

Социально-психологический портрет медицинской сестры наркологического стационара

БОГДАНОВА Н.Е.

ГУЗЕНКО О.А.

СИДОРОВ П.И.

СОЛОВЬЕВ А.Г.

зав. отделением Калужской областной наркологической больницы

зам. главного врача Архангельской областной клинической психиатрической больницы

д.м.н., профессор, академик РАМН, ректор Северного государственного медицинского университета, Архангельск

д.м.н., профессор, зам.директора Института психологии и психиатрии

Северного государственного медицинского университета, Архангельск

Проведено межрегиональное обследование 56 медицинских сестер наркологических отделений г. Калуги и г. Архангельска. Изучены социально-психологические особенности поведения медицинских сестер в системах: медицинская сестра — врач, медицинская сестра — пациент. Проанализирована структура профессионального «выгорания»; установлена ее взаимосвязь с особенностями личностных профилей медицинских сестер, возрастом, стажем работы, различиями в структуре организации наркологической помощи. Показана необходимость учета социально-психологических особенностей профессиональной деятельности, предложены возможные пути изменений в работе со средним медицинским персоналом наркологических отделений для разработки мер по улучшению качества оказываемой ими помощи.

Развитие системы здравоохранения предусматривает значительное изменение роли медицинской сестры в процессе оказания медицинской помощи. Это связано с трансформацией в научную дисциплину многовекового опыта сестринского ухода за пациентом. В мировом сообществе в течение последних 50 лет уже сформировалось представление о сестринской деятельности как области научных знаний, соединяющей в себе все компоненты, касающиеся облегчения страданий человека, включая, кроме лечебных, психологические, культуральные, этические и религиозные аспекты человеческой личности.

На сегодняшний день миссия медицинской сестры состоит в том, чтобы помочь отдельным людям, семьям и группам определить, достичь и поддерживать свой физический, умственный и социальный потенциал на соответствующем уровне вне зависимости от меняющихся условий проживания и работы. Это требует от медицинских сестер развития и выполнения функций, которые укрепляют и сохраняют здоровье, так же как и предотвращают заболевания [5]. По регламентации ВОЗ сестринское дело включает в себя планирование и оказание помощи во время болезни и реабилитации, охватывает физический, психический и социальный аспекты жизни, влияющие на здоровье, болезнь, инвалидность и смерть. Следовательно, сестринское дело — это самостоятельный компонент лечебного процесса, взаимодополняющий традиционный терапевтический подход и определяющий круг вопросов, входящих в компетенцию медицинской сестры.

Оказание специализированной сестринской помощи в свете современной концепции здравоохранения требует обобщения научного опыта из самых разных областей научных знаний (медицины, психологии, социологии и т.п.). Знания психологии личности и психологии отношений помогают медицинской сестре определить уровень отношений с пациентами и их родственниками, что особенно важно при лечении социально значимых, в первую очередь, наркологических заболеваний. Чем выше уровень психологической подготовки медицинской сестры, тем больше ее мотивация к трудовой активности и получению удовлетворения от своего труда.

Работа медицинской сестры в наркологическом стационаре связана со сложностями, которые почти не встречаются в отделениях другого профиля. Медицинская сестра выполняет не только лечебную, но и воспитательную, и санитарно-просветительную работу. Ее деятельность должна быть насыщена приемами психотерапии и деонтологии [7]. Нагруженность эмоциональной составляющей работы медицинской сестры наркологического стационара, таким образом, оказывается выше, чем в отделениях другого профиля, что определяет специфику ее деятельности и создает условия для формирования симптомов профессионального выгорания.

Целью настоящего исследования стало выявление социально-гигиенических и психологических аспектов здоровья медицинских сестер наркологических отделений для разработки комплекса мер по совершенствованию профессиональной подготовки, условий работы и качества оказания сестринской помощи.

Решение провести межрегиональное исследование в городах Калуге и Архангельске было вызвано структурными изменениями наркологической и психиатрической помощи в обеих областях, необходимостью сравнительного анализа различных подходов к организации наркологической помощи для создания единых методических подходов к обучению и квалификационным требованиям к работе среднего медицинского персонала.

Проведено обследование 56 медицинских сестер: 34 — наркологического отделения Архангельской областной клинической психиатрической больницы (АОКПБ) и 22 — наркологического диспансера Калужской области (НДКО).

По совместно разработанной методике интервьюирования медицинских сестер был сделан акцент на определение уровней:

- психологической комфортности;
- самооценки и удовлетворенности своей работой;
- отношения к профессиональной деятельности;
- социального статуса.

