

УДК 159.9:616.8+616.89]-082.6-032.82

*Л.Ф. Шестопалова, В.А. Кожевникова, А.В. Андренко***ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ МЕДИЧНИМИ СПЕЦІАЛІСТАМИ ТЕРАПЕВТИЧНОГО СЕРЕДОВИЩА МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ**

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Ключові слова: терапевтичне середовище, психоневрологічний заклад, медичні спеціалісти, міжособистісні відносини, соціальна реабілітація, психологічна корекція

Будь-який процес лікування, тим більш хворих на хронічні психоневрологічні розлади, має значущу психосоціальну компоненту, тому обов'язково слід враховувати основні клінічні і психологічні характеристики всіх учасників лікувально-реабілітаційного процесу, а також передбачати спеціальні дії, спрямовані на корекцію мотиваційних утворень і поведінкових стратегій хворих, що впливають на загальну ефективність лікувально-реабілітаційних програм [1].

Ефективність лікувально-реабілітаційних заходів часто багато в чому залежить не тільки від адекватності технік і технологій, що використовуються, але і від безлічі психологічних чинників і умов. До фундаментальних психологічних чинників, що опосередковують все різноманіття лікувально-реабілітаційних втручань, відносяться система міжособистісних відносин пацієнта і медичних спеціалістів [2]. Характер цих взаємовідносин, у свою чергу, істотною мірою залежить від мотивації пацієнта, що визначає його участь в лікувально-реабілітаційному процесі. У контексті визначених складних проблем необхідно перейти від вивчення важливих, але окремих питань, до системного і комплексного аналізу існуючих об'єктивних та суб'єктивних компонентів лікувального процесу. У рамках такого підходу найбільш продуктивним, на наш погляд, є дослідження терапевтичного середовища (ТС) лікувального закладу.

В Україні першою монографією, узагальнюючою досвід створення та комплексного розвитку ТС психіатричного стаціонару, постала книга В.І. Литвиненка [3]. Ним були ретельно проаналізовані структура взаємин, що складається в психіатричній клініці, психологічні аспекти професійної діяльності персоналу, особливості

середовищного реагування пацієнтів. Були проведені організаційні заходи з формування в психіатричній лікарні ТС високого рівня, на чолі яких було поставлено поліпшення соціально-психологічного клімату в колективі, ретельна психологічна підготовка та постійна робота з персоналом [3].

Дослідження в галузі психології лікувального процесу, як правило, розглядають різні аспекти контакту пацієнта з лікарем і медичним персоналом [4, 5-7]. Вивчався образ „ідеального” лікаря у хворих на невротичні розлади [20]. Були виділені особистісні якості лікаря, які були найбільш суб'єктивно значущі для хворих, і описана типологія „еталонних” якостей лікаря як людини та професіонала [5].

Особливе місце в функціонуванні ТС надається молодшим спеціалістам з медичною освітою, акцентується обов'язковість спеціальної їх психологічної та етичної підготовки [8]. Велика увага придається створенню атмосфери взаємної поваги, партнерства, „терапевтичного союзу”, а також залученню до психотерапевтичної роботи близького оточення хворих [8, 9].

На теперішній час залишається невизначеним комплекс факторів і умов, що обумовлюють той чи інший тип взаємовідносин у системі „хворий-медичний фахівець”. Практично не вивчено систему оцінок та експектацій різних груп медичних фахівців (лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою тощо) стосовно ролі взаємин „лікар-пацієнт”, „лікар-родичі пацієнта”, „пацієнт-медсестра” тощо в терапевтичному процесі. Отже проведення спеціального комплексного дослідження, присвяченого вищезазначеній проблематиці, є доцільним і має велике медико-соціальне значення.

**Матеріал та методи дослідження**

Метою даного дослідження стало вивчення особливостей сприйняття медичними спеціалі-

стами терапевтичного середовища сучасного медичного закладу психоневрологічного профілю.

В дослідженні використовувались авторська методика „Рівень ТС” та оригінальна анкета в двох варіантах - для лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою (на дані науковій розробки було зареєстровано завершену технологію за № 0606U000032 та подано Заявку на реєстрацію авторського права).

