

6. Шардин С.А., Бачерикова Е.А. Комплаенс как актуальная проблема современной практической медицины // Вестник Уральской государственной медицинской академии. 2009. Вып. 18.
7. Шардин С.А., Порядина И.А., Березовская Л.В. Соматическая патология и дисбаланс половых гормонов у мужчин // Уральский медицинский журнал. 2010. № 13.
8. Connell R.W. Gender. Cambridge, 2002.
9. Kaplan P.W. Neurologic disease in women. NY: Demos Medical Publishing Inc. 1998.
10. Weissman M.M. Sex differences in the epidemiology of depression // Arch. Gen. Psychiat., 1977. 34.

А.В.Казаева, Ю.Ю.Шестакова

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С ПАЦИЕНТАМИ В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Медицина на современном этапе своего развития требует от врача высокого уровня профессиональной компетентности. Работа врача заключается не только в том, чтобы поставить правильно диагноз, назначить лечение, но и в проявлении эмпатии, толерантности, конгруэнтности к больному. Врачи в повседневной профессиональной практике встречаются не только с заболеванием пациента, но и с эмоциональной реакцией на болезнь и лечение. У многих пациентов в предоперационном периоде наблюдается широкий диапазон эмоциональных состояний (страх, тревога). Возникают мысли и переживания по поводу исхода предстоящей операции, появления осложнений и трудностей в послеоперационный период и необходимости дальнейшего лечения. Все это актуально для больных кардиохирургического отделения, так как операции на сердце традиционно считаются одними из самых сложных.

Можно выделить несколько компонентов отношения пациента к болезни [2]:

- чувственный – комплекс болезненных ощущений, возникающих в связи с органическим поражением определенных органов и тканей и с функциональными изменениями;
- эмоциональный (аффективный) – переживание заболевания и его последствий, включающее в себя разнообразие эмоций, возни-

кающих в связи с болезнью и с предстоящим хирургическим вмешательством;

- интеллектуальный (когнитивный) – знание о болезни и ее реальная оценка; здесь имеет значение предыдущий опыт больного, который определяет когнитивную переработку факта заболевания, вероятностное предположение причин и прогнозирование последствий болезни;

- мотивационный (поведенческий) – выработка определенного отношения к заболеванию, изменение образа жизни и актуализация деятельности, направленной на выздоровление.

В проведенном исследовании затрагивается эмоциональный компонент отношения пациента к болезни. Цель исследования: выявить эмоциональное отношение к тяжелым болезням и смерти у пациентов в предоперационный и послеоперационный периоды в первом кардиохирургическом отделении ОКБ № 1 г. Екатеринбурга. Было опрошено 20 больных, находящихся на лечении в отделении: 10 – до операции и 10 – после операции. В исследовании использовался комплекс психодиагностических методик:

- личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), позволяющий определить тип отношения к болезни;

- тест смысложизненных ориентаций личности (СЖО), направленный на изучение составляющих основы «образа Я» [1];

- авторская анкета на определение эмоционального состояния пациента (16 вопросов).

По результатам теста ЛОБИ, у трех дооперационных больных встретился эйфорический тип реагирования на болезнь, демонстрирующий необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное и пренебрежительное отношение к лечению. У двух больных отмечен эргопатический («уход от болезни в работу») и у двух – гармоничный (трезвая оценка своего состояния) типы реагирования на болезнь. У большинства же пациентов после операции преобладает гармоничный тип реагирования на болезнь.

Анализ результатов теста смысложизненных ориентаций личности (СЖО), показал, что наличие целей в будущей жизни и временных перспектив у дооперационных больных (27 баллов) менее выражено, чем у послеоперационных больных (30 баллов). Это может свидетельствовать о том, что человеку свойственно жить сегодняшним или вче-

рашним днем, что, возможно, связано с наличием тревоги и страха перед предстоящей операцией. По шкале «процесс» можно отметить, что у послеоперационных больных показатель выше (29 баллов), чем у дооперационных (25 баллов), что может свидетельствовать о более низком уровне удовлетворенности своей жизнью на данный момент, когда жизнь кажется менее эмоционально насыщенной.

С другой стороны, по шкале «результат» у пациентов, готовящихся к операции, показатель выше (22 балла), из чего можно предположить, что эти испытуемые чувствуют большую самореализацию и удовлетворенность прожитой жизнью. При этом низкий балл по данной шкале у послеоперационных больных (19 баллов) говорит о неудовлетворенности прожитой частью жизни. Возможно, это связано с переоценкой жизни как следствием пережитой операции. Результаты по шкале «локус-контроля Я», имеют близкое значение у обеих групп пациентов (до операции – 15 баллов, после – 14 баллов), при этом показатель является низким по отношению к среднему, что говорит о том, что обе группы пациентов обладают склонностью в неверие в свои силы контролировать события собственной жизни. В то время как разница между значениями шкалы «локус-контроля жизни» существенна, дооперационные пациенты испытывают большее чувство фатализма, убежденность в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что бессмысленно что-либо загадывать на будущее.

