УДК 614.2:311

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В СИСТЕМЕ ОТНОШЕНИЙ «ПАЦИЕНТ-ВРАЧ-ОБЩЕСТВО»

Сухарев А.Е., Ермолаева Т.Н.

АРОУ по содействию научным исследованиям «ГРАНТ», Астрахань,
e-mail: alexandr.suharev2010@yandex.ru

Социально-экономическое расслоение общества, финансовые трудности, неуверенность в завтрашнем дне являются психотравмирующими факторами хронического стресса и могут приводить к обострению противоречий в системе отношений «пациент-врач-общество».

Ключевые слова: «пациент-врач-общество», хронический стресс, заболеваемость населения

THE PEOPLES MORBIDITY AND PSYCHOLGICAL PROBLEMS IN SYSTEMS RELATIONS OF «PATIENT-DOCTOR-SOCIETY»

Sukharev A.E., Ermolaeva T.N.

Astrakhan regional social department of science support «GRANT», Astrakhan,
e-mail: alexandr.suharev2010@yandex.ru

Professional infringements of doctors lead to iatrogeny and are subject of forensic medical examination. Reforms of health protection reduce the humanism level in medicine now. Financial difficulties, uncertainty in the future are great psycho-traumatic factors. They cause the changes in the relations system «doctor – patients – society».

Keywords: «patient-doctor-society», chronic stress, a population case rate

В динамике впервые выявленных заболеваний за 33 года (период проведения социально-экономических реформ) в Астраханском регионе среди населения отмечен достоверный рост показателей сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, психических расстройств, заболеваний органов дыхания, пищеварения, мочеполовой системы, венерических болезней, алкоголизма, наркомании, болезней крови и злокачественных новообразований. Смертность населения выросла с 9,9 ‰ в 1976 г. до 15,3–15,0 ‰ в последние годы. Эти данные могут быть объяснены воздействием хронических социальных и экологических стрессов на здоровье человека [9]. В современной городской среде, в отличие от сельской, преобладают антропогенные экологически неблагоприятные факторы и стрессовые нагрузки на здоровье. Соответственно, и перечень преобладающих по частоте регистрации нозологических форм и классов болезней в городе в два раза больше среди взрослого населения и подростков и в четыре раза больше среди детей, по сравнению с сельским населением [9].

Проведённое нами анкетирование 1179 пациентов и медицинских работников городских поликлиник выявило следующее. На размер заработной платы менее 10 тысяч рублей в месяц указали 74,6 %, из них у половины – 4–6 тысяч рублей. У остальных 25,4 % зарплата находится в пределах 11–16 тысяч рублей. 57,8 % участников опроса удовлетворены состоянием организации поликлинической службы города, а не удовлетворены – 42,2 %. 71,8 % опрошенных лиц считают, что медицинская помощь должны быть полностью бесплатной, 27,0 % – частично оплачиваемой пациентами, а полностью платную медицинскую помощь допускают лишь 1,3 % [11]. В анкетировании не участвовали главные врачи, их заместители и другие чиновники от здравоохранения, доходы которых тщательно скрываются, но, по косвенным данным, несоизмеримы и во много раз больше зарплат рядовых медицинских работников. Высокие оклады чиновников разных уровней, несомненно, используются в статистических уловках современных политиков, вещающих о, так называемой, «средней заработной плате», которую, якобы, имеют простые трудящиеся [4, 5, 12].

Основным психологическим фактором хронического социального и профессионального стресса в системе отношений «пациент-врач-общество» является противоречие между декларируемой Законодательством бесплатностью медицинской помощи и низкой, на уровне пособия по безработице, «заработной платой» основной массы медицинских работников. По этой причине из здравоохранения уходят, в первую очередь, молодые перспективные кадры, а опытные специалисты старшего поколения не заинтересованы передавать свои знания и опыт «в никуда» [4, 5, 12]. Не случайно, по данным различных социологических опросов, молодёжь стремится преимущественно к чиновничьей карьере. Результат такой кадровой политики при-

водит к профессиональной недостаточности и профессиональному «выгоранию». По признанию одного бывшего онколога-хирурга: «При таком отношении к врачам я уже смотрю на пациента и думаю не о том, как ему помочь, а как с него больше содрать денег»[10]. Ниже рассмотрены компоненты системы отношений «пациент-врач-общество» в их взаимосвязи на модели онкологической практики.

