

НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕДСЕСТЕР ПСИХИАТРИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЕЙ

А.В. Худяков, проф., Д.А. Шуненков, А.Е. Сурина, А.В. Урсу, В.А. Шмакова

Ивановская государственная медицинская академия

Российская Федерация, 153012, Иваново, Шереметевский просп., д. 8

E-mail: app237110@yandex.ru

Приведены результаты сравнительного анализа психологических особенностей медсестер, работающих в медицинских организациях психиатрического/наркологического и терапевтического профилей.

Ключевые слова: медсестры, психологические особенности, эмоциональное выгорание.

Для цитирования: Худяков А.В., Шуненков Д.А., Сурина А.Е., Урсу А.В., Шмакова В.А. Некоторые психологические особенности медсестер психиатрического и терапевтического профилей. Медицинская сестра. 2018; 20 (7): 51–3. <https://doi.org/10.29296/25879979-2018-07-11>

Психологическая сторона деятельности медсестер чрезвычайно важна. В литературе встречаются публикации, посвященные удовлетворенности работой, терминальным ценностям и другим психологическим факторам [1], синдрому эмоционального выгорания [3], его терапии и профилактике. Практическую и научную значимость представляет сопоставление психологических особенностей медсестер разных специальностей. По специально разработанной анкете был проведен опрос 52 медсестер, работающих в психиатрической и наркологической больницах (средний возраст – $43,6 \pm 12,1$ года) и 22 медсестер терапевтического профиля ($40,0 \pm 13,6$ года). Большая часть испытуемых являлись сотрудниками стационаров (соответственно 85 и 100%); 15% медсестер психиатрического профиля работали в амбулаторном звене здравоохранения.

Среди опрошенных преобладали палатные медсестры (более половины). По общему трудовому стажу группы респондентов значимо не различались: стаж >20 лет был у половины опрошенных; 1/3 психиатрических медсестер и 1/4 терапевтических проработали по своей специальности ≥ 20 лет.

Мотивы выбора работы в медицине были следующими (в порядке убывания значимости): интерес к медицине, стремление оказывать помощь людям, рекомендации значимых личностей. Семейные традиции особой роли не играли.

Выбор конкретного места работы у медсестер психиатрического профиля был более осознанным: в 31%

случаев – материальные соображения, в 29% – интерес именно к этой области медицины; у 21% опрошенных выбор места работы был случайным, в ряде случаев имело значение близость места (в 41% случаев) работы к месту жительства. Медсестры терапевтического профиля чаще выбирали место работы случайно.

В обеих группах удовлетворены выбором профессии и места работы и никогда не жалели о нем половина опрошенных (соответственно 63 и 50%); удовлетворены частично и при лучшем варианте сменили бы профессию около 1/3; выбранная профессия не устраивала соответственно 6,0 и 13,5%.

Основными причинами неудовлетворенности работой у всех медсестер являются низкая оплата труда, психологические перегрузки, большой объем работы. Неожиданным оказалось недовольство медсестер терапевтического профиля непредсказуемостью поведения больных, в то время как для психиатрических медсестер этот фактор оказался незначимым.

Только 12% медсестер психиатрического профиля и 18% терапевтических медсестер удовлетворены своей заработной платой. Ее желаемый уровень колебался от 15 до 90 тыс. руб. При этом преобладало притязание на зарплату 30–40 тыс. руб.

Считают коллектив одной большой семьей, а место работы – вторым домом 58,0% медсестер психиатрического профиля и 45,5% – терапевтического; соответственно 23,0 и 27,0% считают, что отношения в коллективе без душевного тепла неприемлемы. Однако ряд медсестер отметили определенные проблемы: не складываются отношения с руководством и отдельными членами коллектива.

