

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт
(наименование института полностью)

Кафедра «Педагогика и психология»
(наименование)

37.04.01 Психология
(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья
(направленность (профиль))

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
(МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)**

на тему Взаимосвязь вторичного травматического стресса и уровня осознанности
личности (на примере врачей акушеров-гинекологов)

Обучающийся Т.Н. Арбузова
(Инициалы Фамилия) (личная подпись)

Научный канд. психол. наук, Т.А. Бергис
руководитель (ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1. Теоретические основы исследования взаимосвязи вторичного травматического стресса и уровня осознанности личности.....	11
1.1. Теоретический анализ концепции вторичного травматического стресса в современной психологии.....	11
1.2. Проявление вторичного травматического стресса в работе врачей акушеров-гинекологов родильного отделения.....	20
1.3. Теоретические подходы изучения осознанности личности в отечественной и зарубежной психологии.....	27
1.4. Теоретический анализ исследований, посвященных вторичному травматическому стрессу и его связи с уровнем осознанности медиков.....	31
Глава 2. Эмпирическое исследование взаимосвязи вторичного травматического стресса и уровня осознанности личности врачей акушеров-гинекологов.....	42
2.1. Организация и методы исследования.....	42
2.2. Результаты исследования взаимосвязи вторичного травматического стресса и уровня осознанности личности.....	54
2.2.1. Результаты анализа социально-демографического анкетирования врачей акушеров-гинекологов.....	54
2.2.2. Результаты исследования вторичного травматического стресса у врачей акушеров-гинекологов..	60
2.2.3. Результаты исследования уровней осознанности и экзистенциальной исполненности у врачей акушеров- гинекологов.....	63
2.2.4. Результаты исследования посттравматического роста у врачей акушеров-гинекологов.....	70

2.2.5. Анализ взаимосвязей вторичного травматического стресса с анкетными данными, уровнем осознанности и экзистенции врачей акушеров-гинекологов.....	72
2.3. Рекомендации по профилактике и снижению уровня вторичного травматического стресса для врачей акушеров-гинекологов.....	84
Заключение.....	90
Список используемой литературы.....	93
Приложение А Информированное согласие на участие в психологическом исследовании.....	109

Введение

Процесс рождения является одним из важнейших этапов в жизни человека. Роды влияют не только на физическое состояние ребенка, но и на физическое и психологическое здоровье матери. При этом процесс родов всегда непредсказуем и всегда связан с риском, в том числе летального исхода для роженицы и новорожденного. Различные исследования показали, что опыт родов может стать травматичным, как для достаточно большого числа женщин [36], так и для родильной бригады [66; 80; 83]. Полученная психотравма у женщины может развиваться в посттравматическое стрессовое расстройство, а у медицинского персонала - во вторичный травматический стресс.

В системе родовспоможения, существующей в России, руководит процессом ведения родов, принимает ключевые решения и несет основную ответственность врач акушер-гинеколог. Фигура врача исторически воспринимается пациентом, в нашем случае роженицей, как более авторитетная и значимая, чем медсестра или акушерка. Поэтому и степень влияния врача на психоэмоциональное состояние пациента может быть сильнее. Кроме того, руководящие позиции, такие как главный врач роддома и заведующий родильным отделением, занимают тоже именно врачи акушеры-гинекологи. Следовательно, психоэмоциональное состояние врача акушера-гинеколога может влиять на работу всего отделения или роддома. Из этого видно, что мероприятия, направленные на профилактику, диагностику и коррекцию вторичного травматического стресса у врачей акушеров-гинекологов важны и для медиков, и для здоровья всего населения. При этом нами не обнаружено российских исследований, в которых изучался бы вторичный травматический стресс у врачей акушеров-гинекологов родильного отделения, а в зарубежной психологии их буквально единицы [71; 84; 116]. В этом заключается первое противоречие.

Для профилактики и преодоления последствий вторичного травматического стресса необходимы действия сразу нескольких уровней:

персональном, профессиональном и корпоративном [18; 74; 105]. Данные исследований показывают, что, не смотря на серьезность последствий вторичного травматического стресса для медиков, которые также могут отразиться на финансовом положении медучреждения, руководство роддомов и других медицинских учреждений не прикладывает фактически никаких усилий для помощи медицинским работникам в профилактике и борьбе со вторичным травматическим стрессом [1; 80; 89; 100]. В этом заключается второе противоречие. В таких условиях особую важность приобретают личные способности врача контролировать и регулировать свои состояния. Такие способности связывают с осознанностью (mindfulness) - способностью человека «сосредоточиваться, осознавать текущий внутренний и внешний опыт, управлять процессом осознания, что является важным фактором стрессоустойчивости и психологического благополучия» [27]. В нашем исследовании мы хотим сосредоточиться на изучении уровня вторичного травматического стресса у врачей акушеров-гинекологов, принимающих роды, и его взаимосвязи с уровнем осознанности.

Цель исследования: изучить взаимосвязь вторичного травматического стресса и уровня осознанности у врачей акушеров-гинекологов родильного отделения.

Объект исследования: вторичный травматический стресс у врачей акушеров-гинекологов родильного отделения.

Предмет исследования: взаимосвязь вторичного травматического стресса и уровня осознанности у врачей акушеров-гинекологов родильного отделения.

Гипотезы исследования. Мы предполагаем, что:

- врачи акушеры-гинекологи родильных отделений подвержены большему риску получения вторичного травматического стресса, чем врачи акушеры-гинекологи, в обязанности которых не входит ведение родов;

- общий уровень осознанности и ее отдельные компоненты (осознанность действий, безоценочность, нереагирование) взаимосвязаны с силой вторичного травматического стресса.

В соответствии с целью и гипотезами определены задачи исследования:

- теоретически обосновать важность изучения вторичного травматического стресса у врачей акушеров-гинекологов родильного отделения и его взаимосвязи с уровнем осознанности;
- подобрать диагностический инструментарий для оценки вторичного травматического стресса и уровня осознанности личности;
- эмпирически оценить уровень и взаимосвязь вторичного травматического стресса и осознанности у врачей акушеров-гинекологов в основной и контрольной группах;
- разработать рекомендаций по профилактике и преодолению вторичного травматического стресса для врачей акушеров-гинекологов и предоставить их респондентам.

Теоретико-методологическая основу работы составляют:

- концепции вторичного травматического стресса и викарной травмы Ч. Фигли, Л. Перлман, К. Сааквитне, Б. Штамм, И.Г. Малкиной-Пых;
- концепция стресса Г. Селье;
- экзистенциально-гуманистические концепции (К. Роджерс, А. Маслоу, В. Франкл, Ф.Перлз);
- концепции состояния осознанности (Дж. Кабат-Зинн) и посттравматического роста (Р. Тадеша, Л. Калхаун, М. Ш. Магомед-Эминов).

Для достижения поставленных задач и подтверждения выдвинутых гипотез нами применялись следующие методы исследования: теоретический анализ литературы по проблеме исследования; метод эмпирического исследования; методы математико-статистического анализа данных.

В исследовании использовались следующие методики:

- «Шкала оценки вторичного травматического стресса» (STSS), в адаптации И.Г. Малкиной-Пых;
- «Пятифакторный опросник осознанности» (FFMQ), в адаптации Н.М. Юмартовой и Н.В. Гришиной;
- «Опросник посттравматического роста» (PTGI), в адаптации М. Ш. Магомед-Эминова;
- «Шкала экзистенции» А. Лэнгле, в адаптации И.Н. Майнина и А.Ю. Васалова;
- «Социально-демографическая анкета респондента», разработанная специально для нашего исследования.

Опытно – экспериментальная база исследования: сеть медицинских клиник «Медси» и «Скандинавия АВА-Петер» в г. Санкт-Петербург и родильного дома ГБУЗ ЛО "Всеволожская КМБ". Участие в исследовании было добровольным и анонимным, респонденты заполняли опросники и анкету онлайн через google-форму. Респонденты распределены на две равные группы – экспериментальная (врачи акушеры-гинекологи, принимающие роды) и контрольная (врачи акушеры-гинекологи, не принимающие роды). В каждой группе 30 человек (5 мужчин, 25 женщин). Возраст респондентов от 27 до 62 лет, стаж работы составил от 1 года до 39 лет.

Организация и основные этапы исследования.

На первом теоретико-поисковом этапе (сентябрь 2023 года – май 2024 года) был осуществлен теоретический анализ существующих концепций вторичного травматического стресса и осознанности (mindfulness) с целью установления степени научной разработанности исследуемых проблем и составлена программа эмпирического исследования. Разработаны тема и рабочие гипотезы, определен объект, предмет и задачи исследования. Выбран методологический аппарат для осуществления эмпирического исследования по определению вторичного травматического стресса и осознанности у врачей акушеров-гинекологов.

На втором этапе (июнь 2024 года - июль 2024 года) был проведен сбор, обработка и анализ данных по выбранным методикам. Для выявления взаимосвязи между уровнем вторичного травматического стресса и осознанностью, экзистенциальной исполненностью, посттравматическим ростом, а также анкетными данными был проведен корреляционный анализ.

На третьем, заключительно-обобщающем этапе (август 2024 года - октябрь 2024 года) были сформулированы основные выводы, полученные в результате эмпирического исследования, разработаны «Памятка о вторичном травматическом стрессе» и практические рекомендации «Руководство по профилактике и совладанию со вторичным травматическим стрессом» для врачей акушеров-гинекологов. Оформлена диссертационная работа.

Научная новизна исследования состоит в том, что в отечественной психологии нет исследований вторичного травматического стресса у врачей акушеров-гинекологов родильных отделений, а исследования осознанности обычно рассматривают взаимосвязь с профессиональным выгоранием, а не вторичным травматическим стрессом.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что вторичный травматический стресс оказывает влияние на личность врача и качество выполнения им своих профессиональных обязанностей. В работе врача акушера-гинеколога это может привести к фатальным последствиям для жизни роженицы и ребенка. Редукция личности вследствие вторичного травматического стресса может привести к тому, что врач сам окажется психотравмирующим фактором для рожениц.

Практическая значимость исследования и его актуальность обусловлена существующим высоким риском вторичного травматического стресса у врачей акушеров-гинекологов, принимающих роды. Поэтому мероприятия, направленные на профилактику, диагностику и коррекцию вторичного травматического стресса у врачей акушеров-гинекологов важны не только самим врачам, но и здоровью всего населения. Способность врача контролировать и регулировать свои состояния благодаря хорошим навыкам

осознанности, являются профилактикой и способом преодоления последствий вторичного травматического стресса.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечивались соответствием методик предмету, задачам и целям исследования; сами методики являются надежными и валидными; анализ полученных данных проводился с помощью методов математико-статистического анализа; сбор и анализ данных производился лично автором.

Личное участие автора в организации и проведении эмпирического исследования заключается в анализе теоретического состояния проблемы, организации и проведении исследования, обработке полученных результатов, проведении сравнительного и корреляционного анализа, разработке информационных материалов и рекомендаций для респондентов.