Авторська методика „Рівень ТС” застосовувалась для оцінки характеристик терапевтичного середовища. Стимульний матеріал методики представляє собою 2 бланки з десятима шкалами на кожному. Перше дослідження (перший бланк) було направлено на оцінку наявних характеристик ТС, друге дослідження (другий бланк) мало за мету оцінювання суб’єктивної важливості характеристик ТС. На шкалах розташовано континуум оцінок від мінімального 1 бала до максимальних 10 балів. Кожна з шкал призначалась для оцінки обстежуваним конкретних характеристик ТС шляхом вибору відповідної бальної оцінки, де 1

бал відповідав оцінці „дуже низько” або „зовсім не важливо”, а 10 балів - „дуже високо” або „абсолютно необхідно”. Обробка отриманих результатів полягала в підрахунку балів за кожною шкалою, сумарного показника та показника дисоціації між результатами першого і другого дослідження.

Розроблені нами анкети було спрямовано на дослідження оцінок медичних спеціалістів обстановки і режиму відділення, різних аспектів лікувального процесу, стосунків „лікар-хворий”, „хворий-хворий”, лікар-родичі хворого”, „хворий-медсестра”, „медсестра-родичі хворого” тощо в терапевтичному процесі. Обстежуваному пропонувалось відповісти „так”, якщо він згоден з твердженням анкети, або „ні”, якщо не згоден з ним.

Отримані результати було опрацьовано за допомогою математико-статистичних методів (застосовувались t-критерій Стьюдента, ц-критерій Фішера).

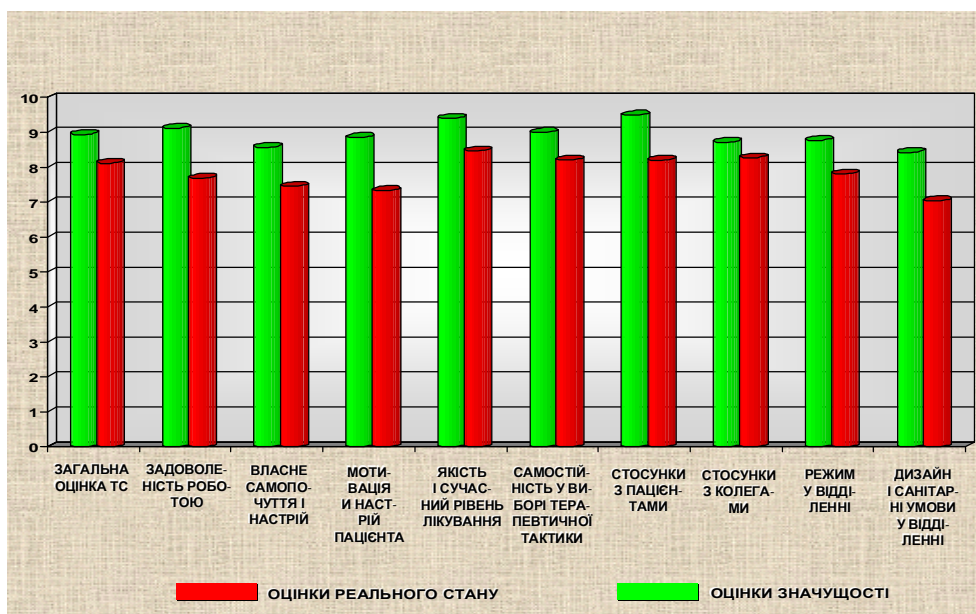
### Результати дослідження та їх обговорення

В дослідженні брали участь 42 лікарів, які працюють в стаціонарах медичних закладів психоневрологічного профілю. З них - 19 психіатрів та 23 невролога. Вік обстежуваних становив: до 30 років – у 5 осіб (11,9%), 30-50 років – у 26 лікарів (61,9%), старше 50 років – 11 лікарів (26,2%). Стаж роботи до 5 років мали 3 лікарів (7,2%), 5-10 років – 12 осіб (28,5%), більше 10 років працювали 27 лікарів (64,3%).

