

УДК 61:301]:370.153

САМОЧУВСТВИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ: ЭТИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

И.А. Серова

доктор философских наук, профессор кафедры философии Пермского государственного медицинского университета им. акад. Е.А. Вагнера, г. Пермь, irinaserova55@mail.ru

А.Ю. Ягодина

кандидат медицинских наук, доцент кафедры философии Пермского государственного медицинского университета им. акад. Е.А. Вагнера, г. Пермь, annayagodina@rambler.ru

С.А. Костенко

аспирант кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины, ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, biosoc@yandex.ru

В статье представлена рефлексивная технология проведения опроса ординаторов по проблеме самочувствия медицинских работников в условиях пандемии. Контент-анализ реминисценций об особенностях оказания медицинской помощи в условиях борьбы с коронавирусом показал необходимость скорейшего внедрения экспресс-тестирования персонала на SARS-cov-2 в целях купирования распространения инфекции медицинскими работниками. Очевидна необходимость изучения эффективности способов разведения разных по контагиозности потоков пациентов при оказании первичной медицинской помощи. Возвращение на рабочее место врачей после перенесенной коронавирусной инфекции предполагает их предварительное комплексное обследование и реабилитацию – тезис актуальной правозащитной тематики.

Ключевые слова: нормотворчество, педагогика, права человека, пандемия, биоэтика, социология медицины.

DOI 10.19163/2070-1586-2021-1(27)-59-62

WELL-BEING OF MEDICAL WORKERS DURING A PANDEMIC: ETHICAL AND SOCIOLOGICAL ANALYSIS

I.A. Serova

D.Sc. (Philosophy), professor of the department of Philosophy of the E.A. Vagner Perm State Medical University, Perm, irinaserova55@mail.ru

A.U. Yagodina

PhD, MD, Associate professor of the department of Philosophy of E.A. Vagner Perm State Medical University, Perm, annayagodina@rambler.ru

O.A. Kostenko

postgraduate student of the Department of Philosophy, Bioethics and Law with a course in the sociology of medicine, FSBEI HE VolgSMU MOH Russia, Volgograd, biosoc@yandex.ru

The article presents a reflexive technology for conducting a survey among residents on the problem of health of medical workers during pandemic. Content analysis of reminiscences about the peculiarities of providing medical care during pandemic of coronavirus showed the need for the early implementation of rapid testing for SARS-cov-2 before personnel in order to stop the spread of infection by medical workers. There is a clear need to analyze the effectiveness of ways of dividing contagious patient groups from other patients in primary medical care. The return to the workplace of doctors after a coronavirus infection is connected with their preliminary examination and rehabilitation – it is a thesis for current human rights issues.

Key words: norm-setting, pedagogy, human rights, pandemic, bioethics, sociology of medicine.

Современное состояние медицины, если акцентировать внимание на популярном персонализированном подходе, но не к пациенту, а к врачу, характеризуется двумя острыми проблемами – пандемией SARS-cov-2 и интенсивным внедрением новых биотехнологий [1, 2]. Если говорить о технологиях, то, на первый взгляд, кажется, что здесь все просто – нужны знания. Однако вопрос вектора применения этих знаний до сих пор не решен. Методология персонализации врачебной деятельности только начала разрабатываться, и, пока основные научные силы в медицинском сообществе направлены на борьбу с пандемией, вряд ли на этом пути можно ожидать быстрых успехов. А вот ситуация с пандемией, наоборот, заставила обратить особое внимание на контент

саморефлексии врачей. Наше исследование проводилось в группе ординаторов, потому что именно в ординатуре закладываются установки на профессиональную деятельность. Они формируются в виде ответов на ряд вопросов, из которых мы выделили особый: «К какой части обучения в ординатуре относится педагогика – к базовой или вариативной?». Многие ответят неправильно, полагая, что педагогика не является основой врачебной специальности. Цель цикла сформировать установку на включение педагогических технологий в ежедневную работу врача. Встает вопрос – зачем? Затем, чтобы уметь совладать с самим собой, уметь учить лечиться, воспитывать пациентов, наставлять детей на путь здоровьесбережения, делиться с коллегами своими знаниями.

