

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР СТАЦИОНАРА

Усович И.Н., Засимович Т. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Научный руководитель – д.м.н., профессор Тищенко Е.М.

Актуальность. Существует ряд профессий, в которых человек начинает испытывать чувство внутренней эмоциональной опустошенности вследствие необходимости постоянных контактов с другими людьми. Медицинские работники, постоянно сталкивающиеся со страданием людей, вынуждены воздвигать своеобразный барьер психологической защиты от пациента иначе им может грозить эмоциональное выгорание. Последствия «выгорания» медицинского персонала могут повлиять как на саму личность, так и профессиональную деятельность: ухудшается качество работы, утрачивается творческий подход к решению задач, растет число профессиональных ошибок, увеличивается число конфликтов на работе и дома. Поэтому, актуальным представляется организация и проведение исследования, направленного на изучение данного синдрома, а также поиск мер по предупреждению и устранению этого феномена [1,2].

Цель. Изучение степени выраженности психофизиологической составляющей синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер стационара.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 150 медицинских сестер работающих в стационарах для определения уровня эмоционального выгорания, а также статистическая обработка полученных данных в ходе опроса и анкетирования. Для диагностики уровня синдрома эмоционального выгорания среди медицинских сестер была использована методика «Профессиональное выгорание» К. Масlach и С. Джексона (адаптация Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой).

Результаты и обсуждения. Престижной профессией медицинской сестры считают только 17 % опрошенных. Сложившийся синдром «эмоционального выгорания» выявлен у 70 % медсестер, из них крайне высокая степень отмечается у 35% респондентов. На стадии формирования синдрома профессионального выгорания находятся 24 % опрошенных, у 6 % этот синдром отсутствует. Между показателями медсестер хирургического и терапевтического профиля достоверного различия обнаружено не было. Также не обнаружено закономерностей в зависимости от стажа работы. Крайне высокая и высокая степень синдрома «эмоционального выгорания» встречается у респондентов как со стажем более 20 лет, так и со стажем менее года.

Выводы. Сложившийся синдром «эмоционального выгорания» выявлен у 70 % медсестер. Начальный период профессиональной адаптации неизбежно связан с осознанием молодым специалистом некоторой недостаточности своих знаний и умений требованиям практической деятельности. Это обуславливает определенную напряженность в работе. Что могло повлиять на результаты анкетирования у респондентов со стажем работы менее года.

Литература.

1. Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. — СПб.: Питер, 2005. — 336 с.
2. Фетискин, Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп/ Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. — М., 2002. - С.360-362.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Федосенко Г.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Милешко М.И.

Актуальность: Наиболее частая патология толстого кишечника – проктит и проктосигмоидит [1]. В их происхождении особую роль играют бактериальная дизентерия, хронический запор, систематическое раздражение слизистой оболочки прямой кишки при злоупотреблении слабительными и лечебными клизмами, свечами. В настоящее время значительный интерес и перспективы в лечении данных заболеваний, представляет использование метода фотодинамической терапии [2,3].

Цель: Улучшить результаты лечения больных проктосигмоидитом методом фотодинамической терапии (ФДТ) с фотосенсибилизатором нильским синим.

Материалы и методы: Нами проведена фотодинамической терапии с раствором нильского синего у 10 больных проктосигмоидитом находившихся на лечении во II -ом хирургическом отделении УЗ «ГКБ №4 г. Гродно». Возраст больных был от 40 до 70 лет.

Больным после очистительной клизмы проводили микроклизму с 150 мл нильского синего за 2 часа до проведения сеанса ФДТ. Воздействовали интраректально лучем дисперсного света красной области спектра (при использовании комплекса многоцветного фототерапевтического «Ромашка») длина волны 670 нм, плотность мощности 150-300 мВт/см², плотности подводимой к ране энергии 30-40 Дж/см². Время экспозиции рассчитывали по формуле:

$t = p \cdot 0,78 E \cdot d^2$, где E – энергия, P – мощность. Сеансы проводили ежедневно или с интервалом 1 день. Их количество определялось индивидуально в зависимости от степени выраженности процесса: от 3-х до 5. Анализ результатов проводили в сравнении с равнозначной группой больных, которым не проводилась ФДТ с раствором нильского синего, на основании данных клинических исследований, ректороманоскопической картины, иммунологического статуса, морфологических (цитологических, цитобактериологических). Оценку эффективности терапии проводили с учетом объективных и субъективных данных. «Полным» эффектом считали исчезновение субъективных проявлений болезни на фоне исчезновения ректороманоскопических признаков заболевания. Эффект лечения был «частичным» при значительном уменьшении или исчезновении некоторых субъективных признаков заболевания, с положительными одновременными изменениями ректороманоскопической картины. При «отсутствии эффекта» наблюдалось сохранение жалоб на фоне отсутствия позитивных сдвигов при ректороманоскопии.