Интересен анализ ответов на вопросы анкеты. Так, отвечая на вопрос «Как Вы оцениваете/видите свое будущее?», подавляющее большинство пациентов до (70%) и после (64%) операции указали, что свое будущее они хотели бы видеть рядом с родными и близкими. Однако если до операции респонденты считали важным для себя в будущем работу (20%), досуг и увлечения (30%), то после операции приоритеты меняются на общение с семьей (64%) и здоровье (55%). Некоторые пациенты посчитали для себя важным после операции достойную пенсию и в целом благоприятное будущее.

На вопрос «Ваша реакция во время просмотра драматического фильма» 30% респондентов до проведения операции отмечали излишнее эмоциональное переживание, а 70% – сопереживание героям фильма, тогда как пациентам после операции присуща некая отстраненность от происходящего на экране. Пациенты кардиохирургического отделения до операции (10%) часто фантазируют о том, что их

когда-нибудь не станет; большинство респондентов (и до, и после операции) редко или иногда, но фантазируют о своей смерти (30-45%), это свидетельствует о том, что страх смерти более ярко выражен у пациентов, ожидающих операцию.

Ответы на вопрос об ассоциации к слову «горе» показали, что большинство соотносят его со смертью (до операции – 60%, после – 45%) и слезами (до операции – 30%). Были предложены и другие варианты (в основном, послеоперационными пациентами): несчастный случай, болезнь близких людей, ужас, «не со мной». Это указывает на возможную внутреннюю тревогу, связанную с предстоящими медицинскими манипуляциями и возможными неблагоприятными результатами после операции. На момент проведения исследования пациенты говорили о том, что их состояние вызывает страх на данный момент (до операции – 30% и после – 18%); у дооперационных больных более высокий уровень тревоги в отношении своего соматического состояния, чем у больных после операции.

Послеоперационные пациенты боятся прогрессирования болезни (18%) и паралича (9%). В дооперационный период большинство боится преждевременной смерти (40%) и старости (10%), что также указывает на страх смерти и наличие тревоги относительно своей будущей жизни. В то же время мнения по поводу потери близких людей и одиночества практически одинаковые (27-30% и 9-10% соответственно). Респонденты обеих групп на момент проведения анкеты выбрали бы жизнь, наполненную как радостями, так и трудностями (по 90%).

На основании результатов исследования можно дать рекомендации по снятию психо-эмоционального состояния у пациентов в дооперационный период. Врачу при общении с пациентом необходимо помнить о том, что больному следует оказывать не только медицинскую помощь, но и социально-психологическую поддержку. Это поможет скорректировать ошибочные и недостаточные представления больных о лечении, справиться с эмоциональными переживаниями, высоким уровнем тревоги и чувством страха, обосновать и внушить оптимистическую лечебную перспективу, а также социально адаптировать пациента.

Таким образом, пациенты в предоперационный период испытывают различные отрицательные эмоциональные состояния. Чаще всего встречается эйфорический тип реакции на болезнь, переосмысливаются

жизненные приоритеты, проявляется чувство фатализма, появляется страх преждевременной старости и смерти. Послеоперационные пациенты отличаются более позитивным настроением и состоянием, для них главными приоритетами становятся: общение с семьей и здоровье. В этот период происходит снижение эмоционального переживания, но в то же время присутствует страх о возможном прогрессировании болезни.

Библиографический список

1. *Леонтьев Д.А.* Тест смысло-жизненных ориентации. М., 2000.
2. *Сидоров П.И., Парняков А.В.* Клиническая психология: Учебник. М., 2008.

Е.Г.Кантышева, Е.П.Шихова

ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ФАКТОРОВ РУКОВОДИТЕЛЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ УПРАВЛЕНИЯ СЕСТРИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ СО «ИВДЕЛЬСКАЯ ЦРЬ»

В Российской Федерации наблюдаются серьезные проблемы развития кадрового потенциала здравоохранения и, прежде всего, среднего медицинского персонала. Низкий уровень заработной платы, несбалансированность в распределении и неэффективное использование среднего медицинского персонала, низкая результативность и отсутствие мотивации в работе привели к массовому выбыванию из профессии подготовленных специалистов. Кадровый дисбаланс ведет к серьезным экономическим последствиям и требует незамедлительного принятия мер для исправления сложившейся ситуации.

Если не укрепить сестринское и акушерское дело, то серьезно пострадают качество медико-санитарной помощи, доступность услуг, и, как следствие, достижение национальных целей, стоящих перед здравоохранением [1]. Средний медицинский персонал (медицинские сестры, акушерки, фельдшера) работает с пациентом с первых минут его обращения за помощью и до окончательного выздоровления или улучшения. Именно от профессиональной компетентности и личностно-психологических качеств медицинских сестер зависит качество обслуживания пациентов.