Пациент. Несмотря на то, что в числе основных причин смертности первые места занимают сердечно-сосудистые заболевания и травматизм, а злокачественные новообразования (рак) стоят на третьем месте, последние в психологическом аспекте являются доминирующими в сознании людей.

Причины нарушений в психо-эмоциональной сфере у больных злокачественными новообразованиями делятся на 3 основные группы: чисто психогенные, преимущественно соматогенные и смешанные. Клиника психогенных реакций у больных злокачественными опухолями состоит из 10 основных синдромов, компонентами которых являются: тревога, сниженное настроения, астеничность, ипохондричность, апатия, дисфория [1, 3].

Врач. Особенности психологии и деонтологии врача-онколога обусловлены несколькими причинами: отсутствие ясности в этиологии злокачественных новообразований; широко распространённое мнение о, якобы, неизлечимости злокачественных опухолей; калечащий характер многих видов хирургического лечения; своеобразная реакция на диагноз рака у пациента, у его родственников и близких [3].

Врач должен понимать состояние больного и стараться снимать негативные реакции (страх, гнев и др.) всеми доступными средствами – от лекарственной седативной терапии до психотерапии». В противном случае возрастает вероятность ятрогении [3, 7, 8, 10, 13].

Выделяют четыре типа сложившихся стереотипов поведения врача по отношению к больным, приводящие к ятрогении:

1) административно-бюрократический («не мой больной»);

2) аппаратно-технологический («больной, как прибор, подлежащий ремонту»);

3) социально-экономический («деньги – здоровье);

4) морально-этический [13].

Деонтологические и психологические аспекты ятрогении в онкологии нами исследованы ранее [8, 10].

Общество. Девиация государственной системы здравоохранения в сторону местного самоуправления и «рекомендательный характер» приказов Министерства Здравоохранения РФ по оказанию онкологической помощи населению, помимо развития разумных демократических инициатив, может приводить к игнорированию на местах научно обоснованных методических рекомендаций центральных научно-исследовательских онкологических институтов по технологии лечения онкологических больных [7, 8, 10, 12].

Это актуально для формирования профессионального самосознания врача в нашей стране, где существует низкая система оплаты труда государственных и муниципальных медицинских работников, при декларированном в Конституции РФ праве граждан на бесплатное лечение. Пациенты и медработники поставлены в непростые взаимоотношения, на фоне стремительного социально-экономического расслоения общества, недостаточного финансирования здравоохранения и особенностей системы управления этой отрасли [10, 11, 12, 13].

По нашим наблюдениям, ятрогения в виде отказа в лечении ряду категорий онкологических больных, в последние годы получает всё большее распространение [8, 10]. Сегодня уже стало обычным в СМИ призывать о сборе денег на лечение онкологических больных детей, тогда как ещё недавно в социалистической цивилизации это было невозможно представить, поскольку все расходы на лечение брало на себя государство. При этом, критика сложившейся системы здравоохранения со стороны авторитетных специалистов (Л.М. Рошаль, Масштабный форум медработников России, 2011 г.) вызывает негативную реакцию организаторов этой системы и усиливает психологическую нагрузку («Новая газета», 17.04. 2011 г.).

Цитата: «Накануне Дня защиты детей профессор Л.М. Рошаль провёл свою пресс-конференцию. Доктор считает, что власти не слышат гражданское общество, и обвинил профильное министерство в отсутствии концепции развития здравоохранения. Отмена распределения выпускников медвузов привела к тому, что львиная их доля оседает в крупных городах, а глубинка остаётся без врачей. Рошаль считает неприемлемым ситуацию, когда государство не обеспечивает маленьких граждан бесплатными лекарствами, тогда как в цивилизованных странах это право закреплено за всеми детьми в возрасте до 12 лет. Острейшая проблема дефицит кадров в педиатрии. В детских садах вообще нет врачей, а в школах штат заполнен всего на 21–36%. Позором России Рошаль назвал квоты на лечение детей. Его коллеги

считают критику обоснованной… Зарплаты у врачей и медсестёр очень низкие. В поликлиниках, даже столичных, не хватает так называемых узких специалистов…надо повышать зарплату докторам и снижать бюрократическую составляющую нашей работы, которая сейчас запредельная… На бумаги уходит больше времени, чем на общение с пациентом. Проблемы российской системы здравоохранения во многом являются следствием ограниченного финансирования. Сейчас госрасходы на здравоохранение составляют лишь 3,9% ВВП. Страны ОЭСР (Россия претендует на членство в этой организации) направляют на здравоохранение в среднем по 7% ВВП» («Независимая газета», 02.06.2011).