Апробация и внедрение результатов работы велись на протяжении всего исследования. Его результаты докладывались на следующих конференциях:

- X Общероссийский конференц-марафон «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству», февраль 2024 года;
- научно-практическая конференция «Студенческие дни науки в ТГУ», апрель 2024 года;
- XI конференция Ассоциации профессиональных доул, июнь 2024 года;
- VI Общероссийская научно-практическая конференция акушеров-гинекологов «Оттовские чтения», ноябрь 2024 года;
- VI научно-практическая конференция Ассоциации перинатальных специалистов, декабрь 2024 года;
- XI Общероссийский конференц-марафон «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству», февраль 2025 года.

На защиту выносятся следующие положения:

- уровень вторичного травматического стресса у врачей акушеров-гинекологов превышает норму;

- врачи акушеры-гинекологи, работающие в родильных отделениях, подвержены большому риску получения вторичного травматического стресса, по сравнению с коллегами, в обязанности которых не входит ведение родов;
- общий уровень осознанности, ее отдельные компоненты (осознанность действий, безоценочность, нереагирование) и сила экзистенциальной исполненности личности взаимосвязаны с силой вторичного травматического стресса.

Структура магистерской диссертации. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы (136 наименований), 1 приложения. Для иллюстрации текста используется 21 таблиц, 8 рисунков. Основной текст работы изложен на 92 страницах.

Глава 1 Теоретические основы исследования взаимосвязи вторичного травматического стресса и уровня осознанности личности

1.1 Теоретический анализ концепции вторичного травматического стресса в современной психологии

Автором термина «вторичный травматический стресс» (secondary traumatic stress) является Чарльз Фигли, который определил его как «естественное, последовательное поведение и эмоции, возникающие в результате знания о травмирующем событии, пережитом значимым другим» [74]. «Человек со вторичным травматическим стрессом приобретает симптомы в результате контакта с травмированным человеком, а не в результате воздействия самого травматического события. Травма возникает в результате помощи или желания помочь уже травмированному или страдающему человеку. Риск получения вторичного травматического стресса подвержены работники помогающих (социально-экономических) профессий, таких как медработники, психологи, социальные работники, сотрудники служб спасения и др. Другими словами те, для кого эмпатическое сопереживание является необходимым условием работы. Эмпатия и экспозиция — две центральные концепции вторичного травматического стресса» [2].

Знание сущности психологической травмы позволяет понять специфику вторичного травматического стресса. «Травма – событие, связанное с мощным психотравмирующим воздействием и сопровождающимся стрессом экстремального характера» [12]. К основным критериям факторов травматического переживания, относят события (ситуации), несущие угрожающий или катастрофический характер и/или способные вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума. Такими событиями могут стать «природные и техногенные катастрофы, угроза жизни, нападение, пытки,

сексуальное насилие, военные действия, террористические акты, пребывание в плену или концентрационном лагере, свидетельство гибели другого человека, жизнеугрожающее заболевание, получение известия о неожиданной или насильственной смерти близкого человека» [12].

В клинической практике травматическое событие чаще всего определяется критериями диагностики посттравматического стрессового расстройства. «Посттравматическое стрессовое расстройство – психическое расстройство, развивающееся вследствие мощного психотравмирующего воздействия угрожающего или катастрофического характера, сопровождающееся экстремальным стрессом, основными клиническими проявлениями выступают повторные переживания элементов травматического события в ситуации "здесь и сейчас" в форме флэшбеков, повторяющихся сновидений и кошмаров, что сопровождается чаще тревогой и паникой, но возможно также гневом, злостью, чувством вины или безнадежности, стремлением избегать внутренние и внешние стимулы, напоминающие или ассоциирующиеся со стрессором» [12].

В МКБ-10 еще существует диагноз «острая реакция на стресс», из МКБ – 11 этот диагноз исключен, но добавлено «комплексное посттравматическое стрессовое расстройство», развивающееся у человека в следствие «длительного воздействия травмирующих факторов» [12]. По DSM-V «острое стрессовое расстройство» и «посттравматическое стрессовое расстройство» могут возникнуть даже если человек был свидетелем травматического события [38]. Последствия могут привести к «потери человеком способности жить нормальной жизнью. Травма способна оказывать длительное воздействие на психологическую устойчивость, в том числе из-за изменения активности миндалины и префронтальной коры» [12]. «Ключевые симптомы вторичного травматического стресса идентичны симптомам посттравматического стрессового расстройства» [9].

Основные симптомы включают в себя:

- «вторжение или повторное переживание травматического события в сновидениях или воспоминаниях (интрузия, флешбеки);
- избегание ситуаций/ действий/ мыслей/мест, связанных с травматической ситуацией (фактическое избегание, numbing - чувство "онемения" и эмоционального притупления, отрешенности, невосприимчивости к окружающему, эмоциональная отстраненность, ангедония);
- агрессия и раздражительность, психофизиологическое возбуждение, проблемы со сном, гипертрофированная реакция испуга, проблемы с концентрацией внимания, повышенная тревожность, гипервигилитет (физиологическая возбудимость)» [9; 12; 74; 136].

Факторы, оказывающие влияние на вторичный травматический стресс, можно разделить на индивидуальные и ситуационные. «К индивидуальным особенностям относятся:

- личная история (в частности, наличие/отсутствие собственного травматического опыта);
- особенности проявления защитных механизмов;
- стили преодоления жизненных трудностей;
- актуальная жизненная ситуация;
- профессиональная подготовка и профессиональная история;
- возможность получать супервизорскую помощь;
- возможность получать личную терапию;
- пол, возраст, стаж работы.

К ситуационным факторам относят:

- условия работы;
- тип клиентов;
- накопление травматического материала;
- организационный контекст;
- социальный и культуральный контексты» [18; 46].

Специалисты, находящиеся в особой зоне риска:

- женского пола;
- с тревожным, чувствительным типом нервной системы;
- начинающие специалисты;
- молодого возраста и после 60 лет;
- с определенной системой ценностей;
- имеющие деструктивные стратегии совладания (копинг-стратегии);
- имеющие сходный травмирующий собственный опыт;
- специалисты перинатальной сферы; работающие с детьми; работающие с жертвами физического и сексуализированного насилия; сотрудники реанимационных, онкологических и паллиативных отделений.

Вторичный травматический стресс влияет на такие аспекты личности, как «мироощущение, ресурсы личности, ресурсы Я, психологические потребности и когнитивные схемы, память и восприятие» [18; 57].

«Мироощущение как система базовых представлений включает в себя: идентичность самовосприятия и ощущения себя в мире; восприятие мира (жизненная философия, общие установки относительно других людей и окружающей действительности, система ценностей и моральные принципы); духовность (ощущение смысла, надежда, вера, чувство связи с миром, с чем-то высшим, осознание всех аспектов жизни, включая нематериальный)» [18; 57].

«Ресурсы личности (способности, которые позволяют индивиду поддерживать чувство стабильности и целостности в разных ситуациях и в разное время): способность переживать, переносить и интегрировать сильные воздействия; способность сохранять ощущение жизненной силы, позитивного настроения, уверенности в том, что ты достоин любви; способность поддерживать чувство связи с другими людьми» [18; 57].

«Ресурсы Я (способности, позволяющие индивиду реализовать свои потребности и взаимодействовать с другими): навыки самоосознавания, интеллект, способность к интроспекции, сила воли и инициативность,

стремление к личностному росту, осознание собственных потребностей, способность видеть перспективы; навыки межличностного взаимодействия и самопомощи: способность предвидеть последствия, способность устанавливать зрелые отношения с другими, способность устанавливать границы в межличностных отношениях» [18; 57].

«Психологические потребности и когнитивные схемы: безопасность (чувство защищенности себя и своих близких); уважение (ощущение собственной ценности и умение ценить других); доверие/зависимость (способность быть уверенным в себе и реализовать свои потребности, признавать право другого человека иметь собственное мнение и реализовывать свои потребности); контроль (способность управлять своими чувствами и поведением в межличностных отношениях, а также влиять на других людей); близость (умение находиться в контакте с самим собой и чувствовать связь с другими)» [18; 57].

«Память и восприятие включают в себя: вербальный уровень (история того, что происходило до, во время и после травмы); воображение (картинки травматического события); переживания (эмоции, связанные с травмой); соматические проявления (ощущения в теле, связанные с травматическим событием); межличностный уровень (стереотипы поведения, в которых отражается травматический опыт).

Помогающий специалист может ощущать утрату устойчивости и способности поддерживать внутреннее равновесие, у него снижается порог чувствительности к фрустрации, появляется чувство невыносимой тревоги, утрачивается способность радоваться жизни. Переполненность переживаниями может приводить к приступам рыданий или вспышкам гнева. Непереносимость переживаний приводит к эмоциональному «закрыванию» и может ощущаться как онемение, замороженность или окаменелость, отстраненность или деперсонализация. Многие теряют чувство связи с близкими людьми, способность любить и быть любимыми, сомневаются в

своем праве на жизнь и счастье. Все это вызывает ощущение изоляции и приводит к экзистенциальному отчаянию и одиночеству» [18; 57].

По словам Фигли «единственная разница между посттравматическим стрессовым расстройством и вторичным травматическим стрессом заключается в том, что при вторичном травматическом стрессе вы находитесь "в шаге" от травмы» [74]. Вторичный травматический стресс способен развиваться внезапно и без какого-либо предупреждения.

Синонимом вторичного травматического стресса является термин «усталость от сострадания». Его придумала Карла Джойнсон, изучая поведение медсестер [78]. Фигли предложил его «как более мягкую замену вторичного травматического стресса» [74]. «Усталость от сострадания (compassion fatigue) - это сочетание физического, эмоционального и духовного истощения, связанное с заботой о других, испытывающих сильную эмоциональную боль и физические страдания. В переводе с английского fatigue – это именно истощение, а не просто усталость. Поэтому термин «истощение от сострадания» мог бы лучше передать глубину негативных изменений, происходящих с человеком, переживающим такое состояние» [2].

Лори Энн Перлман и Ирен Лайза МакКанн авторы концепции викарной травмы (vicarious trauma). Она описывает «трансформацию внутреннего опыта помощника, возникающую в результате взаимодействия с травмирующим материалом клиента» [88]. «Синонимами викарной травмы являются заместительная и опосредованная травма. Основными симптомами викарной травмы являются нарушение самоидентификации, духовности, мировоззрения и когнитивной системы терапевтов» [2].

В отечественной психологии теме вторичного травматического стресса уделено крайне мало внимания. Обычно приводятся работы И.Г. Ильиной и М.Я. Соловейчик [9] и И.Г. Малкиной-Пых [18; 19]. В новой книге Малкиной-Пых глава о вторичном травматическом стрессе занимает всего 49 страниц из 928, в предыдущей книге их было около 30. При этом часть информации фактически калька с работы И.Г. Ильиной и М. Я. Соловейчик, и большая

часть текста вообще о выгорании. Работа «Методические материалы по работе со вторичной травмой» И.Г. Ильиной и М.Я. Соловейчик [9] по сути является конспектом книги Перлман и Сааквитне «Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization» [106]. Которая, как мы видим из названия, написана о викарной, а не вторичной травме.

