

Коммуникативно-личностное содержание стратегий психологической защиты  
в профессиональной деятельности медицинских сестер

---

<sup>1</sup> *Михальская Юлия Анатольевна, научный корреспондент лаборатории психологии обучения, Институт психологии имени Г.С.Костюка НАПН Украины, г. Киев, Украина  
Received October 4, 2013; Accepted October 28, 2013*

**Аннотация.** В статье представлено теоретико-эмпирическое изучение коммуникативно-личностного содержания стратегий психологической защиты в профессиональной деятельности медицинских сестер. Теоретическое обоснование проблемы касается вопросов необходимости изучения данного аспекта в профессиональной деятельности медицинских сестер в силу обязательного сопровождения качества лечебного процесса их коммуникативно-личностными характеристиками. Подчеркивается, что сфера личностных проблем медицинских сестер находит свое отображение в виде их психологической защиты. Конкретизация понятия психологической защиты в контексте обязательного учета условий эмоциональной напряженности профессиональной деятельности позволяет рассматривать коммуникативно-личностное содержание стратегий психологической защиты как индикатор деонтологической компетентности и культуры медицинского работника. Разработанная программа эмпирического исследования, а также комплекс используемых методов математической обработки результатов исследования позволяет конкретизировать теоретические положения в виде реальных психологических фактов: уровень эмоциональной напряженности условий профессиональной деятельности детерминирует формирование отличных друг от друга стратегий психологической защиты; у медицинских сестер, которые работают в отделениях поликлиник, выраженными являются стратегии замещения, отрицания и проекции, а у медицинских сестер, работающих в отделениях инфекционных больниц, выделяются стратегии компенсации и рационализации; психологическое наполнение стратегий психологической защиты медицинских сестер, работающих в разных условиях эмоциональной напряженности, демонстрирует коммуникативно-личностные отличия выраженной коммуникативности и альтруистичной дружелюбности на фоне отсутствия чувствительности и эмпатийности у медицинских сестер отделений поликлиник, и проявлений практичности, выдержанности, социальной направленности, зависимости и эмпатийности медицинских сестер отделений инфекционной больницы.

**Ключевые слова:** *психологическая защита, стратегия психологической защиты, коммуникативно-личностные характеристики, профессиональная деятельность, медицинская сестра.*

Постановка проблемы изучения стратегий психологической защиты весьма актуальна в аспекте ее рассмотрения в профессиональной деятельности медицинских сестер. Медицинское обслуживание больных находится в тесной взаимосвязи с искусством их обхождения, где одну из центральных позиций относительно эффективности прохождения этого процесса, занимает личность медицинской сестры. Ее лич-

ностные качества, помогающие пониманию другого человека и приобретению его доверия, имеют достаточно сильный терапевтический эффект [3]. Поэтому выбранный контекст изучения стратегий психологической защиты медицинских сестер, является актуальным в пределах теоретико-эмпирических исследований профессиональной и клинической психологии.

Профессиональные умения медицинской сестры не

всегда являются реальными в практической деятельности, и причиной такой нереализованности выступают личностные проблемы самой медсестры, которые, по нашему мнению, часто входят в сферу неосознаваемого, а на осознаваемом уровне проявляются в виде психологической защиты, как например вытеснение, регрессия, замещение, отрицание, проекция, компенсация, гиперкомпенсация и рационализация.

Психологическая защита личности рассматривается как специальная регулятивная система стабилизации, направленная на устранение или сведение к минимуму чувства тревоги, связанного с осознанием конфликта. Функция психологической защиты проявляется в ограничении сферы сознания от негативных, травмирующих переживаний. В данном исследовании будем придерживаться определения психологической защиты как совокупности бессознательного психических процессов, обеспечивающих оборону психики и личности от опасных негативных и деструктивных действий внутриспсихических и внешних импульсов. Можно сказать, что психологическая защита это особая форма бессознательной психической активности, которая позволяет облегчить, хотя бы на некоторое время, конфликт и снять напряжение, а в конкретных ситуациях и изменить смысл событий и переживаний.

Проведенный теоретико-методологический анализ проблемы позволил сформулировать гипотезу, согласно которой коммуникативно-деонтологическое содержание профессиональной деятельности медицинских сестер обусловлено выраженной стратегией психологической защиты, которая выражается в личностных и коммуникативных особенностях поведения медицинских сестер, работающих в разных условиях по показателям эмоциональной напряженности.

