

Az orvos pszichés megterhelései

Egri László dr.

Sir William Osler (1849-1919), a XIX. század egyik legjelentősebb orvos alakja egy helyen így ír: „Az orvoslás mindannyiunk számára azzá válik, amivé ti magatok teszitek; egyeseknek aggodalom, gond, folyamatos bosszankodás, másoknak mindennapos öröm, és egy olyan boldog és hasznos élet, amilyennél szebbet képzelni sem lehet.”¹

Osler szavai ma is érvényesek. A modern orvoslás olyan összetett tevékenység, melyet nagyon eltérően élnek meg a benne dolgozók; egyeseket lelkesít, újabb erőfeszítésre, tanulásra ösztönöz, másokat egyre reményvesztettebbé tesz, kiéget és megkeserít.

Az alábbi írásban először azokat a terheket vesszük szemügyre, melyekkel napjaink orvosának meg kell küzdenie, majd megvizsgáljuk, milyen eszközök állnak rendelkezésre a megküzdéshez.

A pszichés terhek

Napjaink orvosai számos, egymásnak ellenfeszülő erő és elvárás között végzik munkájukat. Azt mondhatnánk, hogy gyakran két egymásnak ellentétes elvárás határmezsgyéjén kell helytállniuk, és ez folyamatos pszichés feszültséget teremt. Ilyen határterületek, egymás ellen húzó erők a következők.

1. Az orvos a hivatás és egyéni teherbírás feszültségében

Itt nem is család és karrier konfliktusáról van szó, hanem a hivatás és az egyéni szabadidő, egyéni rekreáció ellentétéről. Parshuram és munkatársai² egy 36 ágyas gyermek intenzív osztály orvosai között végzett vizsgálataiból származnak az alábbi adatok. Az orvosok átlagban heti 69 órát dolgoztak, egy-egy 24 órás szolgálat során átlagosan 6,3 km-t gyalogoltak, 70 perc nem-alvás szünet mellett a szolgálat 86%-ban további 1,9 órát (0-4 óra átlagként) alhattak. A szolgálat végén végzett vizeletvizsgálat dehidrációra utalt, 21%-ban találtak ketonuriát a kezdődő éhezés és fokozott munkavégzés következtében.

Pszichésen talán még fokozottabb terhelés a készenléti ügyelet, mely számos orvos számára nem választható forma, hanem munkaköréből fakadó kötelesség. Nicol és Botterill³ négy területen vizsgálta a készenléti ügyelet hatásait; stressz, alvás, mentális egészség és személyes biztonság. Vizsgálataikból úgy tűnik, hogy a készenléti ügyelet a kiszámíthatatlanság miatt nagyobb pszichés stressz, mint a kórházban műszak jelleggel töltött ügyeleti idő, különösen a nők számára. Az alvás megszakítása is komoly terhe a készenléti ügyeletnek, különösen, ha ez az egész család életébe beleszól és a család intimszféráját is érinti. Kimutatták azt is, hogy heti egy készenléti ügyelet is növeli a szorongás és depresszió előfordulását, heti három készenléti ügyelet komoly kimerültség és feszültség forrása volt. Különösen háziorvosok esetében a készenléti ügyelet az otthon elhagyását is jelenti, sokszor éjszaka, veszélyes környezetbe kényszerítve az orvost. Ez is komoly szorongás, félelem forrása lehet, nem beszélve arról, hogy pszichotikus vagy ittas-agresszív betegek (vagy hozzátartozók) is lehetnek veszélyforrás az ügyeletes számára. Mindehhez járul a munkaidő kiszámíthatatlansága, valamint az a tény, hogy a készenléti ügyelet rosszabb bérezéssel jár, mint a kórházi műszakban töltött idő.

Jóllehet, az orvosi munka illetve az ügyelet mind fizikailag, mint pszichésen kifejezetten megterhelő, az orvos, hivatására való hivatkozással könnyen túlmunkára kényszeríthető, illetve ha jogilag nem is lehetséges ez, sokuk számára lelkiismereti kényszer lehet az önelégető, kimerüléshez vezető magatartás.