Врач должен быть вне политики и оказывать врачебную помощь независимо от расовых, национальных, религиозных и других взглядов больного. Согласно официальным данным, основную часть пациентов составляют люди бедные или называющие себя бедными. Однако, статистика потребления алкоголя и табака нашим «бедным» населением, наличие огромного количества дорогих автомобилей на улицах несколько притупляет чувство сострадания к «бедным» соотечественникам.

Стихийное формирование рынка медицинских услуг и несовершенные законы, подобно дефектным генам, порождают явную или скрытую «патологию» в производственных отношениях лечебно-профилактических учреждений [8, 10, 13]. В организации отечественного здравоохранения, которое, как бы, подражает американской модели здравоохранения [2, 6], также не исключены нецивилизованные проявления [8, 10, 12]. В результате эти проявления могут приводить к профессиональным стрессам, профессиональному «выгоранию» и ятрогениям [6, 7, 8, 10, 13].

Заключение

В мировой практике сложилось пять основных моделей здравоохранения, из которых самой оптимальной считается советская и которая в модернизированном виде взята на вооружение многими странами Западной Европы. Выход из кризиса видится в стремлении руководства страны внедрить в практику здравоохранения РФ этот положительный опыт [2, 4, 5, 6].

Научный проект № 10-06-00621а, поддержан грантом РГНФ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аверьянова С.В. Психосоматические аспекты лечения больных раком молочной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Саратов, 2001. – 20 с.

2. Организация финансовой системы здравоохранения; теория и практика: монография / В.Г. Акишкин, Р.К. Арыкбаев, П.А. Крупнов, А.Р. Евсеева, Р.А. Набиев. – Волгоград: Волгоградское научное издательство, 2010. – С. 15–68.

3. Грицман Ю.Я. Деонтологические ошибки в онкологии. // В кн. Ошибки в клинической онкологии [под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга]. – М., 1993. – С. 156–170.

4. Комаров Ю.М. Стратегия развития здравоохранения в РФ // Здравоохранение. – 2008. – № 2. – С. 53–62.

5. Леонтьев О.В., Искаков И.Ж. Особенности развития здравоохранения в России // Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 2. – С. 9–14.

6. Мелянченко Н.Б. Здравоохранение Российской Федерации (современное состояние, пути долгосрочного развития). Российская медицинская ассоциация / Н.Б. Мелянченко, Г.Н. Царик. – Кемерово, 1997. – 424 с.

7. Сидоренко Л.Н. Мастопатия: монография. – 3-е изд. – СПб.: «Гиппократ», 2007. – С. 94–147.

8. Сухарев А.Е. Деонтологические и психологические аспекты успешного лечения «инкурабельного» больного раком околоушной железы (сообщение из практики) // Современные наукоемкие технологии. – 2008. – № 7. – С. 27–30.

9. Реформы и модернизации в «зеркале» медицинской статистики / А.Е. Сухарев, Н.А. Булах, Т.Н. Ермолаева, П.А. Крупнов, Г.Ф. Крылов, Ю.В. Оганесян // Фундаментальные исследования. – 2010. – № 11. – С. 121–128.

10. Психологические аспекты ятрогении в онкологии / А.Е. Сухарев, Т.Н. Ермолаева, Н.А. Беда, С.А. Мамаева // Современные наукоемкие технологии. – 2005. – № 7. – С. 25–30.

11. Изучение общественного мнения о работе поликлиник в г. Астрахани / А.Е. Сухарев, П.А. Крупнов, Н.А. Булах, Т.Н. Ермолаева // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 10 (часть 3). – С. 561–564.

12. Тихомиров А.В. Хроники непроведённой реформы (апрель 2010) // Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 2. – С. 5–9.

13. Шапошников А.В. Ятрогения. Терминологический анализ и конструирование понятия: монография. – Ростов н/Д., 1998. – 167 с.