Також було обстежено 20 молодших спеціалістів з медичною освітою, які працюють в

психіатричних і неврологічних стаціонарах. Це були жінки віком: до 30 років – 5 осіб (25,0%), 30-50 років – 14 осіб (70,0%), старше 50 років – 1 особа (5,0%). Стаж роботи до 5 років мали 2 особи (10,0%), 5-10 років – 3 особи (15,0%), більше 10 років працювали 15 медсестер (75,0%).

Результати дослідження характеристик терапевтичного середовища за оцінками лікарів, що проводилось за допомогою методики „Рівень ТС”, представлено на рис. 1.



**Рис.1.** Оцінки лікарями реального стану і суб’єктивної значущості параметрів терапевтичного середовища

Слід зазначити, що оцінки терапевтичного середовища знаходились в діапазоні вище середнього, що в цілому свідчить про високу оцінку лікарями терапевтичного середовища закладу, де вони працюють. Найбільш високо лікарі оцінили такі параметри ТС, як „Якість і сучасний рівень лікування” (8,47±2,56 бала), „Стосунки з колегами” (8,27±1,71), „Самостійність у виборі тактики лікування” (8,21±1,62). Найнижче ними було оцінено „Дизайн і санітарні умови відділення” (7,04±0,69 бала), „Бажання і настрої пацієнта в процесі лікування” (7,33±1,52), „Ваше самопочуття і настрої” (7,45±0,82).

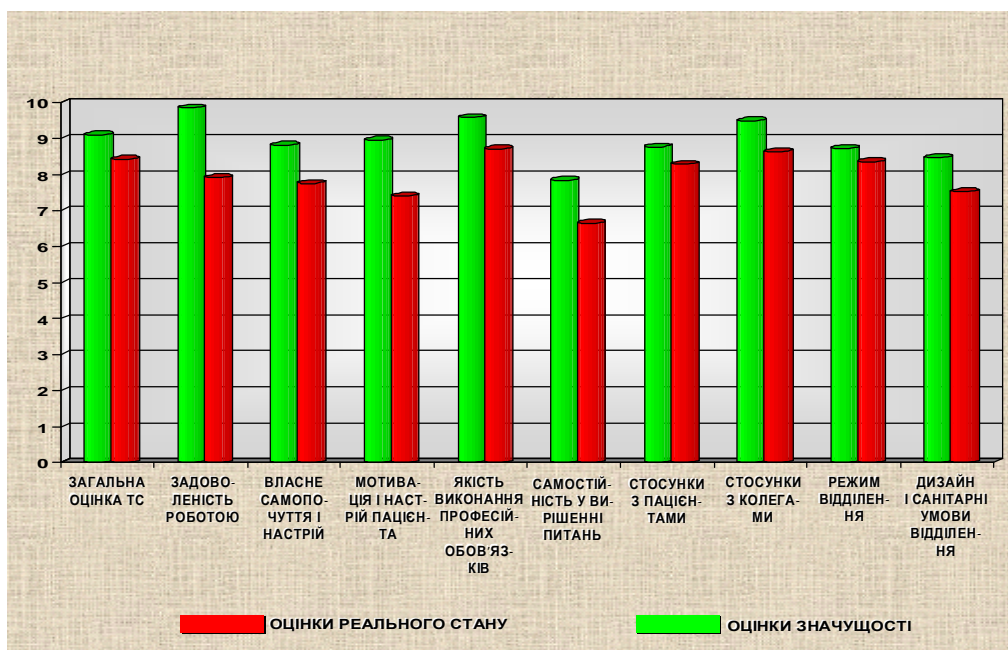
Достовірних відмінностей в оцінках наявних характеристик терапевтичного середовища між лікарями-психіатрами та лікарями-неврологами не відзначалось.

Серед суб’єктивно найбільш важливих параметрів ТС лікарі визначили „Взаємини з пацієнтами” (9,49±2,17 бала), „Якість і сучасний рівень лікування” (9,40±1,03), „Ваша задоволеність роботою” (9,12±1,84). Найменш важливими параметрами терапевтичного середовища було відзна-

чено такі, як „Дизайн і санітарні умови відділення” (8,43±0,82), „Ваше самопочуття і настрої” (8,57±1,62 бала), „Стосунки з колегами” (8,72±1,84). Достовірних відмінностей між показниками психіатрів і неврологів не виявлено.