Как мы видим, существует путаница в понятиях «вторичный травматический стресс» и «викарная травма» [43; 53; 101]. Ее усиливает добавление концепции профессионального выгорания. Выгорание (burnout) - это «состояние физического, эмоционального и психического истощения, вызванное длительной вовлеченностью в эмоционально сложные ситуации» [97]. Автор концепции американский психиатр Герберт Фрейденбергер. Выгорание развивается постепенно, что является одним из ключевых отличий его от вторичного травматического стресса. В ряде работ «усталость от сострадания рассматривается как многомерная конструкция, состоящая из двух измерений: выгорания и вторичного травматического стресса» [39; 119]. С «методологической точки зрения, когда конструкт усталости от сострадания включает как выгорание, так и вторичный травматический стресс, интерпретировать результаты исследований труднее» [80].

Т.Д. Карягина и С.Ю. Рощина именуют эту проблему «таксономической головоломкой» [11]. По их мнению, «вторичный травматический стресс обязан своим появлением расширению критериев выделения посттравматического стрессового расстройства в DSM-IV, викарная травма сформировалась на базе модели травматизации в конструктивистской теории развития личности, а усталость от сострадания была известна по отдельным самоотчетам. И все попытки развести эти понятия наталкивались на невозможность найти реальные отличия между концептами, которые описываются данными понятиями. В итоге все три понятия встречаются в литературе без какой-то особой привязки к теории в основании понятия» [11].

Одна из работ [70] показала, что «вторичный травматический стресс и викарная травма коррелируют умеренно высоко, что свидетельствует о

сильной связи между конструктами. И что предикторы вторичного травматического стресса включают все те, что предсказывают и викарную травму. Поэтому можно сделать вывод о том, что термины «вторичный травматический стресс» и «викарная травма» по сути описывают одно и то же психологическое явление и состояние – психологическую травму, которую получает человек, эмпатически соприкасаясь с травматическим опытом другого» [2]. Макканн и Перлман говорят о «модели заражения» - мучительный поток воспоминаний пациентов, их кошмары, страхи, отчаяние и недоверие заражают терапевта» [88].

Для преодоления последствий вторичного травматического стресса «необходимо воздействию сразу на нескольких уровнях: личном, профессиональном и организационном» [18; 19].

«В число личных стратегий входят:

- достаточное количество сна;
- регулярные физические упражнения;
- отдых и питание;
- удовольствие от деятельности, не связанной с работой;
- здоровый баланс между работой и семьей;
- выделение достаточного личного времени для скорби о потерянных пациентах;
- развитие набора навыков преодоления трудностей;
- использование психотерапии для тех медицинских работников, которые испытывают сильную эмоциональную реакцию на свою работу;
- сосредоточение на своих духовных потребностях» [2].

Для профессиональных стратегий Рурк [105] предложил:

- использовать общение с коллегами и участие в баллинтовских группах;
- устанавливать личные и профессиональные границы;
- разнообразить типы пациентов в зависимости от уровня их сложности;

- заранее находить ответы для решения потенциальных сложных сценариев с пациентами;
- фокусироваться на положительных компонентах собственного опыта и опыта пациентов;
- регулярно встречаться с группами уважаемых специалистов, которые разделяют общие цели.

Для реализации организационных стратегий было предложено:

- нарушить молчание, которое часто существует вокруг вторичного травматического стресса;
- создать комфортные пространства для встреч помогающих специалистов и группы поддержки;
- поощрять атмосферу уважения к проделанной работе.

В последние годы область травм расширила свою концептуальную основу, признав, что посттравматического стрессовое расстройство и вторичный травматический стресс не описывают весь спектр симптомов, которые испытывают пережившие травму люди. Моральная травма (moral injury) также является частью спектра реакций на воздействие психотравмы. До пандемии COVID-19 моральная травма в основном использовалась для описания опыта ветеранов боевых действий. В случае с COVID исследователи применили ее к медицинскому персоналу, который должен был выбирать, кто получит жизненно важное лечение, когда не хватает ресурсов [130]. Участие в событиях, которые противоречат моральным убеждениям людей, негативно сказывается на их моральных установках. Вторичный травматический стресс позволяет «понять многие реакции медиков, но не объясняет всей картины, обнаруженной исследователями. Вина и стыд являются обычными чувствами после травмирующих событий, но не соответствуют критериям посттравматического стрессового расстройства в МКБ-10 и МКБ-11» [2]. Конструкт моральной травмы как раз включает и стыд и вину, описывая то, что происходит, когда «кто-то участвует в действии, которое он считает неправильным» [80]. «Объединение конструктов моральной травмы и

вторичного травматического стресса позволяет лучше описать и понять опыт медицинского персонала в родильном доме, когда они становятся свидетелями травмирующих родов и часто преследуются событиями, которые они не могли предотвратить, но которые заставили задаться вопросом, должны ли они были это делать» [2].

В рамках данной исследовательской работы мы будем держать в фокусе внимания вторичный травматический стресс (синонимы вторичная травма, усталость от сострадания), подразумевая, что в рамках изучения работы врачей акушеров-гинекологов он может включать в себя концепцию моральной травмы. Также мы допустим, что викарная (заместительная) травма может иметь место наравне со вторичной, совпадая с ней по симптомам, предикторам и протекторам.

1.2 Проявления вторичного травматического стресса в работе врачей акушеров-гинекологов родильного отделения

Во многих обществах рождение ребенка считается счастливым событием, приносящим людям положительные эмоции. Однако, оно всегда «сопряжено со стрессом, в связи со своей непредсказуемостью, неконтролируемостью, болевым фактором и теми осложнениями, которые могут произойти с роженицей и ребенком» [2]. Большое количество исследований показало, что процесс родов может привести к такой сильной психотравме, что она перерастет в послеродовое посттравматическое стрессовое расстройство [36; 40; 75; 120; 131; 134].

Это довольно частое явление, которое имеет «долгосрочные негативные последствия как для матери, так и для ребенка. По разным данным от 3% до 45,5% женщин воспринимают свой опыт родов как травматичный, и у 3,1–43% женщин впоследствии развивается посттравматическое стрессовое

расстройство» [36]. У послеродового посттравматического стрессового расстройства можно выделить 3 категории факторов риска: антенатальные, интранатальные и постнатальные. Интранатальные включают в себя: медицинские вмешательства в роды, «субъективно негативную оценку опыта родов, минимальную поддержку со стороны медперсонала и партнера, вербальное, физическое или психоэмоциональное акушерское насилие, проявление неуважения со стороны медперсонала и несоблюдение индивидуального плана родов» [36].

Послеродовое посттравматическое стрессовое расстройство может крайне негативно сказаться «на физическом и психоэмоциональном состоянии женщины, отразиться на ее социальном благополучии, отказе от грудного вскармливания» [51; 65], «негативно сказаться на формировании привязанности между матерью и ребенком, привести к нарушениям сна, поведения, физического, социального и психоэмоционального развития ребенка» [36]. Оно также негативно влияет на отношения женщин с супругами, приводя к ссорам и недопониманию, взаимным обвинениям за то, что произошло в родах. Страх женщины перед новой беременностью и последующими за этим еще одними родами может приводить к сексуальной дисфункции. [69]. Результаты шведского проспективного когортного исследования показали, что «38% женщин, имевших негативный опыт родов, больше не заводили детей. Среди женщин с позитивным опытом предыдущих родов процент был равен 17. У тех, кто все же родил еще, интервал между рождением предыдущего и нового ребенка для женщин с травматичным опытом родов был продолжительнее, чем для женщин с положительным» [36].

«Женщины с травматичным опытом родов не только изменили свои планы на дальнейшее деторождение, но и испытывали чувство утраты в отношении своих нерожденных детей, которые могли бы появиться, если бы не травматичные роды» [36]. Послеродовое посттравматическое стрессовое расстройство «может развиваться во вторичную токофобию (панический страх перед родами), что в свою очередь повышает риск кесарева сечения в

последующих родах со всеми вытекающими из этого последствиями» [36]. А если «женщина с послеродовым посттравматическим стрессовым расстройством все-таки решает на новую беременность, то она может стать эмоционально непростым опытом: в одном из исследований это описывается как волны «зашкаливающей» тревоги, ужаса и паники, которые испытывали женщины на протяжении всей беременности после предыдущих травматичных родов» [51].

Травматические события на родах могут повлиять не только на самих рожениц, но и на мужей, находившихся рядом [107], и медицинский персонал [66; 80; 83], включая студентов-практикантов [44; 124]. «Вторичный травматический стресс может развиваться внезапно и без предупреждения, когда медработник становится свидетелем травмирующих событий во время родов» [46]. Такие ситуации как «разрывы промежности, асфиксия, дистоция плечиков, тяжелые кровотечения, мертворождения, реанимационные мероприятия, смерть родильницы или ребенка после родов могут стать травмирующими для участников родильной бригады» [2]. Сюда же войдет и агрессия с насилием в адрес медицинского персонала. «Свидетельствование или участие в медицинских манипуляциях, не отвечающим потребностям роженицы, тоже оценивается как травматичные роды» [125]. Даже «отсутствие диагноза или сомнение в медицинском решении, ощущение, что медик не способен помочь роженице или ребенку» [41] может стать стрессором для персонала.

Возможность травматичных событий на родах вызывать вторичный травматический стресс у медицинского персонала изучается зарубежными учеными только последние 15 лет [49; 62; 73; 108; 109; 112]. Доказано «долгосрочное влияние на психическое здоровье, профессиональную и личную идентичность врачей акушеров-гинекологов» [93; 99; 103]. «Вторичный травматический стресс может привести к эмоциональному дистрессу, проблемам со сном, негативно влиять на работу всей больницы из-за невыходов врачей на работу, привести к снижению уверенности в себе и

медицинским ошибкам» [58; 92]. Медицинский персонал может испытывать «чувство вины, самообвинения и неуверенности в себе, даже если они знали, что не виноваты и неблагоприятные исходы нельзя было предотвратить» [109; 111].

В 2022 вышел систематический обзор работ, касающихся вторичного травматического стресса [127]. Он рассматривал «8630 медицинских работников возрастом от 18 до 77 лет, работающих в США, Великобритании, Дании, Швеции, Израиле, Уганде, Австралии и Новой Зеландии. Респонденты сообщали, что 85% из них являлись свидетелями травматичных родов. У 13–39% были симптомы вторичного травматического стресса. Исследование 27 врачей акушеров – гинекологов в 2020 в США выявило симптомы вторичного травматического стресса у 75% респондентов» [84]. Самыми распространенными симптомами были тревога (81%), чувство вины (62%), проблемы со сном (58%). В «британском исследовании 2020 года 30% врачей акушеров-гинекологов перестало принимать роды после травмирующего события» [117]. Последствия «вторичного травматического стресса могут привести к злоупотреблению служебным положением, вызвать профессиональное выгорание с потерей мотивации, снизить эмпатию и качество оказываемой помощи пациентам» [115; 124]. Исследователи обнаружили, что «более эмпатичные медицинские работники подвержены большему риску вторичного травматического стресса» [114; 133].