2. Az orvos a karrier és a család feszültségében

A múltban sok orvos és sok orvosvezető számára Osler szavai voltak irányadók; „legyen bármily súlyos a felelősségetek azok iránt, akik a legközelebbiek és legkedvesebbek számotokra, mindezt túlhaladja a felelősségetek önmagatok, a hivatásotok és a közösség

iránt”. S bár Dumelow és Littlejohns⁴ úgy látja, hogy napjainkban egyre inkább jelennek meg családbarát próbálkozások az orvosok e dilemmájának megkönnyítésére (a cikk az Egyesült Királyság viszonyaira hivatkozik), mégis, írásuk végén a következő megállapítást teszik: „*bár történtek lépések egy jobb egyensúly érdekében, mégis azt találtuk, hogy az orvosokkal szembeni elvárások még mindig többet kívánnak a karrier érdekében, mint ami akár számukra egészséges, akár a családjuk számára elviselhető lenne.*”

3. Az orvos a hivatás és a gazdaság feszültségében

A világ valamennyi fejlett országában megélik az orvosok azt a feszültséget, melyet az egészségügyi rendszer racionalizálása, „termelő jellegű”, üzemgazdasági szemlélete hozott magával⁵⁻⁶. Ez megjelenik a fokozatosan növekvő adminisztratív terhekben, abban, hogy a szakmai döntések mellett egyre kényszerítőbben kell figyelembe venni gazdasági szempontokat is. Esetleg el kell bocsátania az osztályról olyan betegeket, akiket humanitárius szempontok alapján még bent tartana, de a finanszírozási rendszer ezt már nem engedi meg, ugyanakkor megfelelő intézményi háttér még nem épült ki a számukra. Feszültség lehet, ha már ismertek a jelenleg alkalmazottnál korszerűbb kezelési lehetőségek, ápolási technikák, melyekre a kórház adott gazdasági helyzetében nincs lehetőség, vagy ha gazdasági megfontolások hatékonyabb eljárásokról való lemondásra kényszerítik. Feszültség forrása lehet, amikor a kórház vezetősége gazdasági szempontokra hivatkozva olyan döntéseket hoz, olyan szervezési lépéseket tesz, melyek a betegellátás minőségére is negatívan hatnak. A kórházvezetés szempontja a minél kisebb személyzettel minél hatékonyabban működő kórház – az orvos ezt sokszor úgy éli meg, hogy egy-egy betegre egyre kevesebb ideje jut, személyes orvos-beteg kapcsolat nem is alakulhat ki a kezelés során. A gyógyítás „művészete” (mely intuitív, személyre szabott, a beteg személyt látja) helyébe egyre inkább a betegség-kezelés, a bizonyítékokon alapuló medicina lép, személytelen protokollok, rutin panelek formájában. Kétségtelenül sok racionális érv húzódik meg a gazdaságosság erőteljesebb hangsúlyozása mögött, de kérdés az is, nem öntjük-e ki a gyermeket is a mosdóvízzel... akár abban a formában is, hogy a gyógyítás örömeinek elvesztése megannyi orvos kiégését, következményes elvándorlását, végeredményben az ellátás minőségének romlását hozza magával. A kérdés oly szerteágazó, hogy önmagában megérne egy fejezetet.

4. Az orvos az „istenség” és a törékeny emberség feszültségében

Hosszú időn keresztül az orvosi szerep komoly társadalmi presztízzsel járó, elismerést és megbecsülést szerző hivatás volt. Döntéseit, tanácsait feltétel nélkül elfogadták, a „gyógyító hatalom” birtokában élet és halál urának tartották. Napjainkban tanúi vagyunk annak, ahogy ez az elismerés, megbecsülés fokozatosan elolvad. Az orvos egyre inkább szolgáltatóvá válik, akit a beteg a társadalombiztosítási járulékkal vagy a paraszolvenciával „megvesz”. Nem egyszer az orvos kiszolgáltatottnak érzi magát a betegeivel szemben, akik jogaikra hivatkoznak, perrel fenyegetőznek. Ez védekező helyzetbe kényszeríti az orvost is, aki egyre inkább a „defenzív medicina” mögé húzódik vissza. Ez alkalmasint fölösleges vizsgálatok elvégzésében, a túl adminisztrálásban, a betegekkel pusztán jogi kapcsolat keretein belül való tárgyalásban jelenik meg. A korábbi, kölcsönös megbecsülésre és bizalomra épülő orvos-beteg viszony egyre inkább jogi kontraktussá válik, melyet mindkét fél veszteségként él meg. Ezt erősíti a média, mely elsősorban a negatív eseményekre, tévedésekre hívja fel a társadalom figyelmét. Ezt erősíti az orvosokra szakosodott ügyvédek egyre népesebb tábora. Régi, középkori mondás, hogy „ahol elszaporodik a jog, ott eltűnik a szeretet” – amit fájdalmasan él meg orvos is, beteg is.