Согласно поставленной гипотезе, нами разработана программа эмпирического исследования коммуникативно-личностного содержания стратегий психологической защиты медсестер, которая включает в себя диагностическую констатацию с помощью методик: диагностики типологии психологической защиты (Р.Плутчик), диагностики эмоциональных барьеров в межличностном общении В.Бойко, диагностики эмпатийных способностей В.Бойко, диагностики коммуникативной установки В.Бойко, многоуровневого личностного опросника "Адаптивность" А.Маклакова и С.Чермянина, самооценки психических состояний Г.Айзенка, изучения стратегий копинг-поведения (шкала SACS), диагностики межличностных отношений Т.Лири и 16-факторного личностного опросника Р.Кеттела. Следует добавить, что кроме перечисленных методик, как вспомогательные, использовались методы беседы, наблюдение за работой медсестер, изучение их личных дел.

Для эмпирического подтверждения теоретических положений, изложенных в теоретическом разделе работы и определение правомерности использования предложенных диагностических методик, было проведено исследование на выборке медицинских сестер (n=268). При формировании выборочной совокупности были соблюдены требования к ее содержательности путем подбора выборки, соответствующей предмету исследования и основной исследовательской гипотезе.

При обработке результатов констатирующего эксперимента использованы следующие методы математической статистики: критерий нормальности Колмогорова-Смирнова (для определения степени соответствия эмпирического распределения нормальному с целью адекватного выбора дальнейших методов обработки эмпирических данных); непараметрический критерий Манна-Уитни (для установки межгрупповых различий в уровнях проявления основных признаков типичных стратегий психологической защиты отдельно в выборках медицинских сестер с разным уровнем эмоциональной напряженности деятельности); факторный анализ (для минимизации количества переменных и концентрации информации об основных коммуникативно-личностных характеристиках стратегий психологической защиты в форме небольшого массива данных); корреляционный анализ (для установления связей между коммуникативно-личностными характеристиками медицинских сестер и основными стратегиями их психологической защиты). Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью компьютерного обеспечения SPSS для Windows версия 13.0 [1].

Условия эмоциональной напряженности трудовой деятельности медицинских сестер детерминирует формирование разнообразных стратегий психологической защиты. Именно поэтому выборка исследования была дифференцирована на две группы по показателю "эмоциональная напряженность деятельности". В первую группу вошли медсестры, работающие в поликлинике (n=136), во вторую группу – медсестры, работающие в отделениях инфекционных больниц (n=150).

Дальнейшая работа с эмпирическим материалом предусматривает определение типа распределения полученных данных для определения группы методов, позволяющих установить различия между личностно-коммуникативными психологическими характеристиками (как детерминантами формирования стратегий психологической защиты) представителей этих двух групп. Для этого использован Z-критерий нормальности Колмогорова-Смирнова. Специфика распределения данных указывает на дальнейшее использование непараметрического U-критерия Манна-Уитни [2].

Полученные результаты свидетельствуют, что показатели диагностических критериев отличаются между собой, что демонстрирует дифференциацию личностных и коммуникативных характеристик респондентов, работающих в различных условиях эмоциональной напряженности деятельности. Статистически значимыми ( $p \leq 0,05$ ,  $p \leq 0,01$ ,  $p \leq 0,001$ ) оказались различия между большинством диагностических критериев, что еще раз подтверждает правомерность дифференциации медицинских сестер в зависимости от условий деятельности и важность поиска причин формирования различных стратегий психологической защиты. Однако некоторыми механизмами психологической защиты одинаково часто пользуются респонденты из обеих групп (независимо от условий эмоциональной напряженности деятельности): вытеснение, регрессия и реактивное образование – эмпирические значения этих шкал почти совпадают ( $p \geq 0,10$ ).

В результате подсчета критерия U-Манна-Уитни были установлены личностные и коммуникативные особенности респондентов, между которыми не зафиксированы статистически значимые отличия: негибкость эмоций, доминирование негативных эмоций, нежелание сближаться с людьми, общий показатель проявления эмоциональных барьеров в общении, рациональный канал эмпатии, установки, способствующая эмпатии, общий показатель эмпатии, завуалированная жестокость, открытая жестокость, недовольство, негативный опыт общения, коммуникативная толерантность, вступление в социальный контакт, поиск социальной поддержки, избегание, фактор Н (нерешительность), фактор L (подозрительность). Перечисленные шкалы не учитывались в дальнейшем анализе эмпирических данных.

