

БАЛИНТОВСКИЕ ГРУППЫ КАК ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ МЕДСЕСТЕР

Т.Г. Снегирева, Ю.Е. Шадрина

Российский университет дружбы народов,
Российская Федерация, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 10, корпус 2

E-mail: yuliash@ya.ru

Представлены возможности применения метода Балинтовских групп для профилактики профессиональной деструкции медсестер в условиях растущих требований к медицинскому персоналу.

Ключевые слова: Балинтовские группы, профессиональная деструкция, эмоциональное выгорание, качество жизни, психопатологические состояния.

Для цитирования: Снегирева Т.Г., Шадрина Ю.Е. Балинтовские группы как профилактика профессиональной деструкции медсестер. Медицинская сестра. 2019; 21 (7): 48–50. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-07-10>

Современные условия работы сестринского персонала подразумевают не только формальное исполнение непосредственных обязанностей, но и реализацию коммуникативных задач общения с пациентами. Медсестры все чаще сталкиваются с пациентами, которые требуют более внимательного отношения к себе. Поэтому коммуникативная составляющая приобретает особое значение при будущей оценке деятельности медицинского персонала и медицинского учреждения в целом. Учитывая пациентоориентированность и профессиональную деструкцию медсестер, существует возможность субъективного обесценивания собственной трудовой деятельности, к чему руководители могут невольно сами подвести персонал.

Растущий ритм жизни в больших городах приводит к накоплению эмоционального и психологического напряжения, что требует выхода. Внешний эмоциональный фон и внутреннее подавление негативных эмоций способствуют росту напряженности на работе и в семье, что определенным образом сказывается на снижении трудовой активности, социальной адаптации и качестве жизни медсестер.

Качество жизни – понятие, важное не только для здравоохранения, но и для всех сфер современной жизни, так как конечной целью общества является благополучие человека [1].

Профессиональная квалификация медсестер подразумевает знание симптомов и синдромов заболе-

ваний, основ нозологии и валеологии. Необходимо понимать специфику возможных подходов к пациенту: как к больному или как к носителю болезни? Психика больного с момента начала заболевания оказывается в необычном для него состоянии, так как в связи с болезнью нарушается привычный ритм жизни, труда, отдыха, сна и бодрствования, происходит перестройка ощущений. Структура внутренней картины болезни состоит из нескольких уровней, связанных с локализацией болей, с различными видами эмоционального реагирования на отдельные симптомы заболевания; с размышлениями пациента о причинах и последствиях заболевания, и, что особенно важно, с отношением больного к своему заболеванию, необходимостью изменения поведения и привычного образа жизни, сохранению здоровья и качества жизни.

Психологический контакт медсестры с пациентом начинается уже на первом этапе работы с ним (обследование) и продолжается на протяжении всего процесса сестринского ухода. При этом для медсестры важно поддерживать позитивные отношения с пациентом, что является также залогом успешной постановки сестринского диагноза и качественного понимания (интерпретации) симптомов заболевания.

Дезадаптация на фоне профессиональной деструкции не должна влиять на коммуникацию, которую осуществляет медсестра в процессе работы с пациентами. Психотравмирующие факторы не должны создавать ситуации, когда медсестра, вследствие накопленного негатива, вынуждена выплескивать эмоции на пациентов.

Работа в Балинтовских группах необходима для снижения влияния стрессогенных факторов. Обсуждая рабочие ситуации с коллегами, медсестры перерабатывают эмоциональные состояния, возникшие в процессе работы.

Результаты исследования

Балинтовская группа – это тренинг для специалистов, чья профессиональная деятельность сопряжена с активной эмоциональной включенностью в коммуникацию с пациентом [4]. Традиционные балинтовские тренинги рассчитываются чаще на летний пе-

Сравнение эффективности работы в Балинтовских группах медицинских работников с продолжительным опытом участия, с небольшим опытом и без опыта участия

Вопросы	Участие в Балинтовской группе с периодом <1,5 лет, значение (мин-макс)	Участие в Балинтовской группе с периодом >1,5 лет, значение (мин-макс)	Контрольная группа, значение (мин-макс)
Можете ли вы себе позволить кофе-брейк каждый день? 0: нет, никогда; 10: да, всегда	6,8 (1–9)	9,17 (8–10)	5,74 (2–10)
Случается ли так, что вам приходится работать во время обеденного перерыва? 0: очень часто; 10: очень редко	3,8 (1–9)	6,25 (1–10)	3,86 (0–10)
Часто ли случается так, что вы выходите за рамки привычного темпа работы? 0: всегда; 10: никогда	2,4 (1–5)	6,46 (3–9)	3,90 (0–10)
В какой степени у вас есть задания, в процесс принятия решения по которым вы не были вовлечены? 0: очень часто; 10: очень редко	3,8 (1–7)	6,63 (2–9)	3,98 (1–9)
Ощущаете ли вы, что вовлечены в принятие решений, которые важны для вашей рабочей ситуации? 0: нет; 10: да	6,0 (2–9)	8,13 (5–10)	5,79 (3–10)
Пытаетесь ли вы контролировать удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием, например, путем регулярных визитов? 0: нет, никогда; 10: да, систематически	6,0 (3–10)	7,0 (3–10)	5,19 (0–10)
Располагаете ли вы возможностью для участия во внутренних рабочих тренингах, например, обсуждение вопросов? 0: нет времени; 10: да, мы регулярно обсуждаем	4,6 (1–10)	7,92 (1–10)	5,05 (0–10)
Ощущаете ли вы усиленный контроль пациентов над вами? 0: да; 10: нет	7,0 (3–10)	7,54 (5–10)	5,98 (2–9)