5. Az orvos az élet és a halál feszültségében

Minden orvos újra meg újra szembesül azzal a fájdalmas ténnyel, hogy a betegségek olykor erősebbek nála, hogy nem képes minden beteget meggyógyítani, hogy meghalnak betegek. Alexander és munkatársai⁷ azt vizsgálták, hogy mennyire mélyen érinti a pszichiáter

konzultánsokat az általuk kezelt beteg öngyilkossága. 33% számolt be mély, személyes megrázkódtatásról, ami elkeseredésben, alvászavarban, ingerlékenységben nyilvánult meg. 42% vizsgálta felül és változtatta meg az esemény hatására szakmai tevékenységét. 15% gondolkodott el azon, hogy felhagy szakmájával és akár idő előtt nyugállományba vonul. Egy másik tanulmányban Redinbaugh és munkatársai⁸ azt vizsgálták, hogy mennyire érinti mélyen az orvosokat betegük halála. Minél hosszabban kezeli az orvos a betegét, akit végül elveszít, annál nagyobb az érzelmi reakció – de még az ismeretlen halála is felkavaró lehet, különösen, ha saját tehetetlenségét, kudarcát, esetleg tévedését éli meg benne az orvos. Ezeknek a mély érzelmi reakcióknak a megbeszélésére, megosztására alig van lehetőség, pedig mindkét említett tanulmány egyik következtetése az, hogy a kollégákkal való megosztás az egyik leghatékonyabb segítség ezekben az esetekben. A „hallgatásnak ez az összeesküvése” végül rossz megküzdési mechanizmusok állandósulását okozzák, melyek kiégéshez vagy az érzelmi distressz más formáihoz vezethetnek.

A megküzdés

Vizsgálták, hogy milyen spontán védekezési mechanizmusokat működtetnek az egészségügyi dolgozók a pszichés stressz leküzdésére, a kiégés elkerülésére – sokszor nem is tudatosan. Pikó és Piczil⁹ az alábbi megoldási kísérleteket írták le, melyek leginkább az úgynevezett érzelm központú megoldások közé sorolhatók;

1. Munkatársakkal való megbeszélés
2. A problémák „hazavitele”
3. Alkalmazkodás, nyelés, elfojtás.
4. Tüneti kezelés – dohányzás, nyugtatók, alkohol
5. „Kikapcsolás” – TV, hobby, kerti munka...

Az orvosokat vizsgáló irodalomban ezek mellett kitüntetett helye van az alkohol problémának^{10,11,12}, valamint a suicidiumnak¹³

A pszichés stressz lelkipozítói megközelítése

A lelkipozítói emberkép az egyént (beteg, hozzátartozó, munkatárs) hármasszoros kapcsolatrendszerben nézi. Minden ember valamilyen kapcsolatban van önmagával, a környezetével és a transzcendens világgal. Más megfogalmazás szerint valamilyen kapcsolatban van befelé, kifelé és felfelé. A valamilyen szó arra utal, hogy ez a kapcsolat lehet egészséges, lehet alig-alig működő, lehet kifejezetten rossz vagy akár teljesen elsorvadt.

Példa erre a három kapcsolati szálra:

Egy tartós depresszióval küzdő kolléga azzal jelentkezett beszélgetésre, hogy az utóbbi időben teljesen leállt a szakmai fejlődés terén, korábbi szakmai lendületét teljesen elvesztette, teher és nyűg számára minden beteg. Amikor végigtekintettük – több beszélgetés során – a fenti három kapcsolati szálát, sorra derült ki, hogy mindegyik terén komoly nehézségei vannak. Egy-egy mondata illusztrálja ezt:

Befelé: *„igen, azt hiszem, nagy bajom, hogy sose tudtam örülni magamnak. Ezért lettem egy tüskésebb, barátságatlanabb. Nagyon őrzöm magamban a tüskéket.”*

Kifelé: *„végül is be kell látnom, hogy nagyon magányos vagyok”*

Felfelé: *„...ezért nem tudok már Istenhez sem fordulni. Régebben természetes volt, hogy imádkozom, Szentírást olvasok.”*

Az egyén stabilitása, így hivatásának teherbíró-képessége is ennek a háromnak az egyensúlyán múlik. Bármelyik kihullik, a helyzet olyan háromlábú székhöz lesz hasonló, melynek egyik lába kitörött. Egyensúlyozva ideig-óráig lehet rajta üldögélni, de kényelmesen, stabilan nem. Ellenkezőleg, ahhoz, hogy a széken maradjak, állandó erőfeszítésre, figyelemre

van szükségem, és ez lassan elveszi erőmet attól, hogy azt a munkát végezhessem, amit a széken ülve egyébként akarok. A továbbiakban ezt a három kapcsolati rendszert vizsgáljuk meg külön-külön.