В структуре педагогического знания есть две основные части – теория воспитания и теория образования. Соответственно, ординаторам надо научиться воспитывать и учить. Кого должен учить и воспитывать врач? Прежде всего, себя, своих детей, затем пациентов и коллег. В период пандемии «здравоохранение, экономика, образование, приняв неожиданный вызов, продемонстрировали не только степень своей устойчивости и мобильности, но и невысокую готовность быстрого реагирования на внезапные риски» [3], актуализирующие первую заповедь Гиппократов – «Исцели себя сам!». Рефлективные технологии [4], умение посмотреть на себя со стороны, поиски ответов на вопросы «Что я делаю?», «Как я делаю?», «Для чего я делаю?» органичны для самовоспитания врача. Поэтому в дистанционный цикл по педагогике мы включили следующее задание:

Поразмышляйте над актуальными мерами обеспечения персональной инфекционной безопасности:

1. Вероятно, Вы знакомы с коллегами, ставшими источником заражения коронавирусом окружающих. Опишите, как это случилось.

2. Сделайте выводы об типичных ошибках медицинских работников при использовании средств индивидуальной защиты.

3. Зафиксируйте негативные стереотипы поведения медицинских работников при пандемии, способствующие распространению инфекции.

В опросе приняли участие 238 ординаторов второго года обучения по 32 специальностям. Анализ полученных типичных ответов на первый вопрос методом кейс-стади позволяет погрузиться в атмосферу противостояния коронавирусной инфекции. Комментарии к кейсам заменены их оглавлениями.

Case 1. Семья. Не стоит далеко ходить, мой муж, он же коллега, с апреля работает в ковидной бригаде в детской поликлинике. Он заболел 03.10.20 и сразу ушел на больничный, так как понял, что это не просто ОРВИ, а именно симптомы коронавирусной инфекции. Соответственно 05.10.20 заболела я. А только 07.10.20 мы узнали, что мазок от 01.10.20, который берется еженедельно с профилактической целью – положительный. Сын перенес бессимптомно. Коллег и других пациентов мой муж уберег от заражения, а семью не смог.

Case 2. Организация здравоохранения. Распространение инфекции связано, в первую очередь, с особенностями самой новой коронавирусной инфекции, а именно с продолжительным и переменчивым инкубационным периодом, высокой контагиозностью, отсутствием патогномичных симптомов, широтой клинических проявлений. Я сам был источником заражения окружающих, но при первых же симптомах ушел на больничный. В итоге: проболел 21 день, 25 % поражения легких, плеврит, депрессия, астения, желание удавиться на 14–16-й день, похудел на 5 кг, бледный цвет кожи стал моим другом. Но изоляцию я соблюдал, маску носил, дом не покидал, коллеги привезли мне лекарства, хотя я и просил их не делать этого. Спасибо им. А случилось это, потому что надо больше бригад для обслуживания пациентов

с новой коронавирусной инфекцией. Не могут 3 врача обслужить за день 300 вызовов, это физически нереально. объездить можно, но ведь после этого надо написать карточки, оформить больничные листы, внести мазки в систему. При дефиците времени и сил, логично, что начнутся ошибки в соблюдении правил самозащиты. Чаще всего происходит разгерметизация, то есть врач, бегая по этажам, просто не замечает, как у него немного съехала маска, или в погоне за временем недостаточно обрызгиваешься антисептиком. Это недопустимо, но, когда у тебя 100 вызовов, ошибки неизбежны.

Case 3. Латентность. С марта месяца я работаю в COVID-бригаде в поликлинике (у нас 6 отделений, от каждого выбрали молодого доктора, того, кто будет работать именно с положительным COVID-19, им стала я). Все месяца работала без отдыха, в сентябре и октябре в день делала около 45 осмотров. С 3 ноября меня начал беспокоить насморк, зная про свой синусит, начала его лечить, затем подъем температуры. Не раз подходила к зав. отделением, говорила, что меня беспокоит, ответ – работать некому, врачи по очереди уходят на больничный. Я продолжала работать, потеряла обоняние, попросила сделать тест, так как работаю на COVID-19, он оказался положительным. Работала я не одна, мой помощник ушел тоже с положительным тестом. Всю неделю мы общались с пациентами, с коллегами – конечно, я была прямым источником заболевания. Я считаю, что первичный источник инфекции – это медицинские работники. Знаю, что во многих стационарах, поликлиниках не делают тест, даже с симптомами ОРВИ, не отпускают на больничный лист. Соглашусь, что каждый должен переболеть, но не каждый может перенести это легко, например я перенесла COVID-19 средней степени тяжести. Необходимость перемен в организации здравоохранения не понять, пока сам не окажешься на больничной койке или же близким в тяжелом состоянии не найдется места в стационаре.