Оцінки ТС за ступенем значущості були вищими за попередні, що може свідчити про сприйняття лікарями „суб’єктивно найбільш важливих” характеристик ТС як „бажаних” і оцінювання їх як „ідеальних”. Найбільшу дисоціацію між „наявними” та „бажаними” оцінками в цілому по групі лікарів було отримано за такими параметрами, як „Бажання і настрої пацієнта в процесі лікування”, „Ваша задоволеність роботою” та „Дизайн і санітарні умови відділення”. Практично співпадали „наявні” та „бажані” оцінки стосунків з колегами і самостійності у виборі тактики лікування. Отже, можна вважати, що образ терапевтичного середовища у лікарів-психіатрів і лікарів-неврологів практично ідентичний.

Результати дослідження основних характеристик ТС за оцінками медсестер відображено на рис. 2.



**Рис. 2.** Оцінки медсестрами реального стану і суб’єктивної значущості параметрів терапевтичного середовища

Слід зазначити, що оцінки ТС знаходяться в діапазоні також вище середнього, що в цілому свідчить про високу оцінку медсестрами терапевтичного середовища медичного закладу, де вони працюють. Найбільш високо медсестри оцінили такі параметри терапевтичного середовища, як „Якість виконання Вами професійних обов’язків” (8,71±2,17), „Стосунки з колегами” (8,63±2,51 бала), „Загальна оцінка терапевтич-

ного середовища у відділенні” (8,42±2,41 бала). Найнижче ними було оцінено „Самостійність у вирішенні робочих питань” (6,65±1,53 бала), „Бажання і настрої пацієнта в процесі лікування” (7,40±1,90), „Дизайн і санітарні умови відділення” (7,52±1,33 бала).

Найбільш важливими характеристиками ТС медсестри вважали наступні: „Ваша задоволеність роботою” (9,85±3,05 бала), „Якість ви-

конання Вами професійних обов'язків" (9,58±2,72), „Стосунки з колегами" (9,49±2,77 бала). Найменш важливими, за думкою медсестер, є „Самостійність у вирішенні робочих питань" (7,84±1,15 бала), „Дизайн і санітарні умови відділення" (8,47±2,12), „Режим відділення" (8,72±1,83 бала). Достовірних відмінностей в оцінках наявних та суб'єктивно важливих характеристик терапевтичного середовища не відзначалось.

Найбільшу дисоціацію між „наявними" та „найбільш важливими" („бажаними") оцінками в цілому по групі медсестер було отримано за такими параметрами, як „Ваша задоволеність роботою", „Бажання і настрої пацієнта в процесі лікування", „Самостійність у вирішенні робочих питань". Ці дані можуть свідчити про приховану незадоволеність роботою, що, можливо, пов'язана з особливостями контакту з хворими на психоневрологічні розлади та суб'єктивним відчуттям недостатньої самостійності у вирішенні робочих питань. Практично співпадали „наявні" та „бажані" оцінки за такими параметрами, як „Режим відділення" та „Стосунки з колегами".

При порівнянні оцінок ТС лікарів та середнього медичного персоналу слід зазначити, що медсестри в цілому більш високо оцінюють всі параметри терапевтичного середовища. Всі групи медичних спеціалістів практично задовольняють такі параметри ТС, як дизайн, санітарні умови і режим відділення, а також стосунки з колегами. Однак лікарі вважають, що користуються достатньою самостійністю у виборі тактики лікування, а медсестри відчувають себе позбавленими самостійності у вирішенні робочих питань. Як лікарі, так і медсестри прагнуть відчувати більшу задоволеність від роботи.