риод с еженедельными встречами в течение 1,5-часового группового обсуждения. В группах обычно 5–10 или 8–12 человек, поэтому есть возможность рассмотреть и проанализировать различные случаи, связанные с коммуникацией с пациентами [5, 6]. Для описания эффекта, получаемого от проведения тренингов в балинтовских группах, обратимся к нашему исследованию и анализу ранее полученных результатов исследований [7]. Для сравнения все участники были поделены на 3 группы: в 1-ю группу вошли участники Балинтовской группы с периодом <1,5 лет, во 2-й группе были участники Балинтовской группы с периодом >1,5 лет. 3-я группа – контрольная – состояла из тех, кто не принимал ранее участия в таких группах. В таблице приводятся результаты опроса участников всех 3 групп. При создании тестовых вопросов использовалась шкала от 0 до 10, где значение 0 – наименее благоприятный, а 10 – наиболее благоприятный. После завершения тренингов среди участников был проведен опрос для закрепления эффекта от его проведения. Ниже приводится перечень вопросов для участников опроса [6].

Вопросы для оценки эффективности проведенного тренинга среди участников Балинтовской группы:

- Считаете ли вы, что Балинтовская группа полезна для участников? Почему да или почему нет?
- Отличается ли работа в этой группе от другой такой же группы или схожей?

- Что вам больше всего понравилось в группе?
- Что бы вы хотели изменить?
- Какую самую ценную информацию вы получили в процессе тренинга в Балинтовской группе?
- Что вы узнали о практике медицины в процессе тренинга в Балинтовской группе?
- Есть ли у вас какие-либо дополнительные комментарии для лидеров группы или руководителей программы?

На основании опроса все пришли к выводу, что группа отличается от других похожих тренингов, в которых они участвовали. Для многих медсестер личный обмен опытом позволил стать ближе друг к другу, понять проблемы коллег и в короткие сроки научиться доверять друг другу.

Выводы

1. Проблемы профессиональной деструкции медсестер очень важны, в том числе в контексте коммуникативных задач, стоящих перед ними в процессе работы. Необходимо четко понимать, как повысить стрессоустойчивость медицинских работников и качество их жизни, а также качество медицинской помощи. Важным и действенным способом для решения этой задачи являются Балинтовские группы.

2. Профилактика профессиональных стрессов должна проводиться в группах при участии не только медсестер, но и врачей, и санитарок. Медсестрам

важно понимать, что они не одиноки в проблемах, возникающих при общении с пациентами.

3. Существует множество вопросов при взаимодействии с пациентами, и важно решать эти вопросы вместе, чтобы сохранить хорошие отношения с пациентами и свое личное здоровье.

Таким образом, организация Балинтовских групп необходима для поиска новых взглядов на коммуникацию в процессе профессиональной деятельности медсестер. Участие в Балинтовских группах способствует повышению компетентности в профессиональном межличностном общении, формирует навык совместной проработки сложившихся трудных ситуаций.

Литература

1. Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела: учебник. 2-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; 368.
2. Аванесьянц Э.М., Рукавишникова Е.Е. Психология и сестринский процесс. М.: АНМИ, 2002; 49.
3. Козак В.С. Контроль качества работы медицинских сестер. М.: ГРАНТЬ, 2004; 72.

4. Маргошина И.Ю. Трансферные реакции в контексте балинтовской группы. Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 6. 2007; 2 (1): 115–20.

5. Martina A. Torppa, Eeva Makkonen, Camilla Martenson, Kaisu H. Pitkala. A qualitative analysis of student Balint groups in medical education: Contexts and triggers of case presentations and discussion themes. Patient Education and Counseling. 2008; 72: 5–11.

6. Lichtenstein A, Lustig M. Integrating intuition and reasoning: How Balint groups can help medical decision making. Australian Family Physician, 2006; 35 (12): 987–9.

7. Dorte Kjeldmand, Inger Holmstroem, Urban Rosenqvist. Balint training makes GPs thrive better in their job. Patient Education and Counseling 55. 2004; 230–5.

BALINT GROUPS AS PREVENTION OF OCCUPATIONAL BURNOUT IN NURSES

T.G. Snegireva, Yu.E. Shadrina

Peoples' Friendship University of Russia,

10, Miklukho-Maklai St., Build. 2, Moscow, 117198, Russia

The paper presents the possibilities of using the Balint group method to prevent occupational burnout in nurses under growing modern requirements for health care staff.

Key words: Balint groups, occupational burnout, emotional burnout, quality of life, psychopathological conditions.

For reference: Snegireva T.G., Shadrina Yu.E. Balint groups as prevention of occupational burnout in nurses. Meditsinskaya Sestra. 2019; 21 (5): 48–50. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-07-10>