Для уточнения выявленных психологических особенностей поведения медицинских сестер в условиях работы в наркологическом отделении и вскрытия психологических механизмов обозначившихся проблем в едином бло-

ке с опросником респондентам были предложены экспериментально-психологические методики:

оценка степени “эмоционального выгорания” МВИ К. Маслач и С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой [3]; диагностика межличностных отношений по Т.Лири [1, 8].

При распределении респондентов по возрастным группам обнаружено превалирование медсестер более молодого возраста в наркологической службе Калужской области (табл. 1).

В процессе проведения исследования были выявлены существенные различия в состоянии здоровья медицинских сестер по частоте случаев временной нетрудоспособности (табл. 2).

Данные различия, возможно, связаны с более молодым возрастом медицинских сестер НДКО, а также с влиянием климатических особенностей регионов, так как основную долю случаев временной нетрудоспособности на Севере составили простудные заболевания.

Профессиональным интересом в выборе работы руководствовались 54,48% опрошенных в Калуге и только 29,4% — в Архангельске; материально заинтересованы в работе — 86,26 и 100%, соответственно. Условиями работы не были удовлетворены 40,86 и 23,52% респондентов. 100% лиц, участвовавших в исследовании в обеих больницах, отмечали различные недостатки в материально-технической оснащённости отделений, мешающие качественному уходу за больными; большинство видело достаточно резервов в улучшении организации труда.

Особое внимание в исследовании уделялось вопросам психологии взаимоотношений в системах: врач — медицинская сестра и медицинская сестра — пациент. 40,86%

опрошенных в НДКО и 2,94% в АОКПБ оценивали обстановку в отделении как напряжённую. Взаимоотношения с врачами были не удовлетворены 27,24% калужских и 14,7% архангельских медицинских сестер, примерно такой же процент респондентов не был удовлетворён взаимоотношениями с санитарями-охранниками.

9,09% медицинских сестер НДКО (0% АОКПБ) из тех, кому предлагалось ответить на вопросы тестов, отказались принимать участие в исследовании. Данный отказ может быть интерпретирован по-разному, хотя логично предположить наличие у сестер противоречащих исследователю установок, что свидетельствует о недостаточном взаимопонимании и сотрудничестве между участниками лечебного процесса. С учётом этого, в частности, процент неудовлетворённых обстановкой в отделениях г.Калуги может быть увеличен до 49,95%, а не удовлетворённых взаимоотношениями с врачами — до 36,33%.

В 40,86% случаев выбором на вопрос о предпочтительном характере отношений с врачом при обследовании в НДКО явился ответ «дружеские»; другими словами, около половины сестер претендовали на личные взаимоотношения с врачами; 22,7% стремились установить «формальные» отношения, остальные — «партнерские». По мнению 82,32% сестер АОКПБ, отношения с врачом в процессе работы должны были быть «партнерскими», и медицинская сестра должна ощущать себя равноправным членом (партнером) в лечебном процессе, и только 17,68% считали, что отношения должны быть «формальными» или «дружескими».

Согласовывали свои действия с врачом:

всегда — 18,16% медицинских сестер в НДКО (5,88% в АОКПБ);

Таблица 1

Распределение медицинских сестер Калуги и Архангельска по возрастным группам, %

Возраст, лет	АОКПБ	НДКО
21—30	11,76	18,18
31—40	18,72	31,82
41—50	46,0	27,27
51—60	20,58	22,73
61—70	2,94	0
Всего	100	100

Таблица 2

Частота случаев временной нетрудоспособности медицинских сестер Калуги и Архангельска, %

Частота случаев временной нетрудоспособности	АОКПБ	НДКО
1—3 раза в год	44,10	81,72
4—6 раз в год	35,28	0
7—10 раз в год	11,76	4,54
Не пользуются листом нетрудоспособности	8,86	13,74
Всего	100	100

часто — 59,02% (32,34%);
иногда — 22,82% (61,78%).

Указанная разница в результатах, возможно, связана с круглосуточным графиком работы лечащих врачей в калужской больнице, в результате чего дежурная медицинская сестра не присутствует в отделении без врача.

Сведения об особенностях поведения больных и их родственников доводили до врача:

полностью — 63,56% медсестер в НДКО и 11,76% — АОКПБ,

выборочно — 22,7% (14,7%);

исходя из вопросов врача — 13,74% (73,54%).

Таким образом, врач в 36,32% случаев в НДКО и 79,38% в АОКПБ не получал полной информации о больном. Учитывая, что 22,7% (8,82%) сестер формально взаимодействовали с врачом, 22,82% (61,78%) — иногда советовались с ним, 35,0% (86,0%) — фильтровали информацию о больном, становится очевидным, что врач посвящен в сестринскую деятельность примерно на 65,5 — 80,0% (20,6—30,0%).