A hivatás belülről fakadó alapja a *talentum*, a készség a segítségre, az emberek szeretete, az az önmagától feltámadó vágy, amelynek nincs feltétlen racionális magyarázata, de amely akkor talál megnyugvásra, ha beteljesül. Lehet, hogy körülmények, megfontolt érvek valakit eltérítenek a talentumai által kijelölt úttól, lehet, hogy anyagilag talán ez kifizetődőnek is bizonyul. Mégis, ott marad valami sóvárgás, vágy – „*akkor voltam igazán a helyemen*”.

A hivatás teherbíró képességének másik pillére a környezettel való kapcsolat.

Visszatérő tanulsága az idézett cikkeknek, hogy döntő jelentőségű az orvosok stresszel való megküzdésében is a környezettel, munkatársakkal való kapcsolat. Amire a rohanó napokban alig van lehetőség, megbeszélni és kibeszélni nem csak a szakmai kérdéseket, mulasztásokat, de az érzelmeket is. Erre jó példa a Bálint-csoport¹⁴. Bizonyos, hogy ha erre munkaidőben, szervezeten lenne lehetőség, ha lennének erre alkalmas csoportvezetők, az orvosok pszichés közérzete komoly mértékben javulhatna.

A harmadik pillér az egyensúly felfelé, a transzcendens felé. Az elmúlt század kiemelkedő pszichiátora Viktor E. Frankl, aki Junghoz hasonlóan azt tapasztalta betegei körében, hogy az ember akkor találja meg lelki egyensúlyát, ha valamiképp felülmúlja önmagát. Frankl¹⁵ így ír: „*Embernek lenni mindig mutat valahova, mindig irányul valamire vagy valakire. Minél inkább elfelejti valaki önmagát azáltal, hogy mások szolgálatára szegődik, vagy mások szeretetének elfogadója lesz, annál inkább megvalósítja önmagát. Más szóval: a boldogságra törekvés önmagában lehetetlen, a boldogság mindig melléktermék.*”

A fenti mondatokat nagyon fontosnak érzem kiegészítés, a pszichés kimerülés elkerüléséhez is. Kétségtelen, hogy környezetünk gondolkodásmódja ezzel a kapcsolati szállal törődik a legkevésbé, ugyanakkor Frankl nyomán vallom, hogy a lelki egészség, egyensúly szempontjából is fontos, hogy legyenek válaszaink arra a kérdésre: „*Mi az életem értelme? Miért vagyok a világon?*” Különösen egy olyan munkaterületen dolgozva, ahol az élet nap mint nap terhel meg a szenvedés látványával, a halál közelségével, a tehetetlenség érzésével. Kinek-kinek magának kell megkeresnie válaszait, és lehet, hogy ezek a válaszok egy életen át csiszolódnak, érlelődnek. De ha kitartóan keresem a fenti kérdésekre adandó válaszomat, lépésről lépésre egyre érettebb, bölcsebb személyiséggé válhatok, és ezek a válaszok erőforrássá válnak a kiégéssel szemben is.

¹ Osler W. *Aequinitatis* 3rd Edition London: H.K.Lewis 1932 cit:

IC McManus et al.: Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates
BMC Medicine 2004; 2:29

² CS Parshuram et al.: Fellowship training, workload, fatigue and physical stress: a prospective observational study
CMAJ 2004; 170(6):965-70

³ AM Nicoll, JS Botterill.: On-call work and health: a review
Environmental Health: A Global Access Science Source 2004; 3:15

⁴ C Dumelow, P Littlejohns: Relation between a career and family life for English hospital consultants: qualitative, semiconstructed interview study
BMJ 2000; 320:1437-40

⁵ B Sibbald et al.: Job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future?
Fam Pract 1998; 17:364-71.

⁶ VJ Sutherland, CL Cooper: Job stress, satisfaction and mental health among general practitioners before and after introduction of new contract.
BMJ 1992; 304:1545-8

⁷ DA Alexander et al.: Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists
BMJ 2000; 320:1571-4

⁸ EM Redinbaugh et al: Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors

⁹ Pikó B., Piczil M. *Esély* 10;110-20

¹⁰ S Ross: Doctors, Drinks and Drugs (CMF Booklet 1997)

¹¹ RM Murray: Alcoholism amongst male doctors in Scotland
Lancet 1976: 729-731.

¹² P Anderson: Managing alcohol problems in general practice
BMJ 1985; 290:1873-5

¹³ K Hawton et al.: Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and speciality in medical practitioners in England and Wales
Journal of Epidemiology and Community Health 2001; 55:296-300

¹⁴ A Bálint-csoportok elméleti és gyakorlati kérdései

Szerk.: B. Luban-Plozza és H.H. Dickhaut

Animula 1998 (Budapest)

¹⁵ Viktor E. Frankl: Az ember az értelemre irányuló kérdéssel szemben UR Kiadó Budapest (1996) 149.o.