Тактика общения с больными оказалась сходной в обеих группах: каждая 3-я медсестра считает, что медицинский персонал должен доминировать и диктовать правила поведения больным; такова же доля медсестер, считающих, что отношения должны быть равноправными; менее популярной оказалась позиция «пациент всегда прав» (соответственно 12 и 18%). Часть опрошенных признались, что среди больных есть «любимчики» и те, кто неприятен.

В ходе исследования был использован ряд психометрических методик. Применялся тест Бека, определяющий уровень тревожности. Значимых различий

по уровню тревожности между группами выявлено не было. У подавляющего большинства (>90%) обнаружен незначительный уровень тревожности, у остальных он был средним и очень высоким (только у медсестер терапевтического профиля).

В последнее десятилетие уделяется внимание феномену гелотофобии (патологический страх показаться смешным), впервые описанному М. Титцем и рассматриваемому им в качестве особой формы социофобии [6]. Для определения этого феномена использовался опросник GELOPH<15> (Ruchetal., 2009; адаптация Е.А. Стефаненко и соавт., 2009) [6], по данным которого более чем у половины (соответственно у 56 и 55%) опрошенных отсутствовали признаки гелотофобии; пограничная его выраженность отмечалась соответственно у 38 и 45%. У медсестер психиатрического профиля определена его легкая выраженность (у 4%) и только у 2% – выраженная гелотофобия.

Для исследования степени выраженности социальной тревожности использовался соответствующий опросник, разработанный О.А. Сагалаковой и Д.В. Труевцевым в 2012 г. Статистически значимых различий по уровню социальной тревожности между группами медсестер психиатрического и терапевтического профилей не выявлено.

Наиболее яркой формой социальной тревожности является клиническая социофобия (боязнь каких-либо общественных действий, например публичных выступлений, и др.), отмеченная у 6,3% медсестер психиатрического профиля и у 14,1% – терапевтического. Выраженность социальной тревожности распределена так: у 6,3% психиатрических медсестер и у 4,7% терапевтических – высокий уровень социальной тревожности; соответственно у 17,9 и 23,9% – повышенный, соответственно у 46,3 и 23,9% – умеренно повышенный; соответственно для 23,1 и 9,4% характерно отсутствие социальной тревожности в большинстве жизненных ситуаций, однако она эпизодически может проявляться в ряде бытовых ситуаций и(или) в случае личностного общения; у 23,9% медсестер терапевтического профиля социальная тревожность не выражена.

Существуют 2 основных мнения о синдроме эмоционального выгорания: 1-е рассматривает выгорание в качестве синдрома, состоящего из нескольких симптомов разной степени выраженности; 2-е представляет выгорание как процесс, а индивида, имеющего этот синдром, – находящимся на одной из его стадий. Опросником, отражающим 1-е мнение является методика диагностики уровня профессионального выгорания Бойко (использованная нами в предыдущих работах [3]), а 2-е – опросник выгорания Маслач, адаптированный в России Водопьяновой [2]. Последний предназначен для определения степени выраженности синдрома выгорания (перегорания) у профессионального контингента, в том числе – у медицинских работ-

ников. Опросник состоит из ряда пунктов, по которым можно вычислить значения 3 шкал: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция профессиональных достижений» [2].

Результаты тестирования показали, что статистически значимые различия между группами отсутствуют. Низкий уровень эмоционального истощения отмечен соответственно у 57 и 54% медсестер, средний – у 25 и 36%, высокий – у 10 и 5%, очень высокий – у 8 и 5%. Эмоциональное истощение проявляется сниженным эмоциональным тонусом, повышенной психической истощаемостью и аффективной лабильностью, утратой интереса и позитивных чувств к окружающим, ощущением «пресыщенности» работой, неудовлетворенностью жизнью в целом [2].

