

УДК 614.23:616–052–036.88

И. П.Пасечник, Л.М.Пасиешвили

АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ВРАЧА ПРИ СМЕРТИ ПАЦИЕНТА.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра общей практики-семейной медицины и внутренних болезней

«Врач лечит больного, в то время как ему самому

может помочь только Господь Бог»

Ambroise Pare (1517 – 1590)

Актуальность. Профессия медицинского работника относится к так называемым «профессиям–помощникам». В книге «Счастливый человек» Джон Бергер подчеркивает главную роль врача по отношению к смерти: «Врач – это близкий знакомый смерти. Когда мы зовем врача мы просим его вылечить нас и облегчить наши страдания, но, если он не может излечить нас, тогда мы просим стать свидетелем нашей смерти. Ценность этого свидетеля в том, что он видел много других смертей».

В основе отношения врача к пациенту, ко всей этике и философии болезни лежит сострадание, чувство солидарности, уважения и благоговения перед человеческой жизнью. Однако врачи чаще других сталкиваются со смертью, которая входит в их рабочие будни и становится привычным явлением. В такие моменты, подсознательно ощущая собственную вину за произошедшее, врач берет ответственность на себя, терзаясь сомнениями, что приводит к значительным нарушениям душевного и физического состояния врача, к профессиональному стрессу и «выгоранию» личности [1].

Термин «выгорание» предложен американским психиатром Х.Дж.Френденбергом в 1974 году для характеристики психологического состояния здоровых людей, которые находятся в интенсивном и тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально напряженной атмосфере при оказании профессиональной помощи. Основная роль в

синдроме «выгорания» принадлежит эмоционально тяжелым или напряженным отношениям в системе «человек-человек». Это – отношения между лечащим врачом – тяжелым больным, между руководителем – подчиненным, отношения в коллективе при неблагоприятном психологическом климате.

На Европейской конференции ВОЗ (2005 г.) отмечено, что стресс, связанный с работой, является важной проблемой примерно для одной трети трудящихся стран Европейского союза и стоимость решения проблем с психическим здоровьем в связи с этим составляет в среднем 3-4% валового национального дохода. Всемирная организация здравоохранения признала необходимость медицинского вмешательства при синдроме эмоционального выгорания (WHO, 2001).

Главной причиной синдрома эмоционального выгорания считается психологическое, душевное переутомление. Когда требования (внутренние и внешние) длительное время преобладают над ресурсами (внутренними и внешними), у человека нарушается состояние равновесия, которое неизбежно приводит к «выгоранию».

Синдром «эмоционального выгорания» состоит из 3 компонентной модели: эмоциональное истощение; деперсонализация (цинизм); редукция профессиональных достижений. Эмоциональное истощение – основной компонент выгорания – это ощущение эмоционального опустошения, усталости, вызванное работой. Деперсонализация – собственное отчуждение от работы и субъектов взаимодействий – циничное, равнодушное, иногда жестокое отношение к пациентам, механическое выполнение работы. Редукция профессиональных достижений – это появление у сотрудников ощущения некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание неуспеха в ней. К симптомам эмоционального выгорания относят утомление, истощение, психосоматические расстройства, негативное отношение к пациентам, негативное отношение к работе, однообразия репертуара рабочих действий, злоупотребление

химическими агентами, нарушения аппетита, негативная Я-концепция, агрессивные ощущения, депрессия, чувство вины [4]. По данным многочисленных исследований, среди медицинских работников на фоне синдрома эмоционального выгорания со временем появляются психосоматические нарушения, отмечается, повышенный уровень тревожных расстройств, депрессии, суицидальных попыток, злоупотребление алкоголем, наркотиками (Сидоров П.И., 2005; Кулаков С.А., 2007; Payne R., Firth-Cozens J., 1987; Heim E., 1991; Guthrie E., Black D. 1997 и др).

Ключевым компонентом развития синдрома выгорания является профессиональный стресс - физиологические и психологические реакции человека на сложную рабочую ситуацию. Наиболее распространенными факторами, приводящими к развитию синдрома эмоционального выгорания, можно считать профессиональные, индивидуальные, организационные и социально-психологические.

К профессиональным факторам риска относят: «помогающие», альтруистические профессии, где сама работа обязывает оказывать помощь людям (медицинские, социальные работники, психологи, учителя, священнослужители).

Индивидуальные факторы риска включают в себя социально-демографические и личностные. К социально-демографическим относят возраст, пол, стаж, семейное положение, уровень образования. Личностные факторы обусловлены особенностями характера и способностью противостоять стрессу, осуществлять контроль за всеми жизненными ситуациями, гибко реагировать на разного рода перемены.

