

УДК 614.21: 616-083:614.253.52-057

СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ У МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ВІДДІЛЕНЬ ПАЛІАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ

Н. І. Рега, С. О. Ястремська, О. І. Зарудна

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

У статті висвітлено основні причини розвитку «синдрому клінічного вигорання» у медичних працівників паліативних відділень, його стадійний перебіг та основні напрямки профілактики.

EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME OF THE MEDICAL STAFF IN THE PALLIATIVE MEDICINE DEPARTMENTS

N. I. Reha, S. O. Yastremska, O. I. Zarudna

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

The article adduces the main causes of “clinical burnout syndrome” in palliative medical staff, its phasic course and main types of prevention.

Вступ. Робота медичного персоналу відділення паліативної допомоги пов'язана зі значною психоемоційною напругою та високим рівнем стресу. До основних психотравмуючих чинників для медичного персоналу [1] відділення паліативної медицини відносять:

1. Постійне перебування під час роботи у психоемоційно напруженій та частій стресовій ситуації.

2. Необхідність поєднувати маніпуляції з догляду за хворими із наявністю порушень моторної функції (парези, паралічі), розладами функції тазових органів, із колостомами, норицями, зонами пухлинного розпаду, кровотечами із елементами важкої фізичної праці.

3. Часто наявність психічних розладів у пацієнтів.

4. Часто виражена дезадаптивна поведінка та не завжди адекватне реагування родичів хворого на різноманітні ситуації.

5. Висока смертність серед пацієнтів та відповідне емоційне реагування на «втрату» внаслідок смерті пацієнта.

Необхідно зазначити, що наявність психічних розладів у пацієнтів та особливості догляду за хворими, які мають порушення моторної функції (парези, паралічі), розлади функції тазових органів,

робота з пацієнтами з колостомами, норицями вимагає від медичного персоналу особливої тактовності.

Основна частина. На термінальній стадії захворювання хворий та його родина зіштовхуються з низкою практичних проблем – потреба у спеціалізованій медичній допомозі, зміна звичного графіку роботи родичів або звільнення у зв'язку з необхідністю догляду за хворим, виникнення емоційних проблем та конфлікти в родині на тлі стресової ситуації, збільшення фінансових витрат. У зв'язку з погіршенням соматичного стану хворого останній часто потребує спеціалізованої медичної допомоги, особливо такої, що стосується купування вираженого болювого синдрому, легеневої недостатності, психотичних психічних розладів. Також зростає потреба у сторонній допомозі у зв'язку зі зменшенням здатності до самообслуговування. Важливим мотивом звернення до відділення паліативної допомоги є наявність «соціальних показань» – надання родині хворого часу для відпочинку, вирішення нагальних питань або ж обмеження найбільш вразливих членів сім'ї (дітей, людей похилого віку) від споглядання страждань, пов'язаних з хворобою та вмиранням [2].

Необхідно зазначити, що психіка хворого в термінальному періоді має свої особливості:

1. Значне обмеження отримання зовнішньої інформації внаслідок обмеження руху, втрати професійної діяльності, звуження кількості особистісних контактів на фоні тяжкої ендогенної інтоксикації та больового синдрому звужують інтереси хворого, зміщують життєві цінності та сприяють заглибленню хворого у самого себе.

2. Періоди активної психічної діяльності скорочуються, хворі швидко втомлюються, стають пасивнішими, наростає астенія, апатія.

3. У емоційному статусі часто домінує відчуття безнадійності, пригніченість, зумовлені наявним комплексом симптомів хвороби, а також переживаннями стосовно прогнозу захворювання.

4. Часто наявні страхи, особливо щодо обмеження функцій організму, втрати здатності до самообслуговування.

5. Серйозним етапом стає розвиток хронічного больового синдрому та введення наркотичних знеболюючих засобів у комплекс лікувальних заходів.

6. На висоті больового синдрому може з'являтися схильність до реакцій гніву.

7. Психічний стан хворих, як правило, корелює з рівнем соматичного благополуччя, можливістю контролювати фізичні симптоми хвороби.

8. Можуть бути присутні особистісні реакції на прогноз захворювання, що описуються терміном «переживання втрати», тобто це реакція на скорочення фізичних, соціальних можливостей, зміни у психічній сфері.

Вважають, що психологічні особливості хворого на термінальній стадії захворювання зумовлені такими чинниками:

1. Швидкою зміною фізичного стану пацієнта з негативною тенденцією (постійне погіршення стану).

2. Високим рівнем соматичного дистресу (больовий синдром, дихальна недостатність, нудота, кахексія, асцит та ін.).

3. Обмеженими можливостями контролю за симптомами захворювання.

4. Домінуванням у психічному стані негативних емоційних переживань (тривоги, страху, зниженого настрою, гніву та агресії).

5. Часто нереалістичними (завищеними) сподіваннями щодо можливостей власного організму перебороти хворобу або щодо можливостей медицини.

6. Прогресивним виснаженням фізичного та психічного ресурсу хворого та людей із його близького оточення.