Следующим шагом в изучении особенностей построения стратегий психологической защиты в профессиональной деятельности медицинских сестер стал процесс минимизации количества переменных и концентрации информации о коммуникативных и личностных детерминантах формирования стратегий в виде небольшого массива характеристик. Для решения этой задачи нами использован метод факторного анализа. С помощью процедуры факторизации уменьшается размерность исходного пространства коррелирующих между собой признаков и обеспечивается более экономная их репрезентация при минимальных потерях исходной информации. Так нами получена факторную структуру коммуникативно-личностных детерминант, которые определяют использование медсестрами поликлиник и отделений инфекционных больниц конкретных механизмов психологической защиты.

Для определения количества факторов был использован критерий Кайзера (количество факторов равно числу компонентов, собственные значения которых больше единицы). Правомерность применения метода факторного анализа на данной выборке проверялась с помощью критерия Кайзера-Мейера-Олкина: значение корреляции между фактором и переменными, входящих в его структуру менее 0,6 в анализе не учитывались.

Прежде всего, нами установлена факторная структура коммуникативных детерминант формирования стратегий психологической защиты медицинских сестер, работающих в поликлиниках. По результатам факторного анализа были определены шесть основных компонентов, определяющих коммуникативные особенности медицинских сестер, работающих в поликлиниках. В частности к первому фактору, который объясняет 17,4 % дисперсии, входят такие показатели как отзывчивость (0,862), добросовестность (0,844), доверчивость (0,785), уступчивость (0,632). Второй фактор (приблизительно 16 % дисперсии) наиболее тесно связан с такими показателями: уверенность в себе (0,892), доминантность (0,832), требовательность (0,781). Третий фактор (11,1 % суммарной дисперсии) имеет сильную связь с показателем скептицизма (0,854). Четвертый фактор (8,7 % суммарной дисперсии) интегрировал такие показатели примененных нами диагностических методик: эмоциональный канал эмпатии (-0,712), интуитивный канал эмпатии

(0,687). Пятый фактор (около 7,5 % суммарной дисперсии) описывает такой психологический показатель как неумение управлять эмоциями (0,687). Шестой фактор, объясняющий 7,4 % дисперсии, в наибольшей мере определяют показатели идентификации в эмпатии (0,741), проникающей способности эмпатии (0,719). Выделенные шесть факторов описывают более 68 % дисперсии массива данных, что свидетельствует о достаточно высокой достоверности полученных результатов.

Следующий этап исследования предусматривал поиск факторной структуры личностных детерминант формирования доминирующих стратегий психологической защиты медицинских сестер поликлиник. По результатам факторного анализа были определены девять основных компонентов, определяющих личностно-поведенческие детерминанты формирования стратегий психологической защиты медицинских сестер поликлиник. В частности, первый фактор, который объясняет 12,7 % дисперсии, объединил такие показатели как агрессивность (0,890), тревожность (0,860), ригидность (0,855), фрустрация (0,841). Во второй фактор (8,9 % суммарной дисперсии) вошли показатели конформности (0,752), развитого интеллекта (0,665), прямолинейности (0,639). Третий фактор (6,7 % дисперсии), определяется такими показателями как асертивные действия (0,807), открытость (-0,617). Четвертый фактор, который составляет 8,9 % суммарной дисперсии, в наибольшей степени определяют показатели адаптивных способностей (0,761) и нервно-психической устойчивости (0,737). Пятый фактор (около 6,5 % дисперсии) содержит показатели коммуникативных особенностей (0,814) и моральной нормативности (0,809). Шестой фактор (6,2 % дисперсии) сформировали такие характеристики как высокая чувствительность (0,750) и осторожные действия (0,625). Седьмой фактор, описывающий 5,3 % суммарной дисперсии, определяется через высокую эгонапряженность (0,748). Восьмой фактор (5,2 % дисперсии) подтверждает высокий уровень супер-эго (0,725). В девятый фактор (5,2 % дисперсии) вошли такие элементы как экспрессивность (0,723) и косвенные воздействия (0,706). Выделенные девять факторов описывают более 60 % дисперсии массива данных.

Дальнейшее применение факторного анализа направлено на установление коммуникативно-личностных детерминант формирования стратегий психологической защиты медицинскими сестрами из инфекционных отделений (эмоциональная напряженность их деятельности несколько отличается от деятельности медицинских сестер в поликлиниках).

