Дипломная работа по психологии

Фрагмент: вот в таком виде был предоставлен. Переработка ниже, синим шрифтом

 Медицинские работники остаются в числе наименее социально защищенных профессий как в социально-экономическом, так и в профессиональном отношении.

 Это обусловлено относительно низким уровнем заработной платы, ростом профессиональной ответственности, а также обострением противоречий между профессиональным и нравственным долгом и возможностями оказания высококвалифицированной медицинской помощи населению в современных условиях работы. Среди специальностей с высоким уровнем профессионального стресса и завышенным риском профессионального выгорания медицинские работники занимают ключевое место.

 Для работников данной сферы характерно:

• наличие высокой психической нагрузки, связанной

с восприятием и переживанием страданий пациентов;

• высокие требования к уровню эмпатии для облегчения этих страданий;

• высокий уровень ответственности за результаты

своей работы ввиду его специфики (здоровье человека);

• высокий риск отождествления с проблемами

пациентов и их семей;

• осознание недостаточного влияния на исход процесса лечения в силу множества не поддающихся контролю и изменению факторов. Все указанные факторы могут приводить к тяжелым последствиям для психического и физического здоровья у медицинских работников.

 Причем особенно высок риск манифестации депрессии, тревожных расстройств и алкоголизации среди работников, оказывающих экстренную помощь. Это связано с дополнительными источниками стресса у этой категории медиков:

• нарушением циркадных ритмов, ввиду наличия

суточных дежурств, что влияет на риск развития хронических заболеваний сердечно-сосудистой, эндокринной и желудочно-кишечной систем;

• высокой загрузкой на рабочем месте и, как следствие, наличием несбалансированной физической активности и нежелательных пищевых предпочтений;

• более высоким риском гибели пациента по сравнению с другими отраслями, ввиду тяжести его состояния, что приводит к дополнительной психоэмоциональной нагрузке.

Среди психологических последствий необходимо упомянуть высокую распространенность симптомов депрессии и повышенный риск суицида у медицинских работников. К. Шейнфелд с соавторами скрининговыми методами выявили, что 37,8% обследованных находятся в группе повышенного риска по депрессии.

Отягощающим фактором являются трудности обращения за помощью в силу различных опасений (подвергнуться осуждению и стигматизации, лишиться лицензии), что приводит к неадекватным стратегиям совладания в форме самолечения и употребления алкоголя и психоактивных веществ. Процент врачей, злоупотребляющих алкоголем, выше, чем в общей популяции, причем чаще эта проблема отмечается у врачей женского пола. Отсутствие стандартов оказания помощи, а также наличие социальной стигмы по отношению к выгоранию, приводит к появлению непродуктивных копинг-стратегий, поддерживающих и усиливающих данное состояние.

 Симптомы «стресса медработников» не отличаются строгой специфичностью и могут варьировать в широком диапазоне — от легких реакций типа раздражительности, повышенной утомляемости и т. д. до невротических и даже психосоматических расстройств у самих врачей. При этом большое значение играют тип ВНД и черты личности, например, у меланхолика больше шансов впадать в уныние и беспокойство по поводу работы, а у холерика выше вероятность возникновения агрессивного стиля общения с пациентами.

 Как отмечает специалист в области профессиональных стрессов В.А. Винокур (2002), профессиональный стресс — это, прежде всего, следствие снижения профессиональной мотивации, а «профессиональное выгорание» и сохранение увлеченности работой — это два полюса взаимоотношений человека и профессии. Целым рядом исследований показано, что постепенно развивающаяся профессиональная деформация у медицинских работников достаточно часто приводит к тому, что при высокой степени «выгорания» нарастает тенденция к негативному, нередко даже скрыто-агрессивному отношению к пациентам, общению с ними в односторонней коммуникации путем критики, оценок, давления, от чего, естественно, страдают обе стороны.

 Важным дополнительным фактором выгорания является финансовый

фактор – он связан с длительным и очень сложным обучением профессии и низкими зарплатами во многих регионах.

Наконец, в современных исследованиях принято писать о таком факторе, как синдром вторичной жертвы (second victim syndrome — SVS) —груз переживаний врача в связи с плохими результатами лечения. При

этом общество, в том числе профессиональное сообщество, крайне нетерпимо к ошибкам медиков, которые часто связаны со сбоями работы всей системы, а не только отдельного человека. За ними также нередко стоит сам синдром выгорания, и тогда возникает порочный круг этого синдрома: выгорание — ошибки — усиление выгорания — еще большее снижение

результативности работы. Ранее считалось, что профессиональное выгорание

является спутником позднего периода в карьере, но современные исследования показывают, что у молодых врачей риск выгорания почти вдвое выше по сравнению со старшими коллегами и что манифестация

данного явления может происходить на этапе обучения, что связано с возрастающими требованиями к подготовке работника.