Case 3. Дети. У моего друга есть коллега по работе, у его сына в классе обнаружили COVID-19, класс закрыли на карантин и всех контактных попросили сдать анализы на COVID-19. По результатам анализа выяснилось, что у сына коллеги тоже положительный тест на COVID-19. В классе 40 человек.

Case 5. Студенты-медики. Моя знакомая, будучи студенткой, на практике помогала в стационаре больным коронавирусной инфекцией. Работали группой посменно. Ее однокурсник без СИЗ забежал в COVID-отделении на некоторое время и заразился. Все студенты переоделись в одной раздевалке. В итоге, у всех положительный результат на COVID-19. Хорошо, что у большинства заболевание протекало легко или бессимптомно.

Case 6. Работа до потери сознания. Мой знакомый – врач «неотложки» с симптомами ОРВИ ездил по вызовам и на одном из них просто потерял сознание. В конечном итоге, врач был госпитализирован, диагностирован COVID-19.

Case 7. Неизбежность инфицирования. Я знаю лично коллегу, которой при работе на скорой выдали одну маску на весь месяц! При длительной работе в маске у меня возникает кислородное голодание, чувствую слабость

и сонливость, снижается концентрация внимания. Со временем накапливается усталость, можно бессознательно коснуться лица в перчатке и инфицироваться. Однажды мне вообще заявили: «Иди в одном костюме ко всем: и к ОРВИ, и к ковидным деткам». В начале пандемии выживали как могли... Через некоторое время завезли костюмы, снабдили необходимыми средствами. Однако концентрацию внимания уже не вернуть.

Case 8. Соседи. Это произошло в начале апреля. Мой родственник строго соблюдал карантин, так как понимал, что входит в группу риска (ожирение, сахарный диабет). Но всего лишь одно рукопожатие решило его судьбу. Это был его сосед, работающий врачом ультразвуковой диагностики, который не знал, что уже является переносчиком вируса. Через неделю у дяди появились первые симптомы заболевания, которые в дальнейшем нарастали, несмотря на назначенное вовремя лечение. На КТ была выявлена вирусная пневмония... на ИВЛ он продержался два дня, и, к сожалению, на третий день скончался.

Case 8. Деньги. Работаю в частной клинике, где от количества приемов и манипуляций врачей зависит уровень их заработной платы. Одна коллега, зная, что у ее мужа диагностирован COVID-19, продолжала вести прием. Через неделю у нее положительный тест и на КТ 70 % поражения лёгких. Как следствие, большое количество контактных и заразившихся пациентов. Знаю, как минимум, 5 врачей, которые продолжали работать, имея признаки ОРВИ и отсутствие обоняния. На вопрос «почему?» есть три ответа:

1. Долг, желание помочь людям, даже несмотря на свое здоровье.

2. COVID-энцефалопатия. НКВИ тропна к тканям головного мозга. Видимо, медицинские работники, болеющие и работающие одновременно, имеют не совсем адекватный самоанализ, самоконтроль.

3. Желание заработать. Хоть когда-то медикам дали это сделать, и многие стараются воспользоваться шансом улучшить жилищные условия, поменять автомобиль и т.п. Я их понимаю.

Case 9. Совместительство. Коллега, ставший источником заражения в нашем отделении, по ночам дежурил в COVID-стационаре. Несмотря на четкое выполнение инструкций по защите себя от заражения и ношения СИЗ, врач заразился НКВИ. В итоге, заболело 60 % пациентов и 80 % медицинского персонала. Отделение было закрыто на обсервацию на 3 недели. Эта ситуация доказывает, что СИЗ не защищают от заражения на 100 %, что необходимо проводить тестирование ежедневно.

Все кейсы свидетельствуют о необходимости скорейшего внедрения экспресс-тестирования на SARS-cov-2 персонала в целях купирования распространения инфекции медицинскими работниками. Например, START-up NanoScent позволяет выявить SARS-cov-2 за 30 секунд [5], определить антиген вируса можно всего за 15–20 минут [6], выявить вирус с помощью ПЦР за 30 минут [7], определить SARS-cov-2 с помощью COVID-19-LAMP за 30 минут – 1,5 часа в зависимости от вирусной нагрузки [8]. Таковы

эффективные элементы рутинной клинической практики борьбы с COVID-19.

