rafi A. Coping strategies adopted by medical residents in dealing with work-related stress: a mixed-methods study. *BMC Medical Education*. 2022;22(1):1–9. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03520-6>.
4. Malikova T.V., Pirogov D.G., Novikova T.O. Symptoms of Secondary Traumatic Stress Disorder in Helping Professions. *Medicine and Health Care Organization*. 2025;10(1):39–47. (In Russian). <https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.84.23.004>.
5. Gumenyuk L.N., Sarchuk E.V. Features of psychohygiene in the system of medical and preventive measures to prevent professional maladaptation of middle medical personnel working with patients with socially significant and dangerous diseases. *Ulyanovsk Medical and Biological Journal*. 2017;(4):102–108. (In Russian). <https://doi.org/10.23648/UMBJ.2017.28.8747>.
6. Yakovleva N.V., Silina Yu.V., Arefyev A.A. Correction of maladaptive neuropsychiatric conditions in middle-aged and elderly doctors. *Uchenyye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta*. 2012;2(84):175–181. (In Russian). <https://doi.org/10.5930/issn.1994-4683.02.84.p175-1811>.
7. Gazieva K.Yu., Shurukhina G.A. Features of coping strategies of surgeons with different professional experience. *Molodoy uchenyy*. 2020;49(339):513–515. (In Russian).
8. Sidorov P.I., Novikova I.A. Adaptive Professionsgenesis as a Basis for Continuous Development of a Doctor’s Personality. *Human Ecology*. 2011;(7):33–37. (In Russian).
9. Vasilyeva I.V. Features of Emotional Burnout in Physicians Depending on the Length of Service. *Tavrishesky Journal of Psychiatry*. 2017;21(1):21–27. (In Russian).
10. Bazhenova N.G. Professional Stress and Emotional Burnout in Medical Workers. *Azimuth of Scientific Research: Pedagogy and Psychology*. 2018;7(2):335–338. (In Russian).
11. Chebotarev D.F., Frolkis V.V. Handbook of Gerontology. Moscow: Meditsina; 1978. (In Russian).
12. Ovchinnikova L.V. Psychophysiological state of an elderly person during his retirement. *Bulletin of the South Ural State University. Series: Education, Health Care, Physical Culture*. 2012;8(267):22–27. (In Russian).
13. Nikiforov G.S., Vodopyanova N.E., Gofman O.O. The Problem of Psychological Support for the Completion of a Professional Career: A Theoretical Review. *Organizational Psychology*. 2018;8(3):86–103. (In Russian).
14. Tikhonova I.V. Experience in modifying S. Rosenzweig’s method of studying frustration reactions to study the specifics of nurses’ responses in professional conflict situations. *Medical Psychology in Russia*. 2013;5(5):10–23. (In Russian). <https://doi.org/10.24411/2219-8245-2013-15100>.
15. Petrash M.D. Psychophysiological potential and resources for professional development of medical workers. *Medical Psychology in Russia*. 2014;6(1):1–22. (In Russian). <https://doi.org/10.24411/2219-8245-2014-00012>.