70,0% медицинских сестер не верили или сомневались в возможности выздоровления больных. В то же время все медицинские сестры считали, что могут помочь пациентам настроиться на лечение; для этого:

45,4% в НДКО (34,0% в АОКПБ) — убеждали;

54,6% (66,0%) — разъясняли пациентам то, что считают необходимым.

72,64% в НДКО (91,14%) респондентов считали, что пациенты должны испытывать к ним уважение и хотели бы, чтобы им доверяли; остальные удовлетворились бы нейтральным отношением или только симпатией со стороны больных.

В 77,18% случаев в НДКО (38,22% в АОКПБ) у медицинских сестер возникало желание помочь, поддержать пациентов; испытывали к больным сочувствие — 50,0% (22,7%), жалость — 22,7% (35,28%), раздражение — 13,62% (0%), заинтересованность — 0% (8,82%), пренебрежение — 0% (2,94%), у незначительного числа респондентов было безразличное отношение. При этом 40,86% (94,08%) опрошенных сообщали, что им часто приходится сдерживать раздражение на работе, что в определенной степени противоречит предыдущему ответу. Можно предположить, что сдерживаемое раздражение вызвано другими причинами (обстановкой в отделении, взаимоотношениями в коллективе, личными неурядицами и др.), или 27,24% (94,08%) медицинских сестер не стараются сдерживать свое раздражение, или ответы на этот вопрос были даны недостаточно откровенно.

Исследование степени «профессионального выгорания» как состояния физического, эмоционального и умственного истощения [6] выявило, что средний балл по шкале «эмоциональное истощение», понимаемое как чувство эмоциональной опустошенности и усталости в связи с собственной работой, составил 29,5% (27,0%), по шкале «деперсонализация», предполагающей циничное, негуманное отношение к труду и объектам труда, обезличивание пациентов — 22,1% (39,0%), по шкале «редукция личных достижений», выявляющей чувство некомпетентности в своей профессии, осознание неуспеха в ней, — 26,6% (24,3%). Средний балл по трем шкалам составил 26,0% (30,1%).

Более высокий, в целом, показатель «профессионального выгорания» у медицинских сестер АОКПБ, возмож-

но, связан с их большим средним возрастом, а также отмеченной ранее высокой частотой периодов временной нетрудоспособности.

Соотношение стажа работы и степени эмоционального выгорания показало, что половина всех опрошенных медицинских сестер со стажем менее двух лет и более, 60,0% — со стажем более 9 лет имели показатели выше среднего, тогда как у остальных превышение средних значений отмечено только в четверти случаев. Вероятно, в первые 2 года медицинские сестры испытывают сложности в адаптации к работе в наркологическом отделении, затем наступает период психологической стабильности, комфортности, сменяющийся второй волной дезадаптации, нарастанием симптомов «эмоционального выгорания». Эти данные подтверждают зарубежные исследования, указывающие на тесную связь возраста респондентов и возникновения синдрома «профессионального выгорания» [4].

Анализ самооценки медицинских сестер как специалистов, стиля сложившихся отношений между медицинской сестрой и пациентом, а также между врачом и медицинской сестрой был проведен с помощью методики Т. Лири. Респондентам предлагалось выбрать из имеющихся качеств характерные для:

себя как для медицинской сестры; идеальной медицинской сестры;

себя («Я») с точки зрения врача;

себя («Я») с точки зрения пациента.

Ответы оценивались в баллах и распределялись по восьми секторам.

Сравнительный анализ данных показал, что, в целом, медицинские сестры Калуги и Архангельска имели сходные тенденции в формировании личностных профилей социальных ориентаций. Средние показатели по всем шкалам находились в рамках адаптивного поведения. Диаграммы медицинских сестер НДКО были более сглаженными, не имели пиков, что приближало их форму к кругу, имели незначительную динамику изменений, уменьшались внутри диаграмм респондентов АОКПБ; последние же имели большие значения по всем шкалам в рамках значений адаптивного поведения, были более динамичны, имели ярко очерченные пики значений по шкалам агрессивности (7 баллов) в диаграммах образа «Я» и «Я глазами пациента»; в образе «Я» такие пики были выражены по шкалам *авторитарность* и *подчиняемость*, что вносит противоречивость в образ и может прояснить характер эмоциональной неудовлетворенности, выявленной по результатам опросника МВТ. Данное противоречие разрешалось медицинскими сестрами «в идеале» — в пользу авторитарности, значения которой увеличивались с 6 до 10 баллов, а значения подчиняемости уменьшались с 6 до 3 баллов; «в реальности» — увеличением значений по шкале *агрессивность* в образе «Я глазами пациента» с одновременным уменьшением значений по шкалам *авторитарность* и, особенно, *подчиняемость*.

