

Григорець Д. К.

АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра догляду за хворими та ВМО
(науковий керівник - к.мед.н. Гайдуков В. А.)

Актуальність. Професійне вигорання - це плата за співчуття. Медична сестра несе тягар "вантажу спілкування" з хворими, вимушена постійно перебувати у гнітючій атмосфері чужих проблем, негативних емоцій "заражаючись" ними. Наслідком цього може бути не тільки стійке зниження результативності праці, але й погіршення її стану здоров'я.

Методи дослідження. Використовуючи дослідження синдрому вигорання та його компонентів за методикою А.А.Рукавішнікова та дослідження комунікативної толерантності за методикою В.В.Бойко ми підтвердили гіпотезу, що в медичних закладах більшість медичні сестри відчувають, в тій чи іншій мірі, вплив синдрому вигорання не залежно від профілю діяльності.

Визначено, що головною причиною появи синдрому вигорання є психологічна перевтома, яка приводить до виснаження особистісних ресурсів емоційної енергії працюючої людини. Професійне вигорання виникає в результаті внутрішнього накопичення негативних емоцій без відповідної "розрядки" або "звільнення" від них.

Висновки. Зазначаємо, що професійне вигорання формується або вже сформоване, в залежності від функціональних обов'язків сестринського фаху. Найменш схильні до вигорання медичні сестри гастроентерологічного та пульмонологічного профілів, відповідно 32% і 33%.обстежуваних У медичних сестер кардіологічного профілю цей показник був найвищим - 54% респондентів. Найбільш поширеними симптомами, що формують професійне вигорання у обстежуваних були: неадекватне емоційне реагування, переживання психотравмуючих обставин, незадоволення собою, редукція професійних обов'язків, емоційно-етична дезорієнтація, Індекс вигорання, визначений за методикою А.А.Рукавішнікова, вказував на схильність до вигорання медичних сестер зі стажем роботи більше 10 років та середньою освітою. Більш резистентні до емоційного вигорання медичні сестри-бакалаври (незавершена вища освіта), магістри (вища освіта) та медсестри з малим стажем роботи.

Вивчаючи рівень професійної мотивації, яка не залежала від профілю медичної сестри, відмічаємо, що медичну сестру не задовільняє: частий контакт з пацієнтами, невідповідність винагороди за виконану роботу.

Икромова П. И.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ПОЛОЖЕНИЙ В ПОСТЕЛИ ПРИ УХОДЕ ЗА ТЯЖЕЛЫМИ БОЛЬНЫМИ

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра анестезиологии и реаниматологии
(научный руководитель - преп. Рахимов А. У.)

При уходе за тяжелыми и обездвиженными больными необходимо соблюдать требования по правильному выполнению положения тела в постели, в противном случае могут возникнуть осложнения в виде пролежней, некрозов, головокружений, нарушения дыхания. Ухаживая за тяжелобольным, необходимо уметь придать пациенту удобное положение в постели с помощью дополнительных подушек (под спину 2 подушки при положении "полулежа", под спину 3 подушки при положении пациента "полусидя в постели"). Ноги пациента должны быть слегка согнуты в коленях. Стопы пациента должны быть в упоре, под локти пациента подложите маленькие подушечки. При перемещении пациента в постели необходимо помнить о смещающей силе, являющейся причиной образования пролежней. Для этого при перемещении пациента необходимо перенести. Пациент участвует в передвижении в постели (перемещать желательнее вдвоем). Нами проведена сравнительная характеристика различных функциональных положений (Симса, Фаулера и на спине) при уходе за тяжелобольными.

Цель исследования - определить эффективность сочетаний положений в постели при уходе за тяжелобольными.

Наблюдалось 22 больных в течении 15 дней, которые были разделены на две группы. В первой - 10-ти больным проводили уход в комбинации положений Симса и Фаулера, во второй - 12-ти пациентам - положений Симса и на спине. Определяли пульс, артериальное давление, наличие покраснений, опрелостей и пролежней. В первой группе больные находились в положении Фаулера в течении 4 часов, потом меняли на положение Симса справа и после четырех часов снова положение Фаулера, потом - Симса, но уже слева. Во второй группе - то же самое, только вместо Фаулера применяли положение на спине.

Результаты показали, что основные изменения касаются положений Фаулера и на спине. Измерение показателей пульса и АД выявили, что в положении Фаулера они наиболее благоприятны, больным легче дышать. В положении на спине учащается дыхание и учащается пульс. Однако, в этом положении отмечалось наличие покраснений и опрелостей, несмотря на протирание камфорным спиртом и на массаж пролежневых зон.

Выводы. При уходе за тяжелобольными следует отдавать предпочтение комбинации положения Симса и на спине. Если же у больного имеется сопутствующее заболевание дыхательной и сердечнососудистой системы, нужно сочетать его с положением Фаулера.