

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ЛИЧНОСТИ У МЕДСЕСТЕР РАЗНЫХ ПРОФИЛЕЙ

Л.В. Димитрова, В.М. Двуреченская, О.В. Мансурова, Г.Н. Уварова
Центр повышения квалификации специалистов
со средним медицинским и фармацевтическим образованием, Ростов-на-Дону
E-mail: olga_mansurova@list.ru

Приводятся результаты изучения профессиональной деформации личности у медсестер психиатрического, хирургического, терапевтического, педиатрического профилей.

Ключевые слова: профессиональная деформация личности, агрессия, действенная эмпатия, профессиональная коммуникативная компетентность.

Профессиональная деятельность медсестры имеет определенные особенности, обусловленные работой в условиях постоянного контакта с пациентами, психика которых изменена заболеваниями, высоким уровнем ответственности за жизнь и здоровье людей. На личность медсестры негативно действуют ряд факторов, предрасполагающих к возникновению и развитию профессиональной деформации личности.

По мнению Т.А. Жалагиной, профессиональная деформация личности представляет собой результат ее адаптации к условиям конкретной деятельности и социального окружения [3, с. 39]. Профессиональная деформация проистекает не из самой деятельности, а из вариантов адаптации к ней. Р. Конечный, М. Боухал считают, что профессиональная деформация постепенно формируется вследствие профессиональной адаптации. Эмоциональное восприятие страданий и горя других людей со временем притупляется [1, с. 51], результатом чего являются привыкание к травмирующим факторам профессиональной деятельности и как следствие – эмоциональная холодность.

У медсестер психиатрических, хирургических, терапевтических и педиатрических лечебно-профилактических учреждений сестринский процесс различен. Специфика деятельности медсестры психиатрического профиля заключается в том, что психологическое сопровождение составляет значительную часть работы медсестры. Особое значение придается наблюдению за пациентами, за изменением их состояния, эмоционального фона. Психическое расстройство может представлять не-

посредственную угрозу и для самого пациента, и для окружающих [5, с. 12]. У пациентов психиатрического отделения часто бывают состояния, когда общение с ними невозможно. В этих случаях используют насильственное удержание пациента, «фармакологическое связывание» путем введения нейролептиков, или фиксацию путем связывания [4, с. 292].

Медсестра хирургического профиля осуществляет уход за пациентами в предоперационном и послеоперационном периодах. Основная ее задача – создание оптимальных условий для выздоровления, предотвращение осложнений, связанных с особенностями оперативного метода лечения. Деятельность медсестры хирургического профиля включает в себя весь спектр высокотехнологичных сестринских вмешательств (перевязки, инъекции, инфузии, трансфузии, дренирование полых органов и уход за дренажами) [2, с. 32–36].

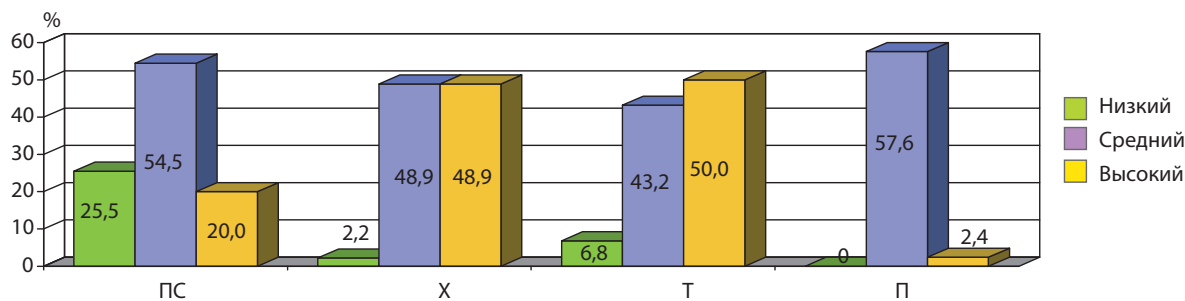
Медсестры терапевтического профиля используют в своей деятельности общие медицинские знания и умения. Основная задача медсестры – уход за пациентами, своевременное выполнение врачебных назначений.