Психологічний стан членів сім'ї на термінальній стадії розвитку онкологічного захворювання пацієнта вирізняється послідовністю та етапністю особистісного реагування. Переживання виникають як неспецифічні та специфічні симптоми захворювання, що свідчать про прогресування хвороби та несприятливий прогноз захворювання. Неспецифічними симптомами погіршення стану хворого є слабкість, швидка втомлюваність, погіршення апетиту, зниження активності та здатності до самообслуговування. Специфічні ознаки хвороби включають кровотечі, жовтяницю, асцит, ознаки пухлинного розпаду, патологічні переломи, виражений больовий синдром, розлади дихальної та травної системи та ін. Зокрема, слід відмітити, що звістка про неможливість проведення специфічної протипухлинної терапії та переведення хворого на паліативне лікування для сімей стає сильним психотравмуючим фактором.

На тлі прогресування невиліковного захворювання та погіршення фізичного стану хворого, що виражається у поновленні симптомів хвороби та появи ускладнень, у поведінці членів родини у більшості випадків спостерігається модель гіперопіки. Переважно хворого оберігають від правди про діагноз, орієнтують на позитивну перспективу щодо лікування та видужання. Мотивами такої поведінки з боку сім'ї є уявлення, що знання про тяжкість захворювання, і, відповідно, страх перед стражданнями та очікування неминучої смерті є гіршими за саму смерть, також висловлюються побоювання щодо можливості вчинення пацієнтом суїциду. Тобто, така поведінка, на думку членів родини, оберігає самого хворого. Однак з часом створюється дисонанс між прогресуванням захворювання та відсутністю очікуваного ефекту від лікування. Тоді у відносинах з родиною та медичним персоналом у більшості випадків наростає напруження, виникають конфлікти. Усвідомлення родичами того, що не слід чекати так званої легкої смерті пацієнта, постійні запитання хворого відносно перспектив лікування та видужання, що виникають на фоні прогресивного погіршення соматичного стану, зростання емоційних та фізичних потреб хворого, зіткнення з власними суперечливими відносно хвороби, приводять до бажання вийти з даної ситуації шляхом переходу до моделі дистанціювання. Внутрішнє переживання відчуженості та дистанціювання від хворого часто викликають у родичів почуття провини, яке, у свою чергу, виступає вторинним психотравмуючим чинником.

Та, незважаючи на виснаження емоційних та фізичних сил родичів, як правило, на передній план виступає усвідомлення потреби здійснення догляду за тяжкохворим та почуття обов'язку. За умови успішного формування адаптації родичі навчаються справлятися з власними переживаннями, а також перебудовують відносини та перерозподіляють ролі у родині – відбувається повернення до «нейтральних» взаємин. Усвідомлення власної смерті може також надавати можливість рідним та хворому визначити для себе життєві пріоритети та краще пізнати себе, пережити залишок свого життя у всій повноті, тоді стосунки між сім'єю та пацієнтом стають партнерськими [3].

Внаслідок впливу професійного стресу у працівників паліативних відділень часто розвивається «синдром емоційного вигорання». Згідно з сучасними даними, під «емоційним вигоранням» розуміють стан фізичного, емоційного та розумового виснаження, який може виявлятися в у працівників соціальної сфери. Цей синдром включає три основні складові: емоційна виснаженість, деперсоналізація (цинізм) і редукція професійних досягнень. Під емоційним виснаженням розуміють відчуття емоційної спустошеності і втоми, викликане власною роботою. Деперсоналізація виявляється у цинічному ставленні до праці та до об'єктів своєї праці, зокрема, до пацієнтів. Нарешті, редукція професійних досягнень проявляється у виникненні у працівників почуття некомпетентності у своїй професійній сфері, усвідомлення неспішності у власній професійній діяльності.

Традиційно, чинники, що викликають «синдром емоційного вигорання», групують у два блоки: особливості професійної діяльності та індивідуальні характеристики особистості власне працівників. До індивідуальних чинників відносять: вік, стать, рівень освіти, сімейний стан, стаж роботи, особистісні особливості (витривалість, самооцінка, нейротизм, екстраверсія, інтраверсія). До професійних організаційних чинників відносять умови праці, виробничі перевантаження, тривалість робочого дня, характер праці, число пацієнтів, складність проблем у пацієнтів, характер і глибину контакту з клієнтом, участь у прийнятті рішень і т.п.

Специфічними проблемами медичного персоналу відділення паліативної допомоги є поява негативних емоцій при так званій «неефективності» медичного лікування, необхідність зглад-

жувати спалахи гніву пацієнтів та членів їх родин, постійне залучення в емоційні конфлікти, емоційне реагування на втрату тих, за ким здійснювався догляд, та труднощі в спілкуванні з хворим і його родичами.

Основні психологічні фактори виникнення синдрому професійного вигорання у працівників паліативного відділення:

1. Часта поява негативних емоцій (роздратування, гнів, відчуття провини), пов'язана з об'єктивною неможливістю реальної допомоги хворому.

2. Необхідність постійного контролю над власними емоційними реакціями.

3. Часта необхідність згладження негативних емоцій у пацієнтів та членів їх родин.

4. Постійна потреба пошуку ефективного спілкування з хворим і його родиною.