Был выявлен ряд последствий вторичного травматического стресса, которые не включены в диагноз, но влияют психоэмоциональное состояние и качество работы медицинского персонала:

– «страх перед судебным иском и разбирательствами. Акушерки сообщали, что судебный процесс заставлял их «каждый день заново переживать травму». Кроме того, по правилам судебного разбирательства они не могли поговорить с родителями или выразить сожаление по поводу того, что произошло, что не давало им возможности завершить для себя этот травматичный опыт» [47; 49];

- изменения в практике. «Травматические роды могут повлиять на то, как врачи будут вести себя в родах в последующем. Также могут вызвать негативные изменения в их работе. Например, врачи могут стать более медикализованными, назначать кесарево сечение при первых признаках проблемы или, наоборот, из-за страха избегать какие-то практики» [81];
- «потеря веры в естественность родов. После травмирующих родов акушерки могут потерять веру в роды как естественный и благополучный процесс» [47; 49]. Диссонанс между идеальными представлениями и реальными практиками ведения родов могут привести к кризису веры в медицинскую систему. В британском исследовании 11 студенток-акушеров сообщили, что «обучение акушерству бросает вызов их представлениям об акушерстве» [68];
- потеря эмпатии. В неосознаваемой попытке защитить свою психику медики могут стать отстраненными и уйти в себя. Эмоциональная отстраненность может быть ярким симптомом вторичного травматического стресса [47]. Такие ситуации, как мертворождение, могут снижать эмпатию, вызывать чувство вины у медицинских работников и проявлять симптомы посттравматического стрессового расстройства [128]. Это является большой проблемой, поскольку отношения со своими пациентами важны и врачам и особенно медсестрам и акушеркам. Они повышают удовлетворенность работой. Но у эмпатии есть и обратная сторона медали - увеличение риска вторичного травматического стресса. Кроме того, отстраненность и безразличие может стать психотравмирующим фактором для рожениц, которые могут чувствовать себя не имеющим никакой ценности и значимости объектом [47].

Персонал родильных отделений испытывает постоянный многофакторный стресс, что оказывает сильное влияние на их удовлетворенность работой. Когда в родах «происходит что-то неблагоприятное, все усилия персонала и руководства направляются на

решение вопросов с пациентами, не задумываясь о состоянии самих медиков» [83]. Такие действия руководства могут усиливать вторичный травматический стресс. Психическое состояние врачей оказывает прямое влияние на показатели, которые очень заботят руководство. Это качество работы и удержание персонала. Последствия вторичного травматического стресса часто приводят «к увеличению медикализации родов, что влияет и на расходы клиники и на опыт пациентов. Увольнение персонала после травматических родов тоже негативно сказывается на прибыли больницы» [80].

Конструкт моральной травмы, о которой мы уже говорили, позволяет лучше понять состояния, испытываемые врачами после травматических родов. Количество исследований моральной травмы у медиков резко увеличилось во время пандемии COVID-19. Медицинские работники «были возмущены политикой, направленной на предотвращение заражения COVID-19, в результате которого матери рожали в одиночку и разлучались с детьми» [2; 76]. Чтобы зафиксировать эти реакции в рамках акции COST Европейского Союза создал веб-сайт для сотрудников родильных отделений [76]. Это было не официальное исследование, а набор рассказов медицинского персонала о том, как запрет на оказание надлежащей помощи пациентами привел к появлению моральной травмы. В 2020 году была опубликована Шкала симптомов морального вреда для медицинских работников [87].

Признано, что хоть конструкт моральной травмы частично и совпадает с посттравматическим стрессовым расстройством, но имеет ключевые отличия в симптомах, которые не подпадают под диагноз посттравматического стрессового расстройства МКБ-10 и МКБ-11.

Симптомы моральной травмы [79]:

– стыд и вина - люди могут осуждать себя и почувствовать себя преданными. Тяжелые события, такие как мертворождение, могут ослабить эмпатию, заставить медработников чувствовать себя виноватыми и проявлять симптомы посттравматического стрессового расстройства. Признание чувства вины способствует самопрощению и

выздоровлению. Медикам необходимо, чтобы их чувство вины было признано;

- самооценка, отношения и мировоззрение - люди могут считать себя неполноценными или слабыми. Человек, переживший моральную травму, уже не верит ни в справедливый мир, ни в то, что люди от природы добрые;

- потеря доверия самой системе здравоохранения. Это особенно характерно для акушерок и медсестер, которые часто просто лишены возможности как-то пожаловаться на несоответствующее поведение врачей, и могут быть уволенными за проявление своего мнения;

- потеря веры - люди, пережившие моральную травму, могут отказаться от ранних религиозных убеждений, сообщают о духовных страданиях и чувствуют себя непрощенными, что увеличивает риск самоубийства;

- уход из профессии. Бэк и Гейбл обнаружили, что акушерки увольняются, чтобы защитить свое психическое здоровье [48]. Опрос 329 сотрудников госпиталей показал, что «28% врачей и 49% медсестер уже уволились или собиралась это сделать, имея высокий уровень моральной травмы» [39].

В мае 2022 года был опубликован обзор исследований, касающихся вторичного травматического стресса и моральной травмы у врачей акушеро-гинекологов, акушерок и медицинских сестер родильных отделений [80]. Нашлось 40 статей. Вторичной и моральной травмы касались только 16 из них. Полученные результаты показали, что не менее 25% персонала родильных отделений столкнулись со вторичным травматическим стрессом. Частота моральных травм осталась неизвестна, но было выдвинуто предположение, что конструкт моральной травмы может описать не только опыт ветеранов боевых действий, но и ряд переживаний, о которых сообщали медики. При этом негативные последствия могут иметь не только действия, но и бездействие.

Целый ряд исследований показал, что медикам, прямо или косвенно связанным с травмой и внезапной смертью, необходимы доступные для всех формальные и неформальные системы поддержки медицинских работников, такие как разбор полетов, групповая поддержка, профессиональное консультирование [1; 80; 89; 100]. Врачам необходима информация и о том, как они могут лучше поддержать столкнувшегося с травматическим опытом пациента, и о том, как они могут позаботиться о своем психологическом благополучии. К сожалению, в рамках российской системы обучения врачей акушеров-гинекологов (равно, как и других) не предусмотрено никаких ни теоретических, ни практических программ, касающихся влияния врачебной практики на психологическое состояние медика [30; 31]. В рамках курса «Психиатрия», который читается всем врачам, тема психоземotionalного травмирования врачей тоже не освещается. У врачей нет информации о том, что такое вторичный травматический стресс или моральная травма.

1.3 Теоретические подходы изучения осознанности личности в отечественной и зарубежной психологии

Известно, что станет событие травматичным или нет, зависит не от самого события, а от возможностей человека справиться с этим событием и его последствиями [18]. Это в свою очередь зависит от способности личности контролировать и регулировать свои состояния. Такие способности связывают с осознанностью (mindfulness). Существует много подходов к пониманию осознанности. Дж. Кабат-Зинн определяет осознанность как «произвольное обращение внимания на происходящее здесь и сейчас, без осуждения, от момента к моменту» [79]. Это способность безоценочно воспринимать свое тело, чувства и эмоций в настоящем моменте, не погружаясь в мысли о прошлом и будущем. Концепция осознанности встречается в буддистских,

исламских, даосских и христианских текстах. Об осознанности писали Г.И. Гурджиев, К. Кастанеда, П.Д. Успенский, Н. и Е. Рерихи.

В гештальт-терапии осознание ключевое понятие и базовое условие личностного развития человека. Ф. Перлз ввел понятие «awareness», подразумевающее не осознание ума-разума, а «пребывание в процессе сосредоточенного внимания, включающее восприятие совокупности текущего чувственного опыта, свободное от размышления» [15]. Осознанность «исцеляет сама по себе, поскольку приводит к оптимальной саморегуляции и позволяет принимать успешное решение» [15]. Фредерик Перлз считал, что «из-за низкой осознанности люди имеют склонность находиться в так называемой «промежуточной зоне фантазий», теряя контакт с настоящим, с самим собой и миром» [24]. Еще одно определение «осознание - это средство сохранения себя в происходящем» [25] принадлежит Ирвину и Мириам Польстер. Они считают, что «концентрация внимания не на настоящем, а на прошлом или будущем - есть путь к невротизации и проблемам. Осознанность не возникает сама по себе, она является результатом специально организованного опыта» [25].

В восточных духовных традициях осознанность является особым состоянием, достигаемым медитацией. Исследование осознанности как определенного состояния сознания задача нейронаук. В психологической науке осознанность рассматривается как «когнитивно-личностный стиль индивида» [27]. Большая роль отводится освоению позиции наблюдателя, то есть способности мысленно отделять себя от доминирующих мыслей или эмоций. Такой навык помогает принимать более адекватные решения и совершать более адекватные действия. «Осознание субъективности внутренней картины мира является эффективным средством совладания с различными формами психологического стресса — тревогой, страхами, раздражением, гневом, руминациями» [27]. Часто такие формы стресса совмещаются с неблагоприятными копинговыми стратегиями, такими как избегание, отрицание, фиксация на негативных переживаниях.

«Состояние не-ума позволяет войти в пространство внутренней красоты, обеспечивает позитивное восприятие мира, в конфликте исключает умственную реакцию осуждения» [15]. Такая способность видеть красоту мира и своего бытия в нем особенно важна для работы с последствиями психотравмы, так как травма сужает видение человека, фокусируя все его внимание на негативном событии.

«Осознанность как проявление целостности человека и интегрированный подход к развитию ресурсов человека является частью телесно-ориентированной психологии, например, биоэнергетики А. Лоуэна, и методов структурной интеграции» [15]. Фокусировка внимания на телесные ощущения считается первым шагом к осознанности и происходит за счёт перевода внимания на дыхание, движения, ощущения. Человек обретает себя через осознание того, что происходит с его телом.

Осознанность является одним из «принципов жизни зрелой личности» [21; 28] в теориях личностного роста. Личностный рост является следствием способности человека нести ответственность за свою жизнь, доверять людям, любить, отстаивать свое мнение и так далее. Это увеличивает свободу выбора и обогащает личность. И это также связано с осознанностью. По словам Перлза «без осознавания невозможен выбор» [24]. Оно дает человеку «наилучшую картину имеющихся в его распоряжении ресурсов и открывает возможность действий» [24]. В гештальт-подходе осознавание «помогает восстановить способность к интеграции» [25]. Взаимосвязь уровня осознанности и личностного роста в контексте нашей проблематики может способствовать формированию посттравматического роста.

В отечественной психологии первыми об осознанности писали С.Л. Рубинштейн и Л.С. Выготский. Позднее их идеи развивал А.Ю. Агафонов. Концепция осознанности была интерпретирована О.Д. Пуговкиной и проанализирована О.С. Прилепских, И.И. Кобзаревой [17; 26; 27; 29]. О.Д. Пуговкина, З.Н. Шильникова определяют осознанность как способность человека намеренно жить «в настоящем моменте с полным вниманием к

внутренним психическим и физическим процессам и состояниям, не осуждая и не отрицая настоящий момент, не давая оценку внутренним и внешним процессам, не привязываясь к прошлому или будущему, но уделяя внимание переживанию каждого мгновения» [27]. И считают эту способность важным фактором стрессоустойчивости и психологического благополучия. В.Калашников определяет осознанность как «способностью предвидеть последствия своих решений и действий» [10]. Осознанность дает возможность убрать автоматизм привычных, но неблагоприятных реакции в стрессовых ситуациях, и заменить их на новые – благоприятные. Это крайне важный навык и для профилактики, и для преодоления последствий вторичного травматического стресса.