Специфика деятельности медсестры педиатрического профиля заключается в том, что она работает и с пациентом, и с его окружением. Медсестра обязана владеть коммуникативными навыками. Трудности могут быть связаны с установлением контакта с детьми, их родителями и родственниками, с подготовкой пациента к применению диагностических и лечебных методов; в процесс обследования и выполнения медицинских манипуляций необходимо включать игровые моменты.

Проявления профессиональной деформации личности у медсестер разных профилей мало изучены, в связи с чем и предпринято данное исследование.

Целью работы было изучить особенности проявлений профессиональной деформации личности у медсестер психиатрического, хирургического, терапевтического и педиатрического профилей.

В ходе исследования применялись следующие методики: «Уровень профессиональной дефор-



Уровень профессиональной деформации личности у медсестер разных профилей; Пс – психиатрический профиль; Х – хирургический; Т – терапевтический; П – педиатрический

мации личности» (И.В. Тихонова); опросник для выявления форм агрессивных и враждебных реакций Басса–Дарки (в адаптации Э.Ф. Зеера, Э.Э. Сыманюк); опросник «Эмпатия» (А.А. Меграбяна в адаптации Э.Ф. Зеера и Э.Э. Сыманюк); методика диагностики коммуникативной толерантности (В.В. Бойко); тест «Профессиональная коммуникативная компетентность медсестры» (И.В. Тихонова); методика «Мотивация профессиональной деятельности» (К. Замфир в модификации А. Реана); методика измерения уровня рефлексивности (А.В. Карпов, В.В. Пономарева).

Из методов математической и статистической обработки данных применены: описательная статистика, определение достоверности различий (параметрический критерий Стьюдента, непараметрические критерии Манна–Уитни, Краскала–Уоллеса); расчет индексов организованности структуры (по методике А.В. Карпова).

Исследование проводилось на базе Центра повышения квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием (Ростов-на-Дону). В исследовании приняли участие 203 медсестры в возрасте от 31 до 56 лет с непрерывным медицинским стажем работы в отделении одного профиля – от 8 до 35 лет. Обследуемые были подразделены на 4 группы: 55 медсестер психиатрических учреждений; 45 – хирургических; 44 – терапевтических; 59 – педиатрических.

В результате анализа данных по методике «Уровень профессиональной деформации личности» (И.В. Тихонова) были определены уровни профессиональной деформации личности у медсестер разных профилей (см. рисунок).

Как видно из рисунка, у психиатрических медсестер выявлен более низкий уровень (25,5%) профессиональной деформации личности, чем у медсестер хирургического (2,2%), терапевтического (6,8%), педиатрического профилей (0%). Они меньше подвержены профессиональной деформации личности. Это связано с тем, что психологическое сопровождение является основной их задачей, т.е. медсестры являются

более психологически компетентными. Медсестры этого профиля воспринимают пациентов как людей, не всегда способных отвечать за свое поведение, часто некритичных к своему заболеванию в отличие от больных с соматическими и хирургическими заболеваниями. Нередко в состоянии пациентов психиатрических учреждений отсутствует положительная динамика. Медсестры психиатрических отделений являются в основном исполнителями врачебных назначений и гораздо меньше отвечают за результативность лечения. Эффективность лечения, например, хирургических пациентов, напротив, во многом зависит и от усилий медсестер. Медсестры психиатрического профиля меньше склонны преувеличивать значимость своей профессии или своей профессиональной роли и переносить профессиональные стереотипы поведения и реагирования в непрофессиональную жизнь.

Проявления агрессии (агрессия в контексте данного исследования понимается как причинение пациентам психического или физического вреда) у медсестер разных профилей также различаются качественно и количественно. Для медсестер психиатрического профиля характерно проявление вербальной агрессии (у 46,3% испытуемых) и косвенной агрессии (у 39%). Медсестры хирургического профиля склонны к проявлению физической агрессии (в 50% случаев), раздражения (в 45,5%) и косвенной агрессии (в 40,9%). У медсестер терапевтического профиля ярко проявляется тенденция к косвенной агрессии (48,8%). Для медсестер педиатрического профиля характерна высокая степень склонности к косвенной агрессии (49,2%), раздражению (44,1%), вербальной агрессии (39%). Обращает на себя внимание такой доминирующий во всех группах показатель формы агрессивной реакции, как косвенная агрессия. Для оценки достоверности различий между группами по показателям агрессии использовался Н-критерий Краскала–Уоллеса. Выявлены различия между группами по выраженности физической агрессии ($H=23,703$; $p=0,000$). На основании полученных данных уста-

новлено, что высокий уровень проявления физической агрессии достоверно выше в группе медсестер хирургического профиля.