К организационным факторам, влияющим на развитие эмоционального выгорания, относятся условия труда (повышенная нагрузка, продолжительность рабочего дня, неоднозначные требования к работе, постоянный риск штрафных санкций, неадекватность оплаты), содержание работы (количество пациентов за определенный период, однообразная, монотонная, бесперспективная деятельность).

Социально-психологические факторы риска - это отсутствие или недостаток социальной поддержки со стороны коллег, людей, стоящих выше по профессиональному и социальному уровню, семьи, близких, необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие реальным, справедливости и возможности принимать важные решения [2].

Безусловно, нет врача, сознание которого не было бы подавлено чувством потерянной каким-либо путем человеческой жизни. У настоящего врача не формируется иммунитет к смерти. Доказательством этого – тяжелые переживания врачей после смерти пациента. Может ли врач дистанцироваться от собственных эмоций и воспринимать смерть своих пациентов в качестве нелицеприятного, но вполне обыденного явления профессиональной деятельности? Слова академика РАМН Т. Дмитриевой: «Умер пациент. Это страшная беда для обеих сторон - и для близких умершего, и для лечащего врача. Тем более должны быть максимально выслушаны обе стороны, максимально расследована каждая деталь...» подтверждают необходимость реализации эффективной профессиональной поддержки и реабилитации врача в профессионально стрессовой ситуации.

Цель исследования - изучение психологической реакции врачей педиатрического и терапевтического профиля на факт смерти пациента.

Материалы и методы. В рамках исследования при соблюдении принципов этики и конфиденциальности проведено анонимное анкетирование медицинских работников лечебных учреждениях города. Основу анкеты составили вопросы, разрешенные к использованию госпожой Моникой Мюллер, ведущего руководителя центра Северной Вестфалии по уходу за смертельно больными, члена Совета федеративного сообщества ХОСПИС Германии, руководителя курса «Палиативный уход. Палиативная медицина».

Анкета была дополнена вопросами, адаптированными к отечественной системе здравоохранения.

Составленные анкеты были предложены 100 врачам терапевтического профиля, работающим с пациентами взрослого и детского возраста. Возвращены незаполненными 20 анкет по причине отказа от участия в опросе. Среди причин отказа были следующие: нет опыта – 6 (30%); недостаток времени – 5 (25%); без объяснений – 5 (25%); бессмысленность проведения исследования – 3 (15%); по религиозным соображениям – 1 (5%).

В анкетировании приняли участие 48,8% (39) врачей, работающих с взрослыми пациентами: акушеры-гинекологи родильных стационаров – 10 (12,5%); терапевты городских поликлиник – 8 (10%); терапевты стационара – 7 (8,8%); врачи-онкологи стационара – 9 (11,3%); врачи клиники палиативной медицины – 5 (6,3%). Врачи педиатрического профиля составили 51,3% (41): врачи-неонатологи – 14 (17,5%), детские реаниматологи – 12 (15%), педиатры стационара – 10 (12,5%), участковые педиатры – 5 (6,3%). В исследовании принимали участие врачи первой и высшей квалификационной категории, со стажем работы 10-15 лет.

В ходе анкетирования были затронуты следующие вопросы: определение факторов, оказывающих влияние на врача и помогающих справиться с переживаниями в случае смерти пациента; характеристика симптомов, появляющихся в коллективе при смерти пациента; изучение личной реакции врача на смерть пациента и способов, помогающих справиться с ситуацией.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с применением пакета программ Statistica 5,0. Для оценки достоверности различий использовался критерий χ^2 , который отображал насколько различны эмпирические и теоретические частоты выборок.

Результаты исследования. Взаимосвязь состояния человека с его профессиональной деятельностью неоднократно подчеркивалась отечественными и зарубежными специалистами в области психиатрии, психологии, внутренней медицины. Профессия врача обязывает оказывать помощь людям, что связано с серьезной моральной нагрузкой. Профессиональные ситуации и проблемы, приводящие к физическому и духовному истощению организма врача оказывают влияние на качество оказания медицинской помощи населению в дальнейшем.

Проведенный анализ полученных данных показал степень влияния определенных ситуаций на реакцию врачей в случае смерти пациентов. К наиболее значимым факторам 97,5% респондентов отнесли неожиданную смерть пациента, 90% - невозможность оказания квалифицированной помощи, 75% - отношение руководства к смерти пациента.