В западной психологии термин осознанность неоднократно дополнялся и переформулировался. Постепенно проявились три важных аспекта осознанности: внимательное отслеживание и полное осознание текущих событий; особое – безоценочное - отношение к происходящим событиям, текущему опыту; особый, осознанный стиль регуляции своих действий. Этот подход лег в основу «Пятифакторного опросника осознанности» (Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ) Рут Баэр соавторы [6; 42]. «Все аспекты осознанности положительно коррелирует с психологическим благополучием и обратно связаны с нейротизмом, наличием депрессивной симптоматики, склонностью концентрироваться на негативных событиях прошлого» [6].

Концепция осознанности «является сутью когнитивно-поведенческих подходов «Mindfulness based stress reduction program» (MBSR, снижение стресса на основе осознанности и медитации), «Mindfulness based cognitive therapy» (МВСТ, когнитивная терапия, основанная на осознанности), а также диалектической поведенческой терапии» [27]. Когнитивно-поведенческая терапия имеет доказанную высокую эффективность в лечении тревожных и депрессивных расстройств.

1.4 Теоретический анализ исследований, посвященных вторичному травматическому стрессу и его связи с уровнем осознанности медиков

Большинство существующих исследований рассматривает психоэмоциональное состояние представителей социально-экономических профессий в контексте эмоционального выгорания [5; 8; 11; 14; 34; 100]. Хотя за последние пять лет в базе агрегатора PubMed было проиндексировано 1 137 статей, в названии которых присутствует термин «compassion fatigue» (усталость от сострадания), а за предыдущее пятилетие — 420 статей, что свидетельствует об актуализации темы [22; 101]. Термин «усталость от сострадания» встречается намного чаще, чем «вторичный травматический стресс». Анализ результатов исследований показал прямую связь выгорания и стажа. У вторичного травматического стресса наоборот — молодые специалисты подвержены травматизации сильнее [46]. Предполагается, что это может быть связано с еще недостаточным навыком справляться с трудными ситуациями и меньшей личной устойчивостью в силу возраста. Российских работ, исследующих вторичный травматический стресс, намного меньше [7; 20; 22].

В фокусе внимания большинства исследований, посвященных состоянию медицинских работников, находится средний медицинский персонал: медсестры или акушерки [39; 44-47; 49; 50; 52; 61; 64; 66-68; 77; 82; 135]. Среди врачей чаще всего те, кто работает в неотложной помощи, интенсивной терапии и онкологии [100]. Исследований, посвященных именно вторичному травматическому стрессу и именно у врачей акушеров-гинекологов в российской психологии нами не найдено вообще [2]. Из зарубежных есть лишь несколько работ, полностью посвященных именно врачам акушерам-гинекологам [71; 84]. Это не идет ни в какое сравнение с объемом изучения вторичного травматического стресса у среднего

медицинского персонала. В мета-анализе исследований, проведенных с 2009 по 2020 год из 925 респондентов врачей акушеров-гинекологов только 13 [116]. Возможно, это связано с точкой зрения, что медсестры и акушерки значительно больше контактируют с пациентами, чем врачи, больше подчиняются и имеют меньше влияния на процесс лечения или оказания помощи, а значит подвержены большему риску травматизации, чем врачи. Исследование 2016 года было специально посвящено сравнению опыта врачей акушеров-гинекологов и акушеров, в нем не обнаружено значимой разницы в уровне травматизации у этих двух категорий [110].

Вторичный травматический стресс чрезвычайно распространен во многих странах мира. По текущим оценкам он затрагивает 25–35% рабочей силы. И эта тревожная статистика фактически игнорируется руководителями системы здравоохранения [80]. Показатели вторичного травматического стресса, связанной с родами, различаются по странам. Например, в Швеции и Нидерландах очень низкие показатели. Напротив, показатели в других промышленно развитых странах, таких как США или Турция, намного выше. Среди нидерландских акушеров-гинекологов 13% показали признаки вторичного травматического стресса, в то время как их английские коллеги – 31% [41; 45; 117]. Частота вторичного травматического стресса у медработников отражает частоту послеродового посттравматического стрессового расстройства у матерей. В таких странах, как Швеция и Нидерланды, уровни низкие для обеих психотравм, а в США и Турции – высокие [44; 54; 80; 127, 135]. Это свидетельствует о том, что психическое здоровье медицинских работников имеет важное значение, и его решение положительно повлияет на опыт матерей. Еще один вполне закономерный факт, подтвержденный исследованиями: различия в показателях вторичного травматического стресса, зависят от системы здравоохранения соответствующей страны, особенно характеристик родильного дома и условий работы [52; 86; 118; 127].

Не только какие-либо действия персонала могут привести к травматизации. Моральная травма может произойти и в случае бездействия. Ощущение своей беспомощности, неспособность остановить действие может привести к таким негативным последствиям, как посттравматическое стрессовое расстройство, депрессия и суицидальные наклонности [132]. Это знание помогает понять реакцию медсестер и акушерок в исследовании Бэк и Гейбла, где темой была «агония по поводу того, что должно было быть сделано» [50]. Они описывают глубокий стыд и вину, которые преследуют медицинских работников, когда они задаются вопросом, что они могли бы сделать по-другому, чтобы защитить матерей, находящихся на их попечении. Шей исследовал неравенство полномочий, особенно между врачами и медсестрами, и рассматривал моральную травму, сочетающую в себе «иерархическую власть и предательство доверия» [113]. МакГиббон связал моральную травму с «отсутствием власти у медсестер в гендерной иерархии больницы» [90].

Исследование Шерил Бэк [47] продемонстрировало нам следующую картину симптомов. У 24–29% респондентов со вторичным травматическим стрессом наиболее распространенными были симптомы вторжения. Многие вспоминали яркие образы, запахи или звуки родов, которые пошли не так. Вторым по частоте симптомом были негативные изменения настроения и когнитивных функций. Медсестры сообщали об ощущении отчужденности от своих переживаний и сосредоточенности на функциональных обязанностях. Привычными становятся чувства вины и беспомощности, а также депрессивные состояния. Третьим блоком являются симптомы гипервозбуждения, гнев и раздражительность, саморазрушительное поведение, постоянное ощущение тревоги, проблемы со сном и концентрацией внимания. Еще одним проявлением является избегание. Все медсестры в исследовании сообщили, что стали избегать вещей, напоминающих о травматичном эпизоде. Например, конкретной палаты или типа рожениц. Некоторые избегали изображения родов или крови по ТВ или

в кино. Некоторые уволились после травмирующих родов [47]. Эта картина подтверждается другими исследованиями и самой концепцией вторичного травматического стресса.

Исследования разных групп медиков выявили факторы, увеличивающие риск развития вторичного травматического стресса. Один из них - это личный травматический опыт респондентов. Исследования студентов-медиков показывают, что неблагоприятный детский опыт может повысить уязвимость. Опрос 118 студентов-врачей показал, что 50% испытали по крайней мере один неблагоприятный детский опыт, который, по их мнению, мог повлиять на устойчивость [52]. Исследование 698 китайских студенток-медсестер подтвердило этот факт: 19% респонденток сообщили о жестоком обращении в детстве, которое снизило их устойчивость и способность противостоять стрессу [72]. Эмоциональное пренебрежение также негативно влияет на уровень стрессоустойчивости. Имеют значение и такие семейные дисфункции, как плохая коммуникация и негативные отношения с родителями, отсутствие социальной поддержки. Студентки-акушерки, в анамнезе которых было насилие в семье, сталкивались со вторичным травматическим стрессом в два раза чаще. И на 90% чаще – если был личный опыт травмы. Имеющийся психиатрический диагноз утраивал риск [44].

Следующий фактор – это личные установки и мировоззрение. Негативные личные убеждения повышают уязвимость ко вторичному травматическому стрессу. Турецкое исследование показало, что студентки-акушерки, неудовлетворенные своей специальностью или желавшие сменить профессию, подвергались вторичному травматическому стрессу в 2,8 – 4 раза чаще [44]. Беспокойство, тревога и жесткая самокритика тоже повышали уязвимость ко вторичному травматическому стрессу в исследовании медсестер в Австралии, даже после учета возраста, пола, текущей тревоги и депрессии, а также удовлетворения состраданием [61; 67].

И, как мы уже видели, показатели вторичного травматического стресса зависят от системы здравоохранения соответствующей страны. Особенно от

характеристик роддома и условий работы. Риск развития симптомов вторичного травматического стресса выше у тех, кто часто сталкивается с травматическими перинатальными случаями [54; 127].

Анализ результатов исследований [1; 80; 89; 100; 105] демонстрирует «ключевые потребности врачей в теме профилактики и совладания со вторичным травматическим стрессом:

- создание поддерживающей, а не обвиняющей акушерской культуры. Дестигматизация потребности в помощи и поддержке после травматического события. Нормализация и пропаганда важности психологического здоровья для врачей;
- регулярное и обязательное обучение медицинских работников способам профилактики и преодоления психотравмирующих событий;
- возможность рассказать о событии вскоре и получить поддержку от коллег, руководства и специально обученного человека сразу после травматичного инцидента. Возможность взять отдых для того, чтобы прийти в себя» [2].

Обзор исследований позволил выявить следующие факторы, влияющие на снижение уровня вторичного травматического стресса:

- индивидуальные навыки совладания (копинг-стратегии) и стрессоустойчивость [68; 115; 129];
- наличие баланса между работой и домашними делами защищало от негативных эмоций и чувств. Респонденты, способные разделять личную и профессиональную жизнь, рассматривали семью как защитный фактор [68; 115; 129];
- поддержка коллег - она способствует восстановлению профессиональной самооценки после травмы [128]. Избегание или молчание со стороны коллег негативно влияет на выздоровление [49; 128]. Еще одно исследование акушеров- гинекологов показало, что 91% из них хотели бы получить поддержку на рабочем месте после травмирующих событий [117]. Отмечалась важность возможности

поделиться переживаниями с кем-то из старших коллег и в поддерживающем профессиональном кругу непосредственно вскоре после травматичного события [80];

– регулярное обучение медицинского персонала практическим навыкам профилактики и снижения уровня травмы. Во всех работах, где были рассмотрены программы и меры по профилактике и помощи медикам, получившим вторичный травматический стресс (равно как и викарную травму) была установлена важность поддержки на организационном уровне [1; 80; 83]. Ряд исследований заключает, что терапевтические вмешательства при содействии психологов, направленные на медицинских работников, должны быть направлены на развитие навыков управления своим поведением, эмоциональным состоянием и снижением уровня дистресса [64; 94; 95]. При этом фактически нигде ничего не было реализовано. У Абсолон и Крюгер [37] описана только одна программа, помогающая медсестрам справиться со вторичным травматическим стрессом. Медсестры отделения гинекологической онкологии амбулаторного лечения сформировали группу поддержки. Группа поддержки собиралась ежемесячно на 1 час перед работой. Ею возглавил социальный работник, который был сертифицированным специалистом по вторичному травматическому стрессу. Цели группы поддержки заключались в том, чтобы «выявить факторы стресса при уходе за больными гинекологическим раком и изучить стратегии преодоления последствий усталости от сострадания в нашей жизни» [37];

– переосмысление убеждений. Если пережившие травму смогут изменить свое мнение о событии, они смогут признать, что сделали все, что могли в данных обстоятельствах. Переосмысление убеждений о себе может помочь им восстановить связь с другими. В датском исследовании 49% врачей акушеров-гинекологов и 50% акушеров сообщили, что травматические роды заставили их больше задумываться

о смысле жизни. 65% считают, что они стали лучшей акушеркой или врачом из-за травматического инцидента, демонстрируя явление, именуемое посттравматическим ростом [110].