У медсестер независимо от профиля лечебного учреждения уровень действенной эмпатии ниже уровня сопереживания. Для изучения достоверности различий между показателями сопереживания и действенной эмпатии использовался критерий Стьюдента для зависимых выборок.

В ходе исследования профессиональной коммуникативной компетентности медсестер установлены различия между группами по степени включенности коммуникативных ценностей в профессиональный идеал медсестры ($N=8,506$; $p=0,037$). Медсестрам хирургического профиля присуща более низкая степень включенности коммуникативных ценностей в профессиональный идеал. Обнаружены различия между группами по профессионализации общения ($N=10,149$; $p=0,017$). Более высокая степень преобладания профессиональных коммуникативных умений над общими навыками и умениями выявлена у медсестер педиатрического профиля.

Исследование коммуникативной толерантности медсестер показало, что независимо от их профиля уровень коммуникативной толерантности у них низок. Выявлены статистически достоверные различия между группами по следующим компонентам: показатель категоричность и консерватизм в оценке людей ($N=17,39$; $p=0,0006$); неумение скрывать отрицательные эмоции при столкновении с некоммуникабельностью партнеров ($N=10,53$; $p=0,0146$). У медсестер терапевтического профиля интолерантность больше всего проявляется как категоричность и консерватизм в оценке людей. Медсестры педиатрического профиля испытывают затруднения, когда следует скрывать или сглаживать неприятные чувства, возникающие при интерпретации качеств партнера по общению как затрудняющих коммуникацию.

В ходе исследования мотивации профессиональной деятельности медсестер лечебных учреждений разных профилей обнаружены значимые различия между группами по внутренней мотивации – ВМ ($N=11,379$; $p=0,010$), внешней положительной мотивации – ВПМ ($N=11,200$; $p=0,011$) и внешней отрицательной мотивации – ВОМ ($N=10,106$; $p=0,018$). Результаты исследования свидетельствуют о том, что ВМ достоверно выше у медсестер хирургического профиля. Для медсестер хирургического и терапевтического профилей характерен более высокий уровень ВПМ. Медсестры терапевтического профиля демонстрируют также более высокий уровень ВОМ, т.е. медсестрам терапевтического профиля свойственен отрицательный, неоптимальный (ВМ = ВПМ = ВОМ) мотивационный ком-

плекс. Из полученных данных следует, что у медсестер терапевтического профиля мотивационный комплекс личности значительно негативнее, чем у медсестер других профилей. Медсестры преимущественно ориентируются на адаптивную стратегию профессионального развития.

Анализ данных исследования рефлексивности медсестер показал, что у медсестер хирургического и терапевтического профилей уровень рефлексивности ниже, чем у медсестер других профилей. Низкий уровень рефлексивности не позволяет переосмысливать собственный опыт, стереотипы поведения. Различия между группами по видам рефлексии статистически значимы только по показателю рефлексии настоящего ($N=9,498$; $p=0,023$). Медсестры хирургического и терапевтического профилей менее склонны к проявлению рефлексии настоящего.

Результаты исследования позволяют заключить, что психологические особенности проявлений профессиональной деформации личности представлены:

- у медсестер психиатрического профиля: вербальной, косвенной агрессией; коммуникативной интолерантностью, которая проявляется использованием себя в качестве эталона для оценки других;
- у медсестер хирургического профиля: физической агрессией, раздражением, косвенной агрессией; профессиональной деформацией когнитивного компонента коммуникативной компетентности; низким уровнем рефлексивности, рефлексией настоящего, низкой степенью интегрированности компонентов рефлексии;
- у медсестер терапевтического профиля: низким уровнем действенной эмпатии; низким уровнем рефлексивности, рефлексией настоящего; высоким уровнем ВОМ профессиональной деятельности, мотивационный комплекс личности значительно негативнее, чем у медсестер других групп; косвенной агрессией; коммуникативной интолерантностью, которая больше всего проявляется как категоричность и консерватизм в оценке людей;
- у медсестер педиатрического профиля: косвенной агрессией, раздражением, вербальной агрессией; профессиональной деформацией поведенческого компонента коммуникативной компетентности; коммуникативной интолерантностью, которая больше всего проявляется как неумение скрывать или сглаживать неприятные чувства, возникающие при столкновении с некоммуникабельными качествами партнеров.