В современном обществе отмечается утяжеление ряда заболеваний, связанных с недостаточной организацией первичной медицинской помощи, резистентностью ряда этиологических факторов к терапии, а также увеличением ожиданий и запросов у пациентов при недостаточных ресурсных возможностях системы здравоохранения. Эти факторы способствуют увеличению напряженности труда у работников ряда медицинских специальностей. В дальнейшем такие состояния

могут привести к психовегетативным расстройствам.

Хронический профессиональный стресс умеренной интенсивности может выступать как пусковой механизм многих заболеваний, в том числе и сердечно-сосудистой системы.

Переработанный вариант

 Профессиональные риски медработников настолько многочисленны, что даже их перечисление и систематизация потребует отдельного исследования. Поэтому мы, в первую очередь, будем говорить о рисках, связанных с развитием перманентного стресса и, как его следствия, профессионального выгорания.

 Можно начать с первого риска \и, как следствие\ постоянного стресса - достаточно низкого – в общей картине – уровня заработной платы. Если не брать в расчёт область платной медицины, то даже в столице и городах-миллионниках уровень заработной платы рядовых медработников – молодых врачей, санитаров и медсестер настолько низок, что работа на одну стандартную ставку не обеспечивает даже минимально достойное существование. О необходимых при таких психологических нагрузках формах реабилитации, как профессиональное санаторно-курортное восстановление, или хотя бы ежегодный отдых на морских или горных курортах, речи вообще не идёт.

 В этих обстоятельствах для многих медработников в последние полтора года выходом стала работа в ковидных госпиталях и бригадах специальной скорой помощи. Это частично решает проблему низкой заработной платы, но совсем не снижает рисков психологической усталости, особенно на фоне постоянного давления со стороны СМИ об ответственности медицинской системы за возросшую смертность.

 Отдельным моментом стресса для многих медработников становится вопрос потери квалификации. Вместо того, чтобы совершенствоваться в своей специальности, медики вынуждены работать на поле борьбы с вирусом. Это, конечно, тоже специальность, но область, в которой вынужденно работают терапевты, кардиологи, травматологи – медики самых разных специальностей. И для них это несомненный стресс – они готовились к другому поприщу в медицине. Они теряют квалификацию в своей основной специальности, и при возвращении в нее рискуют оказаться в последних рядах. А главное – рискуют потерять возможность оказывать пациентам квалифицированную помощь по специальности. Как спел когда-то Александр Розембаум: «Футболистом стал певец хороший Лоза». И риск ухода с выбранной дороги в медицине – несомненный постоянный стресс.

В общем и целом можно выделить специфические свойства мировосприятия медицинского работника

1. Сопереживание пациенту – трудно этого избежать, глядя больному в глаза, понимая реальное положение дел, подчас вынужденное введение пациента в заблуждение относительно тяжести заболевания.
2. Давление ответственности за последствия принятых решений – иногда это здоровье пациента, а иногда жизнь
3. Давление окружающих, в первую очередь семьи и близких пациента, при невозможности в силу реальных обстоятельств и свойств заболлевания удовлетворить все их пожелания – а они хотят увидеть пациэнта здоровым. И это сопереживание с близким кругом пациэнта врач нечет всё время, пока продолжается лечение.
4. Особенно острый стресс врач и медперсонал получает в случае летального исхода – первый гнев, пока не наступит стадия смирения, падает именно на медперсонал – не спасли, не уберегли, и не важно, имееет ли такой гнев основания – но последствие для врачей и медсестер точно имеет.

 Указанные выше факторы серьезно влияют на физическое и психическое здоровье медицинских работников. Но есть и еще и такой фактор, как нежелание многих медицинских работников обращаться за квалифицированной помощью – по разным причинам. Кто-то не хочет, чтобы о его проблемах знали коллеги по цеху, особенно если речь идет о проблеме, которой медики подвержены больше, чем остальная часть населения – алкоголизм. Не желая делиться проблемой, многие медики пытаются сами придумывать схемы лечения, что зачастую приводит к увеличению тяжести заболевания. Получается замкнутый круг – пытаясь снимать стресс с помощью алкоголя и психоактивных препаратов, медицинский работник попадает в хроническую зависимость от них. Лечить эту зависимость – обращаясь к коллегам по цеху – опять-таки не хотят, опасаясь утечки информации о проблеме. Но и вопрос стресса в итоге не снят! Проблемы, по сути, суммируются. Все эти проблемы особенно усиливаются у врачей-женщин – и в силу специфического эмоционального строя, и в силу особенно критичного отношения общества к психическим расстройствам у женщин и к женскому алкоголизму.

 Есть и еще одна группа медработников, подверженная повышенному риску профессионального выгорания. Это работники скорой медицинской помощи. И здесь уже выступают не только факторы взаимодействия с пациентом – понятно, что пациенты скорой помощи имеют более высокий риск летального исхода по сравнению с пациентами большинства других направлений медицины, и это несет дополнительную психо-эмоциональную нагрузку для работников этой сферы. Но есть и прозаические факторы, которые ведут к тому же результату – психологической и физической усталости.