Итак, по результатам факторного анализа были определены шесть основных компонентов, определяющих коммуникативные особенности медицинских сестер, работающих в инфекционных отделениях. В частности первый фактор (17,2 % дисперсии) объединил такие показатели как добросовестность (0,878), чуткость (0,822), доверчивость (0,761), уступчивость (0,653). Ко второму фактору (почти 16 % дисперсии) вошли такие характеристики как уверенность в себе (0,887) и доминирование (0,862). Третий фактор (11,3 % дисперсии) объединил признаки скептицизма

(0,898) и требовательности (0,691). В четвертом факторе (10,4 % дисперсии) выделяется проявление проникающей способности эмпатии (0,706), интуитивно-го канала эмпатии (0,678) и идентификации в эмпатии (0,668). Пятый фактор, объясняющий примерно 8,4 % дисперсии, определяется через показатель неумения управлять эмоциями (0,846). Шестой фактор (7,6 % дисперсии) содержит следующие коммуникативные особенности как обоснованный негативизм (-0,848) и неадекватное проявление эмоций (0,614). Выделенные факторы описывают 70 % дисперсии массива данных.

Следующий этап исследования предвидел поиск факторной структуры личностно-поведенческих детерминант формирования стратегий психологической защиты медицинских сестер инфекционных отделений. В результате применения факторного анализа к диагностическим шкалам были определены девять основных компонентов, определяющих личностно-поведенческие детерминанты формирования стратегий психологической защиты медицинских сестер инфекционных больниц. В частности, первый фактор (13,5 % дисперсии) объединил такие показатели как агрессивность (0,847), фрустрация (0,818), тревожность (0,773). Во второй фактор (10,1 % дисперсии) вошли такие личностно-поведенческие характеристики как агрессивные действия (-0,785), косвенные воздействия (0,759) и осторожные действия (0,676). Третий фактор (9,9 % дисперсии) объединил признаки адаптивных способностей (0,802), коммуникативных особенностей (0,731), нервно-психической устойчивости (0,626) и моральной нормативности (0,612). Четвертый фактор (5,8 % дисперсии) включает такие признаки как асоциальные действия (0,771) и импульсивные действия (0,640). Пятый фактор (5,5 % дисперсии) определяется через показатели эго-напряженности (-0,672) и выраженной чувствительности (0,614). Шестой фактор (5,3 % дисперсии) характеризуется содержанием ассертивных действий (-0,753) и конформности (0,638). В седьмом факторе (5,1 % дисперсии), объединились такие составляющие как зависимость от группы (-0,768) и самоуверенность (0,701). Содержание восьмого фактора (5 % дисперсии) определяется через интерпретацию практичности (0,795), а девятого фактора (4,5 % дисперсии) через показатели воздержания. Выделенные девять факторов описывают более 65 % дисперсии массива данных.

Стоит подробнее остановиться на взаимосвязях между механизмами психологической защиты и коммуникативно-личностными характеристиками медицинских сестер. Для этого была использована процедура корреляционного анализа с целью проверки гипотезы о связи между переменными с использованием коэффициента корреляции  $r$ -Пирсона. Подсчет корреляционных связей между выраженными показателями стратегий психологической защиты (замещение, отрицание и проекция) и факторами, определяющими коммуникативные и личностно-поведенческие характеристики медицинских сестер, работающих в поли-

клинике, показал положительную связь между показателями стратегии психологической защиты *замещения* с показателями коммуникативных свойств ( $p \leq 0,05$ ) и отрицательную связь с показателями доминантности, ассертивных действий и чувствительности ( $p \leq 0,01$ ); положительную связь между показателями стратегии психологической защиты *отрицания* с показателями альтруистического дружелюбия и выраженных коммуникативных свойств ( $p \leq 0,01$ ) и отрицательную связь с показателями ассертивных действий и сдержанности ( $p \leq 0,05$ ), а также положительную связь между показателями стратегии психологической защиты *проекции* с показателями альтруистического дружелюбия, агрессивности ( $p \leq 0,05$ ) и коммуникативных свойств ( $p \leq 0,01$ ) и отрицательную связь с показателями интуитивной эмпатии, идентификационной эмпатии, адаптивных способностей и чувствительности ( $p \leq 0,01$ ).