Литература

1. Абрамова Г.С., Юдич Ю.А. Психология в медицине. – М.: ЛПА «Кафедра-М», 1998. – 272 с.
2. Богомазова Т.В., Греков И.Г. Структурно-количественный анализ сестринских технологий в периоперативном периоде у пациентов хирургического отделения ЦРБ // Главная медицинская сестра. – 2008; 4: 29–39.
3. Жалагина Т.А. Психологическая профилактика профессиональной деформации личности преподавателя вуза : дис. ... д-ра психол. наук. – Тверь, 2004. – 309 с.
4. Крючкова А.В., Теслинов И.В., Чайкина Н.Н. О преподавании сестринского дела в психиатрии студентам Института сестринского образования // Вест. новых медицинских технологий. – 2010; 17 (2): 291–293.

5. Куприянова Г.Г. Этика медсестры психиатрического учреждения // Медицинская сестра. – 2000; 6: 11–12.

PROFESSIONAL PERSONALITY DEFORMITY IN NURSES OF DIFFERENT PROFILES

L.V. Dimitrova, V.M. Dvurechenskaya, O.V. Mansurova, G.N. Uvarova

Center for Advanced Training of Middle-Level Medical and Pharmaceutical Specialists, Rostov-on-Don

The paper gives the results of an investigation identifying professional personality deformity in psychiatric, surgical, therapeutic, and pediatric nurses.

Key words: professional personality deformity, aggression, effective empathy, professional communication competence.

ХРОНИКА

Новая эра в лечении венозных тромбозов



26 ноября 2013 г. состоялось пресс-мероприятие, посвященное лечению венозных тромбозов. На нем выступили профессор Ю.М. Стойко, главный хирург Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова, К. Агуар, вице-президент Португальского кардиологического общества, Д.В. Власов, руководитель направления по развитию Медицинского отдела компании «Байер».

Тромбоз глубоких вен (ТГВ) встречается у 10–20% современного населения и опасен, в первую очередь, развитием тромбоза легочной артерии (ТЭЛА) – отрывом фрагмента тромба и переносом его с током крови в легочные артерии. Примерно 1 из 10 пациентов с ТЭЛА умирает, что делает это заболевание одной из ведущих причин смерти в больнице. Ежегодно тромбоз глубоких вен голени и тромбоз легочной артерии являются причиной смерти более 3 млн. человек.

Отсутствие специфических симптомов и позднее обращение пациентов за помощью часто ведут к запоздалой диагностике и несвоевременно начатому лечению. При этом количество диагнозов, тромбозы и тромботические осложнения, растет в течение последних

двух десятилетий и прогноз по заболеваемости неутешительный.

Тромбоз представляет собой образование сгустка крови внутри кровеносного сосуда, приводящее к нарушению кровотока по вене (венозный тромбоз) или артерии (артериальный тромбоз). Венозные тромботические осложнения возникают при перемещении тромба или его фрагментов по кровотоку, что в конечном итоге приводит к перекрытию другого сосуда. Именно с венозными и артериальными тромботическими осложнениями связан ряд серьезных и угрожающих жизни состояний. В случае артериальных тромботических осложнений тромб служит препятствием поступлению насыщенной кислородом крови из сердца к другому органу (по какой-либо артерии). Если речь идет о сосуде, кровоснабжающем головной мозг, подобное состояние может послужить причиной инсульта, в свою очередь, приводящего к тяжелым функциональным нарушениям или смертельному исходу.

Венозные и артериальные тромботические осложнения вносят существенный вклад в общую структуру заболеваемости и смертности, требуя как активного лечения, так и надлежащих мер профилактики для предотвращения потенциально серьезных или даже смертельных исходов.

До сегодняшнего момента стандартная терапия заключалась в применении ежедневных инъекций гепарина с последующим переходом на пероральный прием антагониста витамина К. Теперь есть новое решение – пероральный антикоагулянт ривароксабан. Он является ингибитором Ха-фактора – ключевого звена коагуляционного каскада свертывания крови. В отличие от существующих схем лечения при применении ривароксабана не требуется контроль параметров коагуляции.