Таким чином, основними позитивними параметрами реальної картини ТС за оцінками лікарів були наступні: високий рівень надання медичної допомоги, можливість професійної самореалізації та конструктивні стосунки з пацієнтами. Негативним параметром реальної картини ТС була недостатня мотивація до лікування з боку пацієнтів. В „ідеальній" картині ТС домінують такі параметри: наявність продуктивного терапевтичного альянсу, високий рівень надання медичної допомоги, власна задоволеність роботою.

В структурі реального ТС за оцінками медичних сестер домінує такий позитивний параметр, як професійне і міжособистісне функціонування, а такі параметри, як самостійність у вирі-

шенні робочих питань, роль хворого у терапевтичному процесі отримали найнижчі оцінки. Основною характеристикою „ідеального" ТС медичні сестри вважають задоволеність від роботи і високу якість виконання професійних обов'язків.

Результати анкетування психіатрів і неврологів щодо особливостей взаємодії лікаря з хворими та їх родичами в умовах лікувального процесу показали: 95,3% лікарів (94,7% психіатрів і 95,6% неврологів) вважають, що взаємовідношення лікаря та пацієнта, а також вільне спілкування родичів хворого з лікарем мають велике значення для успішності лікувального процесу в цілому. 100,0% лікарів свідчать, що хворі мають можливість обговорювати з лікарем тактику терапії та зміни стану свого здоров'я в процесі лікування. 90,5% лікарів (94,7% психіатрів та 86,9% неврологів) вважають, що при виборі лікування важливо пояснювати пацієнту необхідність призначення того чи іншого препарату. 95,3% лікарів (89,4% психіатрів та 100,0% неврологів) згодні, що пацієнти повинні мати можливість обирати лікаря.

81,0% лікарів (73,6% психіатрів і 86,9% неврологів) вважають, що у лікувальному процесі вони повинні враховувати установки і побажання хворих, однак 26,4% психіатрів та 13,1% неврологів ( $p < 0,05$ ) не поділяють цю думку. Завжди відповідати на питання пацієнтів про різні процедури та консультації вважають за потрібне 59,3% лікарів (47,3% психіатрів і 69,5% неврологів, ( $p < 0,05$ )).

На питання щодо впливу власного самопочуття і настрою лікаря на його ставлення до хворого „Так, значною мірою впливає" відповіли 54,4% лікарів (39,2% психіатрів, 73,6% неврологів ( $p < 0,05$ )). Також 80,9% лікарів (78,9% психіатрів і 82,6% неврологів) признають, що у вільний час думають про роботу.

За результатами анкетування, 95,0% медсестер вважають, що пацієнти їх відділень мають змогу кожного дня спілкуватись з персоналом. На питання, чи потрібно пояснювати хворому необхідність призначення того чи іншого препарату, 80,0% медсестер відповіли позитивно, в той час як 20,0% опитуваних вважають, що цього робити не слід. Тезу про те, що хворі повинні взагалі мати можливість обговорювати тактику і особливості лікування підтримують 60,0% медсестер. 90,0% медсестер вважають, що вони повинні враховувати установки та побажання хворих в процесі лікування. Однак, 75,0% медсестер вважають, що вони не мають права роз'яс-

нювати результати обстежень і аналізів, бо це знаходиться поза їх компетенцією.

Думку, що родичі та близькі пацієнтів за необхідності можуть вільно спілкуватися з медсестрами, поділяють 60,0% обстежених, а 40,0% - не згодні з нею. Лише третина середнього медперсоналу (30,0%) згодна у разі звертання відповідати на питання родичів пацієнтів. 100,0% опитаних прагнуть мати гарні стосунки з колегами та мати почуття задоволеності від своєї роботи.

Отже, неврологи частіше за психіатрів схильні вільно спілкуватися з пацієнтом, обговорювати необхідність призначення тих чи інших препаратів, враховують їх зручність для пацієнта, а також вважають за правило у лікувальному процесі керуватися установками і побажаннями хворих та завжди відповідати на питання пацієнтів про різні процедури та консультації. Неврологи стовідсотково поділяють думку про те, що пацієнти повинні мати можливість обирати лікаря, тоді як частина психіатрів з цим не згодна. Однак психіатри більш схильні залучати до лікувального процесу рідних та близьких пацієнта. Тобто, неврологи більшою мірою дотримуються принципів партнерства саме у взаєминах з пацієнтами, в той час як психіатри у терапевтичному процесі більше спираються на мікросоціальне оточення хворих. Разом з тим, слід зазначити, що у стосунках з хво-

рими неврологи на відміну від психіатрів більшою мірою піддаються впливу свого настрою та власного самопочуття.

