

Им Олеся Тоаевна

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ РЕФЛЕКСИИ И ЭМПАТИИ У МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/1/2009/11-1/40.html

Статья опубликована в авторской редакции и отражает точку зрения автора(ов) по рассматриваемому вопросу.

Источник

Альманах современной науки и образования

Тамбов: Грамота, 2009. № 11 (30): в 2-х ч. Ч. I. С. 136-138. ISSN 1993-5552.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/1.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/1/2009/11-1/

© Издательство "Грамота"

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: www.gramota.net

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: almanac@gramota.net

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ РЕФЛЕКСИИ И ЭМПАТИИ У МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Им Олеся Тоаевна

ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2», г. Хабаровск

Профессиональная деятельность медицинского работника, независимо от разновидности выполняемой работы, относится к группе профессий с повышенной моральной ответственностью за здоровье и жизнь отдельных людей, групп населения и общества в целом. Постоянные стрессовые ситуации, в которые попадает медицинский работник в процессе сложного социального взаимодействия с пациентом, постоянное проникновение в суть социальных проблем пациента, личная незащищенность и другие морально-психологические факторы оказывают негативное воздействие на здоровье медицинского работника.

Проблематика стрессоустойчивости человека в различных профессиях с давних пор привлекала внимание психологов. Существует ряд профессий, в которых человек начинает испытывать чувство внутренней эмоциональной опустошенности вследствие необходимости постоянных контактов с другими людьми. «Ничто не является для человека такой сильной нагрузкой и таким сильным испытанием, как другой человек», - эту метафору можно положить в основу исследований психологического феномена - синдрома эмоционального выгорания.

Медицинским работникам, по роду своей деятельности вовлеченным в длительное напряженное общение с другими людьми, свойственен, как и другим специалистам системы «человек - человек», так называемый синдром «эмоционального выгорания» или феномен «эмоционального выгорания», проявляется как состояние физического и психического истощения, вызванного интенсивными межличностными взаимодействиями при работе с людьми, сопровождающимися эмоциональной насыщенностью и когнитивной сложностью. Это связано также с тем, что в своей деятельности медицинский работник, помимо профессиональных знаний, умений и навыков, в значительной мере использует свою личность, являясь своего рода «эмоциональным донором».

Предполагается, что у медицинских сестер с развитой рефлексией и эмпатией степень выраженности синдрома эмоционального выгорания ниже, чем у медицинских сестер с низким показателем рефлексии и эмпатии.

С целью изучения психологических особенностей синдрома эмоционального выгорания было проведено исследование на базе ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии». В исследование принимали участие медицинские сестры химиотерапевтического и реанимационного отделения в количестве 26 человек. С целью изучения зависимости синдрома эмоционального выгорания развития личностной рефлексии было проведено тестирование анкетой Карповой.

Рефлексия - процесс самопознания субъектом внутренних психических актов и состояний. Эта трактовка стала главной аксиомой интроспективной психологии. В этих представлениях неадекватно преломилась реальная способность человека к самоотчету об испытываемых им фактах сознания, самоанализу собственных психических состояний.

Рефлексия - это не просто знание или понимание субъектом самого себя, но и выяснение того, как другие знают и понимают «рефлектирующего», его личностные особенности, эмоциональные реакции и когнитивные представления.

На первом этапе был разработан первоначальный вариант методики, включающий 50 утверждений. Он был подвергнут статистическому анализу в соответствии с психометрическими требованиями. После этого из списка были отобраны 27 пунктов, удовлетворяющие следующим условиям: значения «индекса трудности» находятся в диапазоне от 0,16 до 0,48; коэффициент корреляции с итоговым балом не менее 0,24(=0,99), распределение ответов незначимо распределяется от нормального. После завершения данного этапа был разработан окончательный вариант методики, который подвергся дальнейшему статистическому анализу на специальной выработке.

Таблица 1

Стены	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Тестовые баллы	80 и ниже	80-100	100-107	108-113	114-122	123-130	130-139	140-147	148-156	157-171	172 и выше

Результаты методики, равные или большие, чем 7 стенов, свидетельствуют о высокоразвитой рефлексивности. Результаты в диапазоне от 4 до 7 стенов - индикаторы среднего уровня рефлексивности. Наконец, показатели меньше 4 стенов - свидетельство низкого уровня развития рефлексивности.