Психологическая атмосфера в коллективе, социальная поддержка коллег снижает вероятность профессионального выгорания. Возникновение напряженности в коллективе при смерти пациента отметили 41,3% респондентов, упреки со стороны руководства – 30%, цинизм – 11,3% опрошенных, поддержку коллег и потребность обсудить ситуацию отметили 97,5%. Достоверных различий в ответах специалистов педиатрического и терапевтического профиля не выявлено.

Оценивая личную реакцию врача на смерть пациента, отмечено, что 90% испытывали чувство вины, при чем, у специалистов педиатрического профиля этот показатель был достоверно выше ($\chi^2=5,34$; $df=1$). Чувство невыполненного долга сопровождало 80% врачей, чувство беспомощности – 47,5%, страх перед родственниками – 36,3%, страх перед руководством отмечен у 27,5% респондентов, разочарование в выбранной профессии отмечали 15% врачей. Большинство опрошенных (82,5%) отметило «постоянное прокручивание ситуации», что на наш взгляд характеризует потребность в профессиональном обсуждении.

Способы «самореабилитации» при смерти пациента: у 57,5% врачей - уединение, у специалистов педиатрического профиля этот показатель достоверно выше ($\chi^2=14,53$; $df=1$), молитвы - у 25% опрошенных, общение с духовным наставником – у 20%, алкоголь – у 7,5%.

По мнению психологов в профессиональной кризисной ситуации поддержка со стороны руководства более важна и эффективна, чем поддержка со стороны коллег. Среди участников анкетирования в случае смерти пациента 90% респондентов считают эффективным поддержку коллектива, 73,8% - поддержку руководства, 68,8% - поддержку семьи, обращение к религии – 47,5%. Наиболее эффективным в преодолении кризисной психологической ситуации в связи со смертью пациента 97,5% опрошенных считают возможность обсудить случай в среде профессионалов.

Работа врача - особый вид деятельности, характеризующийся состоянием постоянной психологической готовности, эмоциональной вовлеченности в проблемы окружающих, связанные с их состоянием здоровья, что предполагает постоянное межличностное взаимодействие. Выполнение профессиональных обязанностей в таких условиях требует от врача высокой эмоциональной устойчивости, стабильности, психологической надежности, умения противостоять стрессу, информационным и эмоциональным перегрузкам, развитых механизмов психологической адаптации и компенсации [3].

Выводы. Психологические реакции, выявленные в ходе исследования, характеризовали личную реакцию врача и обстановку в коллективе в ситуации смерти пациента. Эти реакции относятся к факторам риска синдрома эмоционального выгорания, и в дальнейшем могут оказывать влияние на психосоматическое состояние врача и качество выполнения им профессиональных обязанностей. Для решения этой проблемы в условиях реформирования системы оказания медицинской помощи населению,

необходима реализация мероприятий по реабилитации и защите врача как личности в кризисной профессиональной ситуации:

1. Изменение культуры профессионального поведения, включая поддержку со стороны вышестоящего руководства, коллегиальность по отношению друг к другу, защита интересов врачей со стороны ассоциации специалистов.

2. Реализация программ профессионального сопровождения врача - возможность пользоваться поддержкой специалистов в области юриспруденции, психологии, социального страхования (страхование права на ошибку).

3. Проведение семинаров для врачей по принципу работы «балинтовской группы» с акцентом на различных особенностях взаимоотношений «врач-пациент», «врач-родственники», «врач-коллеги», «врач-администрация», с обсуждением реакций, трудностей, неудач, возникающих в процессе работы.

4. Моделирование произошедшей ситуации, с теоретической и практической поддержкой врача, обсуждением ошибок и заслуг в каждом конкретном случае.

5. При разборах в административных органах здравоохранения случаев смерти пациентов учитывать индивидуальные особенности личности, реальной обстановки, в которой произошел случай, придерживаться презумпции невиновности.

6. Создание адекватных по оснащению и нагрузке условий работы, предоставление непродолжительного отпуска для квалифицированной психологической и соматической реабилитации.

7. Повышение социального статуса врача, в первую очередь на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи населению.

Литература.

1. Кюблер-Росс Э.. О смерти и умирании. Пер. с англ. / Э. Кюблер-Росс. - К.: "София", 2001. - 320 с.
2. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания / М.М. Скугаревская // Медицинские новости.—2002.— №7.— С. 3-9.
3. Электронный ресурс: <http://www.eurolab.ua/balance-and-stress/3780/31564/>
4. Maslach C. Job Burnout / C. Maslach, Schaufeli W. B., Leiter M. P.//Annual Review of Psychology.- 2001.- vol.52.- P.397-422.