Несмотря на все «негативные изменения в жизни человека, которые может принести с собой вторичный травматический стресс, в тех случаях, когда человек способен справиться с его последствиями, травматичный опыт становится базой для личного и профессионального роста» [110].

Существует много зарубежных методик для оценки вторичного травматического стресса. Одной из наиболее известных является «Secondary Traumatic Stress Scale» (STSS), разработанная Брайдом в 1999 году [54; 122]. Три ее субшкалы оценивают уровень реакций вторжения, избегания и физиологической возбудимости. Адаптирована Малкиной-Пых как «Шкала оценки вторичного травматического стресса» [20]. Фигли соавторы разработал в 2006 году краткую шкалу усталости от выгорания «Compassion Fatigue-Short Scale» (CFSS). Опросник самооэффективности при вторичной травме «Secondary trauma self-efficacy» (STSE) позволяет оценить способность справляться со сложными ситуациями, возникающими в результате работы с травмированными клиентами и с симптомами самого вторичного травматического стресса [63]. Перлман создала шкалу убеждений о травме и привязанности «Trauma and Attachment Belief Scale» (TABS). Шкала убеждений Института травматического стресса «TSI Belief Scale» (TSI-BSL) измеряет викарную травму, а опросник самостестирования на усталость от сострадания «Compassion Fatigue Self-Test» (CFST) – вторичный травматический стресс. Нами также найден опросник «Burnout, Compassion fatigue and Vicarious trauma», позволяющий оценить состояние по 3 субшкалам – выгорание, вторичный травматический стресс и викарная травма. Соратник Фигли Штамм разработала шкалу «Professional Quality of Life» (ProQOL)- профессионального качества жизни, которая в настоящий момент имеет отдельную форму для медицинских работников ProQOL Health с вариантом на русском языке [98]. Она позволяет измерить уровень выгорания, вторичного

травматического стресса, моральной травмы, удовлетворенности от сострадания, а также количество поддержки.

К сожалению, лишь малое количество опросников адаптировано в России или хотя бы дают возможность свободно ознакомиться с методикой и ключом. Для нашей работы мы выбрали опросник «Шкала оценки вторичного травматического стресса» (STSS), поскольку он пока единственный из существующих был адаптирован для отечественной психодиагностики.

Анализ научных работ на тему осознанности показал, что осознанность является «мощным неспецифическим фактором психологического благополучия, более высокого уровня удовлетворенности жизнью, жизнестойкостью» [55], а также «позитивной самооценкой, эмпатией, оптимизмом, компетентностью, самоконтролем» [56]. Выявлена отрицательная связь между «осознанностью и депрессией, нейротизмом, руминациями, когнитивной реактивностью, тревожностью» [27]. Навыки осознанности благотворно влияют на эффективность работы и уровень удовлетворенностью ею. На нейрофизиологическом уровне выявлена сильная связь между активностью префронтальной коры и миндалины и высоким уровнем осознанности. Респонденты с низким уровнем осознанности такой связи не показали. Можно предположить, что люди «с более развитой осознанностью способны лучше регулировать свои эмоциональные реакции за счет активности префронтальной коры и ингибирования активности в области миндалины» [27]. «Активность миндалины, медиальной префронтальной и теменной областях мозга во время сосредоточения респондента на своих ощущениях также показали обратную корреляцию с осознанностью. А высокий уровень выраженности симптомов депрессии показал прямую сильную связь с активностью в этих областях» [124]. Гиперактивность миндалины также характерна и при посттравматическом стрессовом расстройстве [33].

Конструкт осознанности сначала изучался на респондентах с психическими и соматическими заболеваниями [32], а затем начал

рассматриваться как фактор, влияющий на эффективность и психологическую надежность трудовой деятельности. Исследования показывают, что осознанность играет важную роль в оптимизации деятельности, подверженной регулярному стрессу [1]. Тренинги развития навыков осознанности «способствуют снижению тревоги, депрессии, профессионального выгорания и повышают психологическое благополучие у медицинского персонала. Выявлена обратная корреляция осознанности и стрессовых состояний у учащихся медицинских колледжей и уже работающих медбратьев и медсестер. Похожие результаты обнаружены и у врачей на разных этапах их профессионализации» [4]. Специалисты «в области психического здоровья показывали самые значимые результаты, поскольку в силу своей профессии обладают большими возможностями применения навыков осознанности» [3].

Однако нами не было обнаружено исследований, рассматривающих взаимосвязь осознанности и вторичного травматического стресса и/или влияние уровня осознанности на работу врачей акушеров-гинекологов. Это еще раз подтверждает важность, ценность и научную новизну нашего исследования.

Выводы по первой главе

Анализ исследований подтвердил, что врачи акушеры-гинекологи, принимающие роды, подвержены риску вторичного травматического стресса, а в системе здравоохранения не предусмотрено мер для профилактики и помощи врачам, столкнувшимся со вторичным травматическим стрессом. При этом психоэмоциональное состояние врача может негативно повлиять на качество выполнения им профессиональных обязанностей и стать травмирующим фактором для пациентов с долгосрочными последствиями, как для самой роженицы, так и для ее ребенка и всей семьи, включая еще не рожденных детей. Нами не обнаружено отечественных исследований, изучавших вторичный травматический стресс у врачей акушеров-гинекологов

родильного отделения, а зарубежных исследований на эту тему - единицы. Это подтверждает научную актуальность, ценность и новизну нашей работы.

Ключевые причины почему мы считаем важным исследовать вторичный травматический стресс именно у врачей акушеров-гинекологов родильного отделения (а не акушеров или врачей-неонатологов) заключаются в следующем:

- в системе родовспоможения, существующей в России, именно врач акушер-гинеколог руководит процессом ведения родов, принимает ключевые решения и несет основную ответственность за жизнь и здоровье роженицы и ребенка в родах. Его профессиональные и личные качества имеют самое сильное влияние на происходящее в родах;
- фигура врача исторически воспринимается пациентом как более авторитетная и значимая, чем медсестра или акушерка. Поэтому и степень влияния врача на психоэмоциональное состояние пациента сильнее;
- руководящие позиции, такие как главный врач родильного дома и заведующий родильным отделением, занимают тоже именно врачи акушеры-гинекологи. И их психоэмоциональное состояние может влиять на работу всего отделения или родильного дома.

Таким образом мы видим, что мероприятия, направленные на профилактику, диагностику и коррекцию вторичного травматического стресса у врачей акушеров-гинекологов родильного отделения важны не только для самих медработников, но и для здоровья всего населения в целом. Для преодоления последствий вторичного травматического стресса нужны действия сразу на нескольких уровнях: личном, профессиональном и организационном (системном).

Анализ работ, посвященных теме осознанности, показал ее влияние на способность человека справляться с травматическим опытом и возможность трансформации травмы в посттравматический личностный рост. Выявлена прямая связь осознанности и большей удовлетворенностью жизнью, более

высоким уровнем самоконтроля, лучшей самооценкой и психологическим благополучием. Поскольку в медучреждениях на организационном уровне не предусмотрено никаких мероприятий по профилактике и совладанию со вторичным травматическим стрессом, уровень осознанности врачей начинает играть ключевую роль.

Анализ научных работ на тему осознанности показал, что осознанность является «мощным неспецифическим фактором психологического благополучия, более высокого уровня удовлетворенности жизнью, жизнестойкостью» [55], а также «позитивной самооценкой, эмпатией, оптимизмом, компетентностью, самоконтролем» [56]. Выявлена отрицательная связь между «осознанностью и депрессией, нейротизмом, руминациями, когнитивной реактивностью, тревожностью» [27].

Все это подтверждает обоснованность и актуальность изучения нами уровня осознанности у врачей акушеров-гинекологов, переживающих вторичный травматический стресс. В связи с тем, что в отечественной психологии нет работ на эту тему, подтверждается и научная новизна нашего исследования.

Глава 2 Эмпирическое исследование взаимосвязи вторичного травматического стресса и уровня осознанности личности врачей акушеров-гинекологов

2.1 Организация и методы исследования

Исследование взаимосвязи вторичного травматического стресса с уровнем осознанности личности проводилось с сентября 2023 года по октябрь 2024 года. Исследование включало в себя несколько этапов, с определенными целями и задачами.

На первом этапе (сентябрь 2023 года – май 2024 года) нами были выдвинуты гипотезы исследования, определены цель и задачи, необходимые для изучения гипотез. Был определен объект и предмет исследования, подготовлен список литературы.

Целью исследования является изучение взаимосвязи вторичного травматического стресса и уровня осознанности у врачей акушеров-гинекологов родильного отделения.

Были выдвинуты следующие гипотезы:

- врачи акушеры-гинекологи родильных отделений подвержены большему риску получения вторичного травматического стресса, чем врачи акушеры-гинекологи, в обязанности которых не входит ведение родов;
- общий уровень осознанности и ее отдельные компоненты (осознанность действий, безоценочность, нереагирование) взаимосвязаны с силой вторичного травматического стресса.

В соответствии с целью и гипотезами были поставлены следующие задачи исследования:

- теоретически обосновать важность изучения вторичного травматического стресса у врачей акушеров–гинекологов родильного отделения и его взаимосвязи с уровнем осознанности;
- подобрать диагностический инструментарий для оценки вторичного травматического стресса и уровня осознанности личности;
- эмпирически оценить уровень и взаимосвязь вторичного травматического стресса и осознанности у врачей акушеров–гинекологов в основной и контрольной группах;
- разработать рекомендаций по профилактике и преодолению вторичного травматического стресса для врачей акушеров–гинекологов и предоставить их респондентам.

Был проведен теоретический анализ концепций вторичного травматического стресса и осознанности (mindfulness), изучены имеющиеся отечественные и иностранные научные работы, исследования и литература по исследуемому вопросу. На основе полученных данных нами был составлен план эмпирического исследования, подобран валидный психодиагностический инструментарий, методы сбора и обработки данных, подготовлено информационное согласие респондента и составлена «Социально–демографическая анкета респондента».

На втором этапе исследования (июнь 2024 года – июль 2024 года) для сбора необходимого числа респондентов, подходящих для репрезентативной и однородной выборки, был проведен опрос врачей акушеров–гинекологов, работающих в сети медицинских клиник «Медси», «Скандинавия АВА–Петер», родильного дома ГБУЗ ЛО "Всеволожская КМБ". Участие в исследовании было анонимным и добровольным. Анкета и опросники заполнялись через google–форму. Получено согласие на участие в исследовании. Респонденты были разделены на две группы: основную (врачи акушеры–гинекологи, принимающие роды) и контрольную (врачи акушеры–гинекологи, не принимающие роды). Каждая группа состоит из 30 человек (5

мужчин, 25 женщин). Возраст участников исследований от 27 до 62 лет, стаж от 1 года до 39 лет.