1. Высокие нагрузки. Недостаток бригад скорой помощи приводит к тому, что эти бригады работаю смену без малейшего шанса на отдых, а человек не может интенсивно работать в течении 12-ти часов. Падает эффективность оказываемой помощи – и это тоже фактор психологической усталости. Пациенты и их родственники зачастую в паническом состоянии - и врач не может не реагировать и на этот фактор
2. Невозможность нормального питания – в силу перегруженности, недостатка времени. Еда «на ходу» ведет к развитию целой серии желудочно-кишечных расстройств, иногда переходящих в хроническую форму.
3. Недопустимое нарушение временных циклов – беспорядочное чередование 12-ти часовых и суточных смен напрямую ведет к развитию вышеупомянутых расстройств желудочно-кишечной системы, эндокринной и сердечно-сосудистой систем, ведут к их преждевременному износу и возникновению соответствующих заболеваний.
4. Специфичный образ жизни врачей скорой медицинской службы – и не только её! – ведут к широкому распространению признаков депрессии у медработников, вплоть до повышения риска суицида.

Текущая медицинская практика показывает, что и в целом в обществе отмечается увеличение тяжести протекания практически всех заболеваний. Причины как в росте резистентности \слабого влияния\ некоторых этиологических факторов к традиционным формам терапии, плохой организации первичной медицинской помощи, слабых ресурсных возможностях системы здравоохранения. При этом запросы пациентов значительно выросли в связи с ростом общего уровня жизни. Это влечет увеличение психологической нагрузки на медработников – как внутренней, обусловленной общей спецификой профессии и высокими требованиями медработников к своей профессиональной квалификации, так и внешнему, оправданному или не оправданному, давлению со стороны пациентов. Такие состояния, усиленные перечисленными выше факторами, ведут к психовегетативным расстройствам.

Повышенная утомляемость, легкие реакции раздражительности, и до тяжелых психосоматических и невротических расстройств у врачей – все эти расстройства варьируются в широком диапазоне, и, в общем и целом, не отличаются особой специфичностью, разве что быстрее развиваются и симптоматически более ярко выражены, чем у других пациентов. У врача-холерика возрастает риск возникновения резкого или агрессивного стиля общения с пациентами. Напротив, врач-меланхолик имеет гораздо больше шансов, по сравнению с представителями других профессий, сильно переживать по поводу качества своей работы. На фоне агрессивной манеры к пациента врач-меланхолик может просто впасть в уныние, потерять способность принимать продуманные и ответственные решения, что в профессии врача особенно неприемлемо.

 Как отмечал В.А.Винокур, доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, «профессиональный стресс — это, прежде всего, следствие снижения профессиональной мотивации, а «профессиональное выгорание» и сохранение увлеченности работой — это два полюса взаимоотношений человека и профессии».

Негативное отношение к пациентам, переходящее в скрытую агрессию, прямая критика пациентов, навешивание на них «ярлыков», нетерпимость к любой критике с их стороны – всё это следствие нарастающего профессионального выгорания медицинских работников, деформации их профессионального отношения с пациентами. И это на фоне того, что повсеместное внедрение использования врачами интернета и приближающиеся подключение к врачебной практике искусственного интеллекта, эмпатия и умение налаживать доверительные отношения с пациентом становятся главным критерием оценки профессионализма врача.

 Было бы крайне опрометчиво оставить в стороне и финансовый вопрос. Специфика профессии врача – очень долгий срок обучение в вузе, два года ординатуры, каждые пять лет переподготовка – но, главное, широкая непрерывная практика. При этом зарплата в государственной клинике крайне мала. И это тоже фактор профессионального выгорания – крайне долгий путь к тому уровню профессионализма – или должностного роста – при котором врач может обеспечить себе и семье достойное существование.

 Т.н. «синдром вторичной жертвы» (second victim syndrome — SVS) – фактор, о котором часто упоминается в исследованиях последнего времени. Это жесткий стресс врача, связанный с неудачным лечением пациента. Крайняя нетерпимость к медицинским ошибкам как со стороны как самих пациентов, их родных и близких, так и со стороны самого профессионального сообщества. И ни кого не интересуют причины таких ошибок, которые зачастую связаны с общими недостатками работы медицинской системы, а вовсе не с профессиональной подготовкой конкретного врача. Возникает порочный круг: профессиональное выгорание – ошибки – опять профессиональное выгорание – тяжелые последствия ошибок – крайняя степень выгорания, влекущая за собой неспособность врача исполнять свои профессиональные обязанности.

 Причём профессиональное выгорание медицинского работника может возникнуть еще на стадии обучения – в связи с его длительностью и напряженностью, с растущими требованиями к врачам всех медицинских направлений. Исследования показывают, что выгорание у молодых врачей случается вдвое чаще, чем у их более старших коллег, хотя традиционно считалось, что профессиональное выгорание появляется ближе к окончанию карьеры.

 Профессиональное выгорание влечет за собой тяжелый профессиональный стресс, хронический стресс, и , наряду с образом жизни и питания медицинских работников, выступает фактором, провоцирующим тяжелые заболевания сердечно-сосудистой, нервной, пищеварительной и даже дыхательной систем.