С помощью данного теста исследовали также уровень деперсонализации. В психиатрии последняя рассматривается как симптом, проявляющийся искаженным восприятием окружающей реальности и самого себя. В данном случае деперсонализация рассматривалась как эмоциональное отстранение и безразличие, формальное выполнение профессиональных обязанностей без личностной включенности и сопереживания; возможны также негативизм и циничное отношение. На поведенческом уровне деперсонализация проявляется высокомерным поведением, использованием профессионального сленга, юмора, ярлыков [2]. Статистически значимых различий между группами медсестер психиатрического и терапевтического профилей по выраженности деперсонализации выявлено не было. Низкий уровень деперсонализации отмечен у 8,2% сестер психиатрического профиля и у 32,0% – терапевтического, средний – соответственно у 53,0 и 32,0%, высокий – у 19,4 и 13,0%, очень высокий – у 19,4 и 23,0%.

Уровень редукции профессионализма отражает степень удовлетворенности медицинского работника собой как личностью и как профессионалом [1]. Низкий уровень редукции отмечен у 42,9% медсестер психиатрического профиля и у 14,0% – терапевтического, средний – соответственно у 33,7 и 45,0%, высокий – соответственно у 13,2 и 9,0%, очень высокий – у 10,2 и 32,0%. Эти данные отражают тенденцию к негативной оценке своей компетентности и продуктивности и как следствие – к снижению профессиональной мотивации, нарастанию негативизма в отношении служебных обязанностей, тенденцию к снятию с себя ответственности, к изоляции от окружающих, отстраненности и неучастию, избеганию работы сначала психологически, а затем – физически [2]. По данному показателю медсестры психиатрического и терапевтического профилей значимо различались ($p < 0,01$). Это свидетельствует о том, что у медсестер, работающих в психиатрии, степень удовлетворенности собой как личностями и как профессионалами достоверно выше, чем у медсестер терапевтического профиля.

Таким образом, психологические особенности медсестер психиатрического и терапевтического профилей имеет много сходных параметров. Исключение составляет критерий редуции профессиональных обязанностей, по которому медсестры психиатрического профиля оказались более благополучными, чем терапевтического. С этим соотносится тенденция к более осознанному выбору места работы, свойственная медсестрам психиатрического профиля. Показательно также, что, вопреки ожиданиям, опасения непредсказуемого поведения больных свойственны только медсестрам терапевтического профиля.

Литература

1. Голенков А.В. Удовлетворенность работой и терминальные ценности у медицинских сестер. Главная медицинская сестра. 2009; 11: 137–46.
2. Опросник выгорания Маслач. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.psylab.info/Опросник_выгорания_Маслач Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Опросник социальной тревоги и социофобии. Мед. психол. в России: электрон. науч. журн. 2012; 4 (15). URL:<http://medpsy.ru>
3. Смирнова О.Ю., Худяков А.В. Терапия и профилактика синдрома эмоционального выгорания. Медицинская сестра. 2011; 7: 36–40.

4. Стефаненко Е.А., Иванова Е.М., Ениколопов С.Н., Проер Р., Рух В. Диагностика страха выглядеть смешным: русскоязычная адаптация опросника гелотофобии. Психологический журнал. 2011; 32 (2): 94-108.

COMPARATIVE ANALYSIS OF SOME PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PSYCHIATRIC AND THERAPEUTIC NURSES

Prof. A.V. Khudyakov, D.A. Shunenko,
A.E. Surina, A.V. Ursu, V.A. Shmakova
Ivanovo State Medical Academy
8, Sheremetevsky Prosp. Ivanovo 153012, Russian Federation

The paper gives the results of a comparative analysis of the psychological characteristics of nurses working in psychiatric/narcologic and therapeutic facilities.

Key words: nurses, psychological characteristics, burnout.

For reference: Khudyakov A.V., Shunenko D.A., Surina A.E., Ursu A.V., Shmakova V.A. Comparative analysis of some psychological characteristics of psychiatric and therapeutic nurses. Meditsinskaya Sestra. 2018; 20 (7): 51–3. <https://doi.org/10.29296/25879979-2018-07-11>