Контент-анализ выводов о типичных ошибках медиков при работе с COVID-19 позволил нам составить рейтинг ключевых слов самоанализа:

- 1) период готовности анализов;
- 2) неполный сбор информации о жалобах администраторами поликлиник при вызове врача на дом, что приводит к смешиванию потоков разных групп пациентов;
- 3) провокации со стороны начальства;
- 4) согласие на работу в условиях дефицита обеспечения СИЗ, отсутствие СИЗ у медиков, не работающих официально с коронавирусом, СИЗ в жару, СИЗ в мороз, использование некачественных СИЗ, их экономия, редкая смена, повторное использование, неправильное ношение: необходимо пользоваться всем функционалом экипировки (если у СИЗ предусмотрена самоклеящаяся лента, то обязательно использовать ее и т. д.)
- 5) больничный лист под видом обычной пневмонии;
- 6) легкомыслие;
- 7) отказ от карантина 65+;
- 8) нарушение утилизации отходов, редкое проветривание и обработка поверхностей, дефицит бактерицидных ламп;
- 9) свое здоровье на последнем месте, переработка, неполноценное питание, заедание стресса – все подрывает иммунитет;
- 10) гигиена кашля и чихания, правила личной гигиены;
- 11) недостаточная обработка фонендоскопа, рук, отсутствие перчаток, неосторожность при их снятии: руки мы моем, обрабатываем санитайзером, а с перчатками так поступаем редко, хотя на их поверхности скапливаются микробы, которые при снятии мы переносим на руки;
- 12) неплотное прилегание маски из-за бороды у мужчин.

Для большинства очевидны негативные стереотипы поведения медицинских работников при пандемии:

- мы постоянно пытаемся требовать от других то, чего нет в нас;
 - мы не можем все делать идеально и без ошибок;
 - отсутствие самоизоляции от близких (родственников, домашних, друзей);
 - один врач на 50 пациентов, 1 костюм, 1 маска: «авось не заболею»;
 - нет критического осмысления происходящего.
- В итоге, из дома в дом врач поликлиники переносит инфекцию. Нет разделения потоков хронических соматических больных и больных вирусными заболеваниями;
- нет заботы руководящего состава о подчиненных: никто не знает, кто позаботится о семьях в случае, если они будут инфицированы, организует уход за детьми во время карантина (закрытия школьных и дошкольных учреждений) при увеличении продолжительности рабочего времени, обеспечит в случае необходимости питание, обсервацию, транспорт;
 - СИЗ не работают, маски, перчатки носить бессмысленно, поэтому чтобы ты не делал, все равно заразишься;

- прием пищи в СИЗ и рабочей одежде, перерыв на чай, использование мобильных телефонов на рабочем месте;
- спешка (быстрее снять все, быстро помыть руки, быстро...);
- сокрытие симптомов ОРВИ;
- врач считает, что сам все знает и сам себя вылечит, хотя легкая стадия заболевания для него со стороны оценивается уже как средняя степень тяжести, требующая госпитализации;
- стремление к рукопожатиям со стороны некоторых мужчин-ординаторов;
- привычка врачей снимать маску в ординаторской.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Парадоксы Оруэлла: незнание – сила, война – мир, свобода – рабство в условиях пандемии позволяют увидеть постмодернистскую трансформацию треугольника «врач – болезнь – больной» [9]. Сегодня врач – больной, больной – сам себе врач в условиях коллапса оказания медицинской помощи, болезнь для многих – не часть жизни, а вся жизнь.

2. Фундаментальный постулат: «Смотри, нас трое – я, ты и болезнь» дополнен четвертым. Главное действующее лицо – организация здравоохранения. В зависимости от того, на чьей она стороне, огонь пандемии либо разгорается (США), либо затухает (Китай). Европейцы теоретически согласны с тем, что только эпидемиологический контроль – путь к спасению. Однако еще Ю.М. Лужков, указывающий на эффективность китайского пути, задал сакраментальный вопрос: «А где мне взять столько китайцев?». Здравомыслящим людям ясно одно – надо самим стать китайцами, в противном случае никакая вакцинация не поможет.