Проанализировав рефлексии в ходе, которой выяснилось, что большинство показали средний уровень рефлексии. РАО 61,5% и ХТО 46,1%. Таким образом, медицинским сестрам свойственны такие качества, как самоанализ собственных психических состояний, реальная способность к самоотчету и понимание личностных особенностей пациентов. Анализ собственного мышления, сознания деятельности, личности, с одной стороны, и анализ содержания сознания другого человека - пациента. Медицинским сестрам свойственно обдумывать свою деятельность в мельчайших деталях, тщательно ее планировать и прогнозировать все

возможные последствия. Вероятно также, что таким людям легче понять другого, поставить себя на его место.

Табл. 2. *Уровень рефлексии медицинских сестер (%)*

Отделение	Уровень рефлексии		
	Низкий	Средний	Высокий
Химиотерапевтическое отделение	15,3	46,1	38,4
Реанимационное отделение	7,6	61,5	30,7

Психологические особенности синдрома эмоционального выгорания в зависимости от выраженности рефлексии была проведена методика диагностики уровня эмпатических способностей по В. В. Бойко.

Эмпатия - постижение эмоционального состояния, проникновение чувствование и переживания другого человека. В качестве особых форм эмпатии выделяют сопереживание - сопереживание субъектом тех же эмоциональных состояний, которые испытывает другой человек, через отождествление с ним, и сочувствие - переживание собственных эмоциональных состояний по поводу чувств другого. Установлено, что эмпатическая способность индивидов возрастает, как правило, с ростом жизненного опыта; она легче реализуется в случае сходства поведенческих и эмоциональных реакций субъектов.

Шкальные оценки выполняют вспомогательную роль в интерпретации основного показателя - уровня эмпатии. Суммарный показатель может изменяться от 0 до 36 баллов. По предварительным данным, считают: 30 баллов и выше - очень высокий уровень эмпатии; 29-22 - средний уровень, 21-15 - заниженный, менее 14 баллов - очень низкий.

Табл. 3. *Уровень эмпатии медицинских сестер (%)*

Отделение	Уровень эмпатии			
	Высокий	Средний	Заниженный	Очень низкий
Химиотерапевтическое отделение	0	0	46,1	53,8
Реанимационное отделение	0	0	61,5	30,7

При корреляционном анализе зависимость уровня рефлексии и эмпатии выяснилось, что у медицинских сестер ХТО не обнаружилось статистическая значимость корреляционной зависимости, а медицинских сестер РАО обнаружилась отрицательная статистическая значимость корреляционной связи ($r=0,56$).

Табл. 4. *Корреляционная зависимость уровня рефлексии и эмпатии медицинских сестер*

n=13, p<0,5				
	ХТО		РАО	
рефлексия	1,00	-0,14	1,00	-0,56
эмпатия	-0,14	1,00	-0,56	1,00

Таким образом, с увеличением уровня рефлексии снижается уровень эмпатии, а это значит что, медицинские сестры РАО со средним уровнем рефлексии способны к самоотчету об испытываемых им фактах сознания, самоанализу собственных психических состояний, а не способны к постижению эмоциональному состоянию, проникновение - чувствование и переживания другого человека, а именно к пациентам.

Деятельность медсестры отличается исключительной сложностью, представляя собой единство объективных и субъективных переменных, требований к технологической и коммуникативной компетентности. Коммуникативная деятельность медсестры характеризуется высокой интенсивностью и напряженностью общения, широкой сетью контактов разного уровня.

В результате исследования выявлены следующие личностные особенности, являющиеся предрасполагающими факторами формирования эмоционального выгорания у медицинских сестер в процессе выполнения профессиональной деятельности: консервативность как особенность интеллекта, эмоционально-волевые особенности - эмоциональная неустойчивость, низкий уровень стрессоустойчивости, низкая самооценка, склонность к чувству вины, чувствительность к замечаниям, повышенный самоконтроль, высокий уровень тревожности, эмоциональность; особенности отношения к делу и социальным нормам - строгое следование нормам, обязательность, ответственность, дисциплинированность, высокая совесть, социальная напряженность; особенности отношения к людям - подозрительность, раздражительность, высокомерие, ревнивость, завистливость, прямолинейность; особенности отношения к групповым нормам - зависимость от мнения других; интровертированность как особенность темперамента.

Чем больше когнитивно-эмоциональная напряженность и длительность деловых контактов, тем больше вероятность психической деформации индивидуумов, работающих в системе человек-человек. В этой связи в целях сохранения потенциалов социально-психологического здоровья у представителей коммуникативных профессий особую актуальность приобретает разработка технологии купирования и профилактики синдрома

ма психического выгорания посредством организации развития, управления межличностными отношениями в трудовом коллективе и повышения коммуникативной культуры.