Фиксация корреляционных связей между выраженными показателями стратегий психологической защиты (замещение и проекция) и факторами, определяющими коммуникативные и личностно-поведенческие характеристики медицинских сестер, работающих в инфекционной больнице, показал положительную связь между показателями стратегии психологической защиты *компенсации* с показателями практичности и сдержанности ( $p \leq 0,05$ ) и отрицательную связь с показателями асоциальных действий ( $p \leq 0,05$ ) и потребности в свободе ( $p \leq 0,01$ ), а также положительную связь между показателями стратегии психологической защиты рационализации с показателями независимости ( $p \leq 0,01$ ), проникающей эмпатии и неагрессивных действий ( $p \leq 0,05$ ).

Таким образом, проведенное исследование дает возможность сделать соответствующие выводы относительно психологического наполнения стратегий защиты медицинских сестер, работающих в разных условиях эмоциональной напряженности: медицинские сестры отделений поликлиник демонстрируют коммуникативно-личностные характеристики выраженной коммуникативности и альтруистичной дружелюбности, в отличие от медицинских сестер отделений инфекционной больницы, у которых на фоне отсутствия чувствительности и эмпатийности, более выраженными выступили проявления практичности, выдержанности, социальной направленности, зависимости и эмпатийности. Следует добавить, что именно этот аспект личностного поведения хорошо прослеживается средствами наблюдения, и может выступать сферой эффективной психологической коррекции. Наблюдая за профессиональной работой медсестер в отделениях и общаясь с врачами и медсестрами-коллегами, ощущается необходимость проведения с определенной группой медицинских сестер комплекса профилактических мероприятий по коррекции их психозащитных свойств личности, которые являются неотъемлемой частью профессиональных способностей медицинской сестры.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бююль А. SPSS: Искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых зако-

номерностей: пер. с нем. – СПб. : «ДиаСофтЮП», 2005. – 608 с.

2. Наследов А.А. Математические методы психологических исследований. Анализ и интерпретация данных / А.А. Наследов. – СПб. : ООО «Речь», 2004. – 392 с.

3. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди ; [пер. с венгер.]. – Будапешт : Изд-во Академии наук Венгрии, 1988. – 338 с.

#### REFERENCES TRANSLATED AND TRANSLITERATED

1. Buhl A., SPSS: Искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей [Art of information processing. Statistical data analysis and hidden regularities restoration.], SPb: DiaSoftYuP Publ., 2005. – 608p.

2. Nasledov A.A., Matematicheskiye metody psikhologicheskikh issledovaniy. Analiz i interpritatsiya dannykh [Mathematical

methods of psychological researches. Analysis and data interpretation], SPb: ООО “Rech” Publ., 2004. – 392p,

3. Khardi I., Vrach, sestra, bolnoi. Psichologiya raboty s bolnymi [A doctor, a nurse, a patient. Psychology of work with patients], Budapest: Hungarian Academy of Science Publ., 1988. – 338p.

#### **Mikhalskaya Yu.A. Communicative and personal content of psychological defense strategies in professional activities of nurses**

**Abstract.** The article deals with theoretical and empirical study of the communicative and personal content of psychological defense strategies in professional activities of nurses. Theoretical substantiation of the problem regards to the questions of necessity to study this aspect in professional activities of nurses because of obligatory support of medical process quality by their communicative and personal characteristics. It is emphasized that the scope of personal problems of nurses finds its reflection in the form of their psychological defense. Concretization of the concept of psychological defense in the context of obligatory account of terms of emotional tension of professional activity allows us to consider the communicative and personal strategies content as indicator of psychological defense of deontological competence and culture of medical worker. The developed program of empirical study, as well as a complex of used methods of mathematical processing of the results of the study allows concretizing theoretical concepts in the form of real psychological facts: the level of emotional tension of professional activity conditions determines the formation of distinct psychological strategies; among nurses who work in branches of polyclinics, substitution, denial and projection strategies are expressed, while nurses who work in departments of infectious hospitals, compensation and rationalization strategies are expressed; psychological filling of psychological defense strategies of nurses working in different conditions of emotional tension, demonstrates communicative and personal differences of expressed communicative and altruistic friendliness amid the lack of sensitivity and empathy among nurses in branches of polyclinics, and manifestations of practicality, consistency, social orientation, dependence and empathy of nurses who work in departments of infectious hospitals.

**Keywords:** *psychological defense, psychological defense strategy, communicative and personal characteristics, professional activities, nurse.*