Більшість медсестер, з одного боку, демонструють готовність надавати допомогу хворим, ставитись до них з турботою та увагою, однак, з іншого - лише незначна частка медсестер згодна відповідати на питання пацієнтів щодо результатів обстежень, лікування взагалі і спілкуватись з їх родичами. Також близько половини з обстеженого нами середнього медичного персоналу вважають, що хворі не повинні взагалі обговорювати тактику і особливості лікування, не схильні надавати пацієнту та його родичам роз'яснення за результатами обстежень і аналізів, а також інформацію стосовно захворювання взагалі. Отже, посилаючись на інструкції, медсестри дистанціюються від хворих і їх близьких, певною мірою формалізують виконання своїх функціональних обов'язків, що заважає створенню та реалізації партнерських стосунків у терапевтичному процесі.

Результати даного дослідження доцільно враховувати при створенні програм організаційних, психоосвітніх та психокорекційних заходів, спрямованих на оптимізацію терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю та підвищення якості лікувально-реабілітаційного процесу в цілому.

*Л.Ф. Шестопалова, В.А. Кожевникова, А.В. Андренко*

## **ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ МЕДИЦИНСКИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СРЕДЫ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Изучены представления разных групп медицинских специалистов о реальной и идеальной терапевтической среде современного медицинского учреждения психоневрологического профиля. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2008. — № 2 (19). — С. 37-42 ).

*L. Shestopalova, V. Kozhevnikova, A. Andrenko*

## **PECULIARITIES OF PSYCHO-NEUROLOGICAL INSTITUTION'S THERAPEUTIC MILIEU BY OPINION OF MEDICAL SPECIALISTS**

Institute Neurology, Psychiatry and Narcology AMS of Ukraine, Kharkiv

It was presented the results of investigation of modern psycho-neurological institution's therapeutic milieu (TM) by opinion of doctors (psychiatrists and neurologists) and nurses. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 2 (19). — P. 37-42).

## Література

1. Шестопалова Л.Ф. Медико-психологічні проблеми сучасного лікувально-реабілітаційного процесу // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т.15, вип. 1(50), додаток. – С. 249.
2. Козьявкін В.І. Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації пацієнтів із дитячим церебральним паралічем // Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (метод проф. Козьявкіна В.І.). Наукові розробки: під заг.ред.проф. Козьявкіна В.І. – Львів-Трускавець: Інститут проблем медичної реабілітації, 2001. – С. 10-12.
3. Литвиненко В.И. Терапевтическая среда психиатрического стационара. - Полтава, 1995. - 114 с.
4. Кабанов М.М., Вайзе К. Социально-трудовая реабилитация психически больных // Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В.Морозова. В 2-х т. Т.ІІ. - М.: Медицина, 1988. - С.593-607.
5. Ташлыков В.А. Клинико-психологическое исследование «внутренней картины болезни» при неврозах в процессе их психотерапии // Журн. невропат. и психиатр. - 1981, Вып. 11., - С. 1704-1708.
6. Кабанов М.М. Новое в теории и практике реабилитации психически больных. - Л.: Ленингр. НИ психоневрол. ин-т, 1985. – 155 с.
7. Hogarty G. E. et al. Персональная терапия: ориентированная на расстройство психотерапия при шизофрении./ Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация. Под ред. Jaar van Weeghel. – К.: Сфера, 2002. – С. 246-260.
8. Кабанов М.М. Охрана психического здоровья и проблемы стигматизации и комплайенса. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. - Т.8, вып. 2. - С. 58-62.
9. Новые достижения в терапии психических заболеваний. Под ред. профессора С.Н. Мосолова. – М.: ЗАО „БИНОМ”. - 2002. – 624 с.

Поступила в редакцию 15.05.2008