Для достижения поставленных задач и подтверждения выдвинутых гипотез нами применялись следующие методы исследования: теоретический анализ литературы по проблеме исследования; метод эмпирического исследования; методы математико–статистического анализа данных.

В исследовании использовались следующие методики:

- «Шкала оценки вторичного травматического стресса» (STSS) в адаптации И.Г. Малкиной–Пых;
- «Пятифакторный опросник осознанности» (FFMQ), в адаптации Н.М. Юмартовой и Н.В. Гришиной;
- «Шкала экзистенции» А. Лэнгле;
- «Опросник посттравматического роста» (PTGI) в адаптации М.Ш. Магомед–Эминова;
- «Социально–демографическая анкета респондента», направленная на сбор данных, потенциально влияющих на психоэмоциональное состояние врача акушера–гинеколога.

Рассмотрим выбранные нами методики более подробно.

Шкала «Secondary Traumatic Stress Scale» (STSS) была разработана в 1999 году Брайаном Е. Брайдом и Чарльзом Р. Фигли соавторы [54; 122]. И.Г. Малкина–Пых адаптировала ее в 2000–х годах и назвала «Шкала оценки вторичного травматического стресса» – ШОВТС [20]. Чтобы избежать путаницы со «Шкалой оценки влияния травматического события», которая в литературе встречается тоже под аббревиатурой ШОВТС, мы используем название «Шкала оценки вторичного травматического стресса» (STSS). Три субшкалы опросника оценивают уровень реакций вторжения, избегания и физиологической возбудимости. Субшкала «Вторжение» помогает выявить у респондента такие особенности реакции на травматическое событие, как флешбеки, навязчивые мысли и воспоминания, ночные кошмары. Субшкала «Избегание» направлена на выявление симптомов избегания, таких как

попытки снизить или исключить переживания, связанные с травматической ситуацией, вплоть до отрицания произошедшего события и/или связанных с ним психологических реакций. С помощью субшкалы «Физиологическое возбуждение» можно выявить психофизиологические реакции респондента на травмирующее событие. Это может быть агрессия и раздражительность, психофизиологическое возбуждение, проблемы со сном, гипертрофированную реакцию испуга, проблемы с концентрацией внимания, повышенную тревожность.

Опросник состоит из 17 вопросов. Респонденту «предлагается внимательно прочитать каждое утверждение, затем определить и отметить, насколько оно являлось верным для него в течение последних семи дней. Варианты ответов: никогда, редко, иногда, часто и очень часто. Они соответствуют балльным показателям: 1, 2, 3, 4, 5» [20]. Ключ к опроснику приведен в таблице 1.

Таблица 1 – Ключ к опроснику «Шкала оценки вторичного травматического стресса» (STSS) в адаптации И.Г. Малкиной–Пых

Показатель	Пункты
Субшкала «Вторжение»	2, 3, 6, 10, 13
Субшкала «Избегание»	1, 5, 7, 9, 12, 14, 17
Субшкала «Физиологическая возбудимость»	4, 8, 11, 15, 16

Общий балл синдрома вторичной травматизации (СВТ) – сумма баллов трех субшкал. Уровень вторичного травматического стресса разбивается на 5 категорий: нет или малый (28 баллов и меньше), мягкий (29–37 баллов), умеренный (38–43 балла), высокий (44–48 баллов), сильный (49 и выше).

«Пятифакторный опросник осознанности» (Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ) был разработан Рут Баэр в 2006 году, и адаптирован для отечественной психодиагностики Н.М. Юмартовой и Н.В. Гришиной [35].

В нем осознанность оценивается «по 5 субшкалам:

- наблюдение – здесь оценивается склонность человека обращать внимание и концентрироваться на внутренних и внешних стимулах (телесных ощущениях, запахах, звуках, визуальных стимулах, своих мыслях и эмоциях);
- описание – здесь оценивается способность человека описывать словами свои ощущения, мысли, чувства, эмоции. Обнаружено, что этот аспект осознанности имеет выраженную отрицательную связь с алекситимией, руминацией, нейротизмом, склонностью концентрироваться на негативном опыте и наличием депрессивной симптоматики. Существует положительная связь со способностью самодистанцироваться (видеть себя со стороны) и психологическим благополучием;
- осознанная деятельность – в ней оценивается способность человека осознавать свои действия в настоящий, сосредотачиваться и удерживать свое внимание на них, не отвлекаясь на посторонние мысли. Низкий уровень осознанной деятельности проявляется как действия «на автопилоте», быстрая потеря концентрации внимания, «витание в облаках» или своих фантазиях. Выявлена обратная связь с руминацией, подавлением мыслей, интроспекцией (самокопанием), квазирефлексией, нейротизмом, алекситимией, депрессивной симптоматикой, фиксации на негативном опыте. Прямая связь с психологическим благополучием и ориентацией на будущее (отражающей целеустремленность и планирование);
- безоценочность – здесь оценивается навык принимать свои мысли и эмоции без оценки и деления на «плохие–хорошие». Этот навык напрямую связан с умением управлять эмоциями, отсутствием самокопания и бессмысленных рассуждений «а что, если бы...». У него так же существует обратная корреляция с подавлением эмоциональной экспрессии, руминацией, подавлением мыслей, алекситимией,

тревожностью, депрессивной симптоматикой. Выявлена положительная связь с показателями психологического благополучия;

– нереагирование – оценивается тенденцию не увлекаться мыслями и эмоциями, не погружаться в них, умение сознательно выбирать свои реакции, независимо от эмоциональной оценки ситуации» [35].

В опроснике 39 вопросов. Респонденту «предлагается ответить на вопросы, отмечая наиболее подходящий вариант. Варианты ответов: никогда или очень редко, редко, иногда, часто, очень часто или почти всегда. Они соответствуют балльным показателям от 1 до 5. Отметка R означает обратный вопрос» [35]. Ключ к опроснику приведен в таблице 2.

Таблица 2 – Ключ к «Пятифакторному опроснику осознанности» (FFMQ), в адаптации Н.М. Юмартовой и Н.В. Гришиной

Показатель	Пункты
Наблюдение	1, 6, 11,15, 20, 26, 31, 36
Описание	2,7, 12R, 16R, 22R, 27, 32, 37
Осознанность действий	5R, 8R, 13R, 18R, 23R, 28R, 34R, 38R
Безоценочность	3R, 10R, 14R, 17R, 25R, 30R, 35R, 39R
Нереагирование	4,9,19,21,24, 29,33

Общий балл состоит из суммы баллов всех субшкал. Для каждой субшкалы и итогового результата есть отдельные нормативы (таблица 3).

Таблица 3 – Нормативы «Пятифакторного опросника осознанности» (FFMQ), в адаптации Н.М. Юмартовой и Н.В. Гришиной

	Общий балл	Наблюдение	Описание	Осознанность действий	Безоценочность	Нереагирование
Ниже нормы	120 и ниже	21 и ниже	27 и ниже	22 и ниже	22 и ниже	17 и ниже
Норма	121–144	22–29	28–35	23– 30	23– 33	18–24
Выше нормы	145 и выше	30 и выше	36 и выше	31 и выше	34 и выше	25 и выше

«Шкала экзистенции» А. Лэнгле, в адаптации И.Н. Майнина и А.Ю. Васалова [13; 16]. Опросник измеряет экзистенциальную исполненность (термин В. Франкла), субъективно ощущаемую человеком, и является субъективной оценкой респондента своей жизни и всех ее составляющих. Многие из оцениваемого в опроснике могут быть соотнесены с понятием осознанности личности и иметь взаимосвязь с навыками человека преодолевать последствия психотравмы. Опросник «состоит из 7 субшкал:

- самодистанцирование измеряет способность создания внутреннего свободного пространства. Измерение находится между двумя полюсами: отсутствие свободного внутреннего пространства/ создание внутренней дистанции по отношению к себе. Человек, обладающий способностью к самодистанцированию, может отодвинуть свои желания, представления, чувства и намерения, чтобы взглянуть на себя и на ситуацию с некоторой дистанции, более объективно» [13];
- «самотрансценденция измеряет способность понимать себя, свои чувства, состояния, отличать важное для себя от неважного, формировать внутренние личные ценности. Измерение располагается между полюсами: эмоциональная необязательность/ способность ощущать ценности, быть затронутым эмоционально» [13];
- «свобода измеряет способность решаться. Измерение располагается между полюсами: способность решаться (взгляд на свободные пространства)/ неспособность принимать решения и действовать. Субшкала охватывает способность находить реальные возможности действия, создавать из них иерархию в соответствии с их ценностью и приходить к персонально обоснованному решению. Эта способность зависит и от особенностей личности (таких как сила, концентрация, мужество, способность отграничиваться и вступаться за собственное) и от имеющихся возможностей ситуации, которые важно разглядеть, чтобы быть в состоянии что-то выбрать» [13];

– «ответственность измеряет обязательное «пойти на что–то». Измерение располагается между полюсами: необязательность / персональная включенность или чувство долга. Это способность доводить до конца решения, принятые на основании личных ценностей или чувства долга, своих обязательств. Ответственность является основой для формирования стабильной самооценности. Показатели субшкалы указывают также и на способность выдержать жизненные испытания» [13];

– «персональность измеряет насколько человек открыто воспринимает мир и себя самого. Измерение располагается между полюсами: раскрытие Бытия (доступность)/ закрытость. Низкие показатели могут говорить о том, что базовые персональные способности блокированы и не используются. Субшкала является суммой Самодистанцирования и Самотрансценденции» [13];

– «экзистенциальность измеряет способность включаться в жизнь, быть ее активным участником. Измерение располагается между полюсами: решительная включенность/ нерешительное, затрудненное решительно пускаться в мир. Субшкала описывает способность человека ориентироваться в этом мире, приходить к решениям и ответственно воплощать их в жизнь, меняя ее в лучшую сторону. Является суммой субшкал Свобода и Ответственность» [13];

– «исполненность показывает, насколько наполнена смыслом жизнь человека. Измерение располагается между полюсами: жизнь, субъективно ощущаемая как неисполненная/ экзистенция, ощущаемая как исполненная. Это итоговый показатель, образуемый суммой Персональности и Экзистенциальности. Это способность человека справляться с самим собой и миром, умение идти на внутренние и внешние требования и предложения, соотнося их с собственными ценностями» [13].

В опроснике 46 вопросов. Респонденту «предлагается оценить, насколько ему подходят приведенные утверждения, не обращая внимания на небольшие ситуативные отклонения. Варианты ответов: верно; верно с небольшими ограничениями; скорее верно; скорее неверно; неверно с небольшими ограничениями; неверно. Им соответствуют баллы от 1 до 6» [13]. Ключ к опроснику в таблице 4.