5. Потреба приймати складні рішення у напруженій ситуації.

Основні стресогенні чинники, пов'язані з роботою медичного персоналу відділення паліативної допомоги, класифікують таким чином:

- 1) організаційний;
- 2) ситуаційний загальний;
- 3) ситуаційний специфічний;
- 4) особистісний.

Організаційний чинник включає відсутність достатньої можливості для кар'єрного росту, численні обов'язкові освітні моменти, слабкі служби підтримки персоналу. До загального ситуаційного чинника відносять необхідність у розширеній базі знань, необхідність взаємодії з критично налаштованими хворими, наявність різноманітних етичних моментів, відсутність або слабкість служби з надання психологічної підтримки персоналу. До специфічного ситуаційного – брак досвіду, тягар важкої роботи, комунікативні проблеми у спілкуванні з пацієнтами та членами їх родин, висока смертність серед пацієнтів відділення. Особистісними джерелами стресу є невміння долати труднощі, низький соціально-економічний статус працівника, інколи особисті психічні розлади (зловживання алкоголем, психоактивними речовинами), наявність сімейної чи особистісної кризи, конфлікти з персоналом або пацієнтом, смерть пацієнта, з яким встановилися тісні зв'язки, початок роботи в новому відділенні, відсутність достатньої кількості вільного часу [4].

На сьогодні вважають, що у працівників відділень паліативної допомоги існує своєрідний адапта-

ційний період, що триває від 12 до 24 місяців і який складається із різних стадій, протягом яких досягається прогрес в удосконаленні навичок догляду за вмираючими пацієнтами. Медичний персонал проходить такі стадії:

- 1) «становлення інтелекту»;
- 2) «травма/емоційне виживання»;
- 3) «депресія»;
- 4) «емоційне вживання»;
- 5) «глибоке співчуття».

Враховуючи вищевикладене, медичний персонал, що працює з помираючими пацієнтами, має володіти не лише медичними маніпуляціями та мати високий рівень комунікативної компетентності, але і вміти контролювати власні емоційні реакції та стани, що виникають в процесі надання медичної допомоги хворому та самостійно регулювати рівень стресу. Необхідність психоосвітньої роботи для працівників відділень паліативної медицини є важливим елементом медичної освіти.

Існують такі методи психологічної допомоги працівникам відділень паліативної допомоги:

1. Психоосвіта.
2. Тренінг комунікативних навичок.
3. Тренінг поведінки в конфліктних ситуаціях.
4. Психологічне консультування та психокорекція.
5. Тематичні курси з психоонкології та паліативної медицини.

Тренінги для медичних працівників, як правило, орієнтовані на:

- Основи ефективного слухання.
- Використання у бесідах відкритих запитань та узагальнень.

- Покращення розпізнавання емоційних сигналів пацієнта.

- Регулювання власного емоційного стану.
- Підвищення емпатійності (розуміння пацієнта та співчуття до нього і співпереживання йому).

Отримані навички приводять, як правило, до формування достатнього терапевтичного альянсу з пацієнтом, і внаслідок залученості хворого до процесу лікування до покращення його психологічної адаптації.

Висновок. Синдрому емоційного вигорання серед співробітників медичної служби присвячені ряд робіт вітчизняних та зарубіжних вчених [5]. Результати проведених досліджень серед співробітників відділень паліативної допомоги свідчать про високу емоційну значимість для медпрацівників психотравмуючої ситуації та необхідність проведення серед них як психопрофілактичних, так і психокорекційних заходів. До заходів первинної психопрофілактики відносять, з одного боку, впровадження загальногігієнічних рекомендацій з оптимальної організації праці на робочому місці, режиму праці та відпочинку, з іншого – здійснення більш специфічних заходів, що коригують ініціальні прояви синдрому на доклінічному рівні і підвищують психологічну стійкість медичного працівника. Для вторинної профілактики та психологічної корекції синдрому вигорання при вже сформованій стадії «резистенції», заходи повинні бути спрямовані на запобігання переходу стану «резистенції» у фазу «виснаження», а при сформованому «виснаженні» – на недопущення хронізації психосоматичних і астено-депресивних розладів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Васильева А. Ю. Профессиональное выгорание медицинских работников онкологического профиля / А. Ю. Васильева // Архив психиатрии. – 2008. – Т. 14, № 2 (53). – С. 48 – 51.
2. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь / А. В. Гнездилов. – СПб. : Издательство «Речь», 2004. – 162 с.
3. Гнездилов А. В. Психические изменения у онкологических больных / А. В. Гнездилов // Практическая онкология. – № 1 (5). – 2001. – С. 5–13.

4. Орел В. Е. Исследование феномена психического выгорания в отечественной и зарубежной психологии / В. Е. Орел // Проблемы общей и организационной психологии. – Ярославль, 1999. – С. 76–97.

5. Palliative cancer care a decade later: accomplishments, the need, next steps—from the American Society of Clinical Oncology / F. D. Ferris, D. Bruera, N. Cherny [et al.] // J. Clin. Oncol. – 2009. – Vol. 27. – P. 3052–3058.