3. Рефлексивные рубрики, работающие на адекватную самооценку, необходимо включать в рабочие тетради [10] по всем предметам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Седова, Н.Н. Профессиональные и гуманитарные навыки в высшем медицинском образовании / Н.Н. Седова, А.В. Петров // Материалы научно-практической конференции «Развитие потенциала социально-гуманитарных наук в формировании soft skills медицинских кадров юга России». – Ростов-на-Дону : Изд-во РостГМУ, 2020. – С. 14–16.
2. Седова, Н.Н. Задачи социологии медицины в изучении технологий "human enhancement" / Н.Н. Седова, Б.А. Навроцкий, Е.В. Приз // Социология медицины. – 2016. – № 2. – С. 36–39.
3. Petrov, A.V. Ethical and legal problems caused by COVID-19 pandemic / A.V. Petrov, D.A. Donika // Биоэтика. – 2020. – № 2 (26). – С. 29–32.

4. Серова, И.А. Квест как рефлексивная технология работы над врачебными ошибками / И.А. Серова, А.Ю. Ягодина, М.В. Казанцев // Терапия. – 2019. – № 1 (27). – С. 16–22. – DOI: <https://dx.doi.org/10.18565>.

5. Official site VOCID™. – URL: <https://nanoscentlabs.com>.

6. Evaluation of current diagnostic methods for COVID-19 / S. Alpdagtas, E. Ilhan, E. Uysal [et al.] // APL Bioeng. – 2020. – Vol. 4 (4). – 041506.

7. Comparison of the Accula SARS-CoV-2 Test with a Laboratory-Developed Assay for Detection of SARS-CoV-2 RNA in Clinical Nasopharyngeal Specimens / Hogan C.A., Garamani N., Lee A.S. [et al.] // J Clin Microbiol. – 2020. – Vol. 58 (8). – e01072-20.

8. Chow, F.W. A rapid, simple, inexpensive, and mobile colorimetric assay COVID-19-LAMP for mass on-site screening of COVID-19 / F.W. Chow, T.T. Chan, A.R. Tam // Int J Mol Sci. – 2020. – Vol. 21 (15). – P. 5380.

9. Kubar, O.I. Ethical interaction of three elements of medicine during COVID-19 / O.I. Kubar // Биоэтика. – 2020. – № 2 (26). – С. 9–14.

10. Данилова, М.А. Рабочие тетради в медицинском вузе / М.А. Данилова, И.А. Серова, А.Ю. Ягодина // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – № 6. – С. 100–103.

REFERENCES

1. Sedova N.N., Petrov A.V. Professional and humanitarian skills in higher medical education. Materials of the scientific-practical conference "Development of the potential of social sciences and humanities in the formation of soft skills of medical personnel in the south of Russia". Rostov-on-Don, RostGMU Publishing House, 2020. Pp. 14–16. (In Russ.)
2. Sedova N.N., Navrotsky B.A., Prize E.V. Tasks of the sociology of medicine in the study of "human enhancement" technologies. *Sociology of Medicine*, 2016, no. 2, pp. 36–39. (In Russ.)
3. Petrov A.V., Donika D.A. Ethical and legal problems caused by COVID-19 pandemic. *Bioethics*, 2020, no. 2 (26), pp. 29–32.
4. Serova I.A., Yagodina A.Yu., Kazantsev M.V. Quest as a reflexive technology for working on medical errors. *Therapy*, 2019, No. 1 (27), pp. 16–22. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565>. (In Russ.)
5. Official site VOCID™. URL: <https://nanoscentlabs.com>.
6. Alpdagtas S., Ilhan E., Uysal E. [et al.] Evaluation of current diagnostic methods for COVID-19. *APL Bioeng*, 2020, vol. 4 (4), 041506.
7. Hogan C.A., Garamani N., Lee A.S. [et al.] Comparison of the Accula SARS-CoV-2 Test with a Laboratory-Developed Assay for Detection of SARS-CoV-2 RNA in Clinical Nasopharyngeal Specimens. *J Clin Microbiol*, 2020, vol. 58 (8), e01072-20.
8. Chow F.W., Chan T.T., Tam A.R. A rapid, simple, inexpensive, and mobile colorimetric assay COVID-19-LAMP for mass on-site screening of COVID-19. *Int J Mol Sci*, 2020, vol. 21 (15), pp. 5380.
9. Kubar, O.I. Ethical interaction of three elements of medicine during COVID-19. *Bioethics*, 2020, no. 2 (26), pp. 9–14.
10. Danilova M.A., Serova I.A., Yagodina A.Yu. Workbooks at a medical school. *Siberian Medical Review*, 2013, no. 6, pp. 100–103. (In Russ.)