Постоянное профессиональное совершенствование может служить одним из важных аспектов стратегии борьбы против эмоционального выгорания, возникающего в процессе выполнения профессиональной деятельности. Позитивное отношение к симптомам эмоционального выгорания поможет специалисту осознать и принять важную информацию о самом себе, которая остается во время работы за кадром.

Истоки профилактики синдрома эмоционального выгорания лежат в позитивном и ответственном отношении не только к своей профессии, но и к себе и собственной жизни.

Список использованной литературы

1. **Аболин Л. М.** Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека. Казань: Издательство Казанского университета, 1987. 261 с.
2. **Авхименко М. М.** Некоторые факторы риска труда медика // Медицинская помощь. М.: Медицина, 2003. № 2. С. 25-29.
3. **Афанаскина М. С.** Формирование у медицинской сестры клинического мышления // Медицинская сестра. М.: Русский врач, 2001. № 6. С. 34.
4. **Бойко В. В.** Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб.: Питер, 1999. 105 с.
5. **Водопьянова Н. Е.** Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях // Психология здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. СПб.: Издательство СПбГУ, 2000. С. 443-463.
6. **Заховаева А. Г.** Основные проблемы философии сестринского дела // Сестринское дело. М.: Медицинский вестник, 2003. № 2. С. 28-29.

ДОКЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

*Исаева Галина Александровна, Бедная Татьяна Алексеевна, Исаев Павел Павлович
Таганрогский государственный педагогический институт*

Объектом данного исследования являются антиаритмические препараты, влияющие на нарушение ритма сердечных сокращений, относящиеся к разным классам химических соединений и различным фармакологическим группам [Энциклопедия лекарств, 2000, с. 1198]. Классификация Воген-Вильяма разделяет антиаритмики на 4 класса: мембраностабилизирующие; бета-адреноблокаторы; препараты, замедляющие реполяризацию; антагонисты ионов кальция.

Механизм действия всех антиаритмических препаратов состоит в воздействии на клеточные мембраны, транспорт ионов (натрия, калия, кальция), и взаимосвязанные с этим изменения деполяризации мембранного потенциала кардиомиоцитов и других электрофизиологических процессов в миокарде. Например, хинидин блокирует быстрые натриевые каналы. Угнетает автоматизм клеток водителей ритма (в большей степени подчиненных, чем клеток синусового узла), снижает скорость проведения импульсов, возбудимость миокарда. Оказывает непосредственное и не прямое (антихолинергическое) действие на сердце. Прямой эффект заключается в снижении максимальной и диастолической скорости деполяризации, увеличение эффективного рефрактерного периода и продолжительности потенциала действия. Антихолинергическое действие проявляется в снижении тонуса блуждающего нерва (блокада передачи импульсов в окончаниях парасимпатических волокон в кардиомиоцитах). Тормозит окислительно-восстановительные процессы в сердечной мышце. Снижается ЧСС, замедляется проводимость по AV узлу и пучкам Гиса-Пуркинью, увеличивается эффективный рефрактерный период в предсердиях и желудочках сердца, удлиняются комплекс QRS и интервал QT. Хинидиноподобные вещества снижают максимальную скорость деполяризации, повышают порог возбудимости, затрудняют проводимость по пучку Гиса и волокнам Пуркинью, замедляет восстановление реактивности кардиомиоцитов. Именно к этому классу препаратов обращено это исследование.

Для предсказания физиологической активности антиаритмиков воспользуемся методикой (QSAR - КССА) [Зефилов, 2001, с. 80], в которой обычно используют дескрипторы, рассчитанные на основе стерических, топологических особенностей структуры, электронных эффектов, липофильности. Правильность построенного уравнения QSAR проверяют на тестовом наборе структур. Сначала вычисляют дескрипторы для каждой структуры из обучающей группы веществ. Имея в распоряжении совсем небольшое количество химических соединений с известной активностью, предсказывают необходимую структуру (или указать направления для модификации) и тем самым резко ограничить круг поисков и определить соединение, которое наилучшим образом способствует возникновению необходимого биологического эффекта.

Место действия антиаритмических препаратов - потенциалзависимая мембрана. Биологическая активность антиаритмиков неразрывно связана с их физико-химическими свойствами [Исаева, 2001, с. 57]. Принимается модель взаимодействия антиаритмика с биомембраной - адсорбция из межклеточного раствора на поверхность мембраны. Для мембраностабилизирующих антиаритмиков получим следующее модельное уравнение:

$$\ln N = \ln(\Delta N) - \alpha \cdot I \cdot K \quad (1)$$

где ΔN - число молекул препарата, адсорбированных на поверхности мембраны, N - число молекул в межклеточном растворе, α - поляризуемость молекулы препарата, I - потенциал ионизации, K - постоянная.