Авторитарный стиль поведения преобладал в отношениях медицинских сестер НДКО с пациентами. Сумма баллов фактора *доминирования* превышала таковую по фактору *дружелюбия* в 1,3 раза. Это не соответствует выявленным тенденциям в формировании образа идеального поведения сестры. Существующее противоречие между формированием последнего и моделью ее поведения с па-

циентами, возможно, является одной из причин эмоционального выгорания. Такое не удовлетворяющее медицинскую сестру поведение может быть обусловлено привычными позициями самих пациентов, которые они пытаются ей навязать, видя в ней «преследователя» либо «спасателя» [2], с ролью которых сестре приходится соглашаться в силу отсутствия адекватной научной модели поведения с пациентами с синдромом зависимости. В то же время, оценив свое поведение с точки зрения врача, респонденты обнаружили те же тенденции, что и при создании образа «Я» и идеального образа, что свидетельствует об ориентации медицинской сестры на выстраивание отношений с врачом, проявлении в этом большей заинтересованности и озабоченности; по отношению же к пациентам она преимущественно занимает доминирующую, родительскую позицию.

Структура выявленных социально-психологических особенностей позволяет осуществлять дифференцированный подход к планированию коррекционных мероприятий, направленных на снижение и профилактику симптомов профессионального выгорания медицинских сестер наркологических отделений. Суммируя результаты анонимного опроса и экспериментально-психологических методик, предложения по улучшению работы среднего медицинского персонала можно сформулировать следующим образом:

улучшение материально-технической оснащенности отделений;

активное осуществление материального стимулирования;

поэтапное повышение качества психологической подготовки медицинских сестер, направленное на:

— осознание ответственности за создание оптимального климата в коллективе;

— освоение навыков психотерапевтической работы;

— формирование адекватных терапевтических отношений с пациентами;

— профилактику симптомов «профессионального выгорания» с учетом возраста и стажа работы в наркологическом стационаре.

Руководителям сестринской службы учреждений, вероятно, необходимо пересмотреть планы подготовки медицинских сестер с акцентом на сложность адаптации вновь принятого на работу персонала (именно они составляют наибольший процент уволившихся) и проводить работу по профилактике эмоционального выгорания у медицинских сестер с большим стажем работы.

Подобные исследования дают возможность выяснения приоритетных направлений в работе медицинских сестер по улучшению качества оказываемой наркологической помощи и конкретизации этапов необходимых изменений ее в условиях реформирования наркологической службы.

Список литературы

1. Ахмеджанов Э.Р. Психологические тесты. — М., 1995. — С. 143—147.
2. Берн Э. Транзакционный анализ и психотерапия/ Пер. с англ. — С-ГЖ, 1992. — 223 с.
3. Водопьянова Н.Е., Серебрякова А.Б., Старченкова Е.С. Синдром «психического выгорания» в управленческой деятельности // Вестник СПб ГУ. — Серия 6, вып. 2 (13). — 1997.
4. Матулене Г. О социальной адаптации к деятельности // Психологический журнал. — 2000. — Т.23, №5. — С. 108—112
5. Немировский О.Н., Ольшевская С.С. Участие среднего медицинского персонала в лечении больных алкоголизмом. — Л.: Медицина, 1986. — 165 с.
6. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы // Психологический журнал. — 2001. — №1. — С. 90—101.
7. Рязанцев В.А. Психотерапия и деонтология в наркологии. — Киев, 1990. — 108 с.
8. Собчик Л.Н. Диагностика межличностных отношений: модифицированный вариант интерперсональной методики Т. Лири. — М., 1990. — 48 с.

SOCIAL-PSYCHOLOGICAL PORTRAIT OF MEDICAL NURSE IN ADDICTOLOGICAL HOSPITAL

BOGDANOVA N.E.	Head of Department of Kaluga Regional Addictological Hospital
GUZENKO O.A.	Deputy Head Physician of Arkhangelsk Regional Clinical Mental Hospital
SIDOROV P.I.	Dr.med.sci., professor, Academician RAMS, Rector of Northern State Medical University, Arkhangelsk
SOLOVIEV A.G.	Dr.med.sci., professor, Deputy Director of Institute of Psychology and Psychiatry, Northern State Medical University, Arkhangelsk

The interregional study of 56 medical nurses of addictological departments in Kaluga and Arkhangelsk was carried out. The social-psychological features of medical nurses' behavior in systems: "medical nurse — physician", "medical nurse — patient" were studied. The structure of occupational "burning out" was analyzed; its interrelation with medical nurses' personal features, age, duration of work, differences in structure of addictological aid organization were established. The necessity of taking into account the social-psychological features of occupational activities is shown, the possible ways of changes in work with mid-level medical personnel of addictological departments for working out of measures for improvement of rendered aid quality was proposed.