Таблица 4 – Ключ к «Шкале экзистенции» А. Лэнгле

Шкала	Количество вопросов	Пункты в прямом значении	Пункты в обратном значении
Самодистацирование (SD)	8	3,5,19,32,40,42,43,44	
Самотрансценденция (ST)	14	4,11,12,13,14,27,33,34,35,41,45	2,21,35
Свобода (F)	11	9,10,17,18,23,24,28,31,46	15, 26
Ответственность (V)	13	1,6,7,8,16,20,22,25,29,30,37,38,39	
Персональность (P)		SD+ST	
Экзистенциальность (E)		F+V	
Исполненность (G)		P+E	

Для каждой субшкалы существуют отдельные нормативы. Показатели по каждой субшкале делятся на 3 категории: низкие, очень высокие и те, что между ними, с указанием среднего. Промежуток между низкими и очень высокими баллами можно отнести к норме. В таблице 5 указаны нормативы опросника.

Таблица 5 – Таблица норм «Шкалы экзистенции» А. Лэнгле

Шкала	Ниже нормы	Норма	Выше нормы
Самодистацирование	25 и ниже	26-42	43-48
Самотрансценденция	57 и ниже	58-81	82-84
Свобода	36 и ниже	37-58	59-66
Ответственность	40 и ниже	41-70	71-78
Персональность	85 и ниже	86-123	124-132
Экзистенциальность	80 и ниже	81-127	128-144
Исполненность	168 и ниже	169-249	250-275

«Опросник посттравматического роста» (Posttraumatic Growth Inventory, PTGI) был разработан в 1996 году Р. Тадеша и Л. Калхауном, для отечественной диагностики модифицирован М.Ш. Магомед-Эминовым [23]. Данная методика позволяет оценить то положительное влияние, которое может оказать на личность человека переработанный травматический опыт. Опросник содержит 5 субшкал, которые соответствуют аспектам посттравматического роста, выявленным в ходе исследований [60; 85; 121]:

- «отношение к другим;
- новые возможности;
- сила личности;
- духовные изменения;
- повышение ценности жизни» [23].

Плюс шестая шкала – общего посттравматического роста. Предполагается, что после преодоления травматического опыта человек меняется в своих ценностях, взглядах на себя, мир, других людей. «Отношение к другим изменяется в сторону большей открытости, благожелательности, сострадания. Появляется ощущение новых возможностей, новых интересов, желание изменений. Человек начинает чувствовать большую уверенность в себе, чувствовать силу, чтобы справляться с трудностями. Начинает лучше понимать духовные проблемы других людей. Повышается ценность жизни вообще и каждого момента жизни в частности» [23]. Изменения, происходящие с человеком, вышедшим в посттравматический рост не обязательно касаются всех этих аспектов. Степень проявления индивидуальна.

Опросник для оценки посттравматического роста предлагает 21 утверждение, с вариантами ответов: «1 – во мне не произошло никаких перемен после этой ситуации; 2 – во мне произошли перемены в очень малой степени после этой ситуации; 3 – во мне произошли перемены в малой степени после этой ситуации; 4 – во мне произошли перемены в умеренной степени после этой ситуации; 5 – во мне произошли перемены в большой степени

после этой ситуации; 6 – во мне произошли перемены в очень большой степени после этой ситуации» [23]. Ключ к опроснику расположен в таблице 6.

Таблица 6 – Ключ «Опросника посттравматического роста» (PTGI) в адаптации М. Ш. Магомед-Эминова

Показатель	Количество вопросов	Пункты
Отношение к другим	7	6, 8, 9, 15, 16, 20, 21
Новые возможности	5	3, 7, 11, 14, 17
Сила личности	4	4, 10, 12, 19
Духовные изменения	2	5, 18
Повышение ценности жизни	3	1, 2, 13

Оценка по каждой шкале «осуществляется путем суммарного подсчета баллов. Баллы распределяются таким образом: не произошло никак перемен – 0 баллов; в очень малой степени – 1 балл; в малой степени 2 балла; в умеренной степени – 3 балла; в большой степени – 4 балла; в очень большой – 5 баллов. Итоговый балл – Индекс Посттравматического Роста является суммой результатов всех субшкал. Обработка производится по «сырому» баллу» [23]. С помощью нормативной таблицы определяется интенсивность посттравматического роста по каждому фактору (таблица 7).

Таблица 7 – Таблица норм «Опросника посттравматического роста» (PTGI) в адаптации М. Ш. Магомед-Эминова

	Отношение к другим	Новые возможности	Сила личности	Духовные изменения	Повышение ценности жизни	Индекс ПР
Низкие значения	0–14	0–9	0–7	0–3	0–6	0–32
Средние значения	15–24	10–15	8–15	4–6	7–11	33–63
Высокие значения	25–35	16–25	16–20	7–10	12–15	64–105

Социально–демографическая анкета респондента, направленная на сбор данных, потенциально влияющих на психоэмоциональное состояние врача акушера–гинеколога. Например, возраст и стаж работы, суточные дежурства, количество рабочих часов и пациентов в месяц, опыт работы в «красной зоне» по время пандемии COVID–19, медикаментозное или инструментальное прерывание беременности пациенткам, личный опыт пережитого насилия, наличие регулярное психотерапии. Также респонденты отметили способы, которые им помогают справляться с психоэмоциональными проблемами сейчас и указали, чья поддержка, по их мнению, могла бы им помочь лучше всего.

Все респонденты перед заполнением опросников подписывали информированное согласие на участие в психологическом исследовании. Образец информационного согласия и специально разработанной анкеты расположен в Приложении.

Полученные данные обрабатывались при помощи методов математической статистики в пакете SPSS Statistics 23. Распределение частоты встречаемости признака было проверено при помощи критерия Колмогорова–Смирнова. Сравнение независимых выборок осуществлялось с помощью непараметрического U–критерия Манна–Уитни. Для выявления связей и закономерностей мы использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

На заключительном 4 этапе нашего исследования (август–сентябрь 2024) нами была составлена презентация «Памятка о вторичном травматическом стрессе» и разработаны практические рекомендации «Руководство по профилактике и совладанию со вторичным травматическим стрессом» для врачей акушеров–гинекологов. Из Памятки респонденты могут узнать о том, что такое вторичный травматический стресс, чем он отличается от других психоэмоциональных проблем (например, выгорания), какие существуют признаки, предикторы и протекторы у этого психологического состояния. Практические рекомендации составлены таким образом, чтобы

дать врачам максимально многоплановую информацию о персональных способах профилактики и преодоления вторичного травматического стресса. Руководство содержит общие рекомендации, телесные практики, практики развития осознанности, когнитивно–поведенческие упражнения и способы экстренной самопомощи сразу после травматического события. Также были проведены онлайн встречи на платформе ZOOM, где была представлена презентация, а у респондентов была возможность задавать вопросы, в том числе анонимно – через личные сообщения в чате. Памятка и практические рекомендации были высланы по электронной почте всем респондентам, отметившим в своих анкетах желание получить эти материалы.

2.2 Результаты исследования взаимосвязи вторичного травматического стресса и уровня осознанности личности

2.2.1 Результаты анализа социально–демографического анкетирования врачей акушеров–гинекологов

Сбор эмпирических данных у врачей акушеров–гинекологов и дальнейший анализ результатов проводился в течение 2 месяцев с июня по август 2024 года. Всего в нашем исследовании приняло участие 60 человек. Респонденты составили 2 равные группы – основную (врачи акушеры–гинекологи, принимающие роды) и контрольную (врачи акушеры–гинекологи, не принимающие роды). По 30 человек (25 женщин и 5 мужчин) в каждой группе. В тексте для краткости иногда мы будем называть респондентов основной группы «Акушеры», а контрольной – «Гинекологи».

В ходе анкетирования перед нами стояла задача собрать как можно больше информации о личных и профессиональных факторах, которые могут отражаться на психоэмоциональном состоянии врача. Рассмотрим и проанализируем основные характеристики респондентов в обеих группах (таблицы 8 и 9).

Таблица 8 – Основные характеристики врачей акушеров–гинекологов

Показатель		Основная группа, n=30	Контрольная группа, n=30	Все респонденты, n=60
Возраст	до 30	10%	3,3%	6,7%
	31–40	40%	53,4%	46,6%
	41–50	30%	30 %	30%
	старше 50	20%	13,3%	16,7%
Семейное положение	В браке	70%	66,7%	68,3%
	В разводе/вдовство	10%	10%	10%
	Свободен	20%	23,3%	21,7%
Стаж	менее 5 лет	10%	0%	5%
	5–10	20%	13,3%	16,7%
	11–15	16,7%	40%	28,4%
	16–20	10%	16,7%	13,3%
	21–25	20%	16,7%	18,3%
	26 и дольше	23,3%	13,3%	18,3%
ОПФР	Бюджетная	70%	6,7%	38,3%
	Коммерческая	26,7%	83,3%	55%
	Совмещает и там и там	3,3%	10%	6,7%
Кол–во раб.часов в месяц	до 50	0%	6,7%	3,3%
	51–100	0%	16,7%	8,3%
	120–150	0%	63,3%	31,7%
	151–200	63,3%	10%	36,7%
	201– 300	36,7%	3,3%	20%
Кол–во пациентов в месяц	до 49	46,6%	6,7%	26,67
	50–75	30%	6,7%	18,33
	76–100	6,7%	0,%	3,33
	120–140	0%	56,6%	28,33
	150 и больше	16,7 %	30 %	23,33

Возраст респондентов в основной группе от 27 до 62 лет, в контрольной – от 29 до 55 лет. В обеих группах больше всего респондентов находятся в возрасте от 31 до 40 лет (40% Акушеров и 53,3% Гинекологов), далее идет возрастной промежуток 41-50 лет (по 30% респондентов в каждой группе). Стаж респондентов в основной группе - от 1 года до 39, в контрольной – от 6 до 30 лет. В основной группе больше всего респондентов имеют стаж 21 год и больше (43,3%), в контрольной - от 11 до 20 включительно (56,7%), второй по распространенности период в основной группе – до 10 лет включительно, в контрольной – 21 год и больше (по 30% респондентов в каждой группе).

Подавляющее большинство респондентов в обеих группах состоят в браке (70% в основной и 66,7% в контрольной), здесь же учитывается и

гражданский брак. В каждой группе 10% состоят в разводе или вдовы. Остальные не состоят в отношениях на момент проведения опроса. В целом, мы можем заключить, что группы респондентов очень схожи по возрасту и семейному положению. По стажу работы по профессии схожесть не такая сильная, но тоже есть. Далее в нашей работе мы обязательно проверим наличие взаимосвязи между этими показателями и уровнем вторичного травматического стресса у наших респондентов.

Подавляющее большинство респондентов основной группы работают в государственных учреждениях (70%), в то время как в контрольной большинство работает в коммерческих клиниках (83,3%). Дальше в исследовании мы отдельно проверим возможную связь организационно-правовой формы работодателя с уровнем вторичного травматического стресса у врачей. Мы видим, что группы респондентов отличаются и по уровню рабочей нагрузки – количеству рабочих часов и пациентов в месяц.

Мы видим, что количество пациентов у группы Гинекологов значительно больше, чем у Акушеров, а количество рабочих часов у Гинекологов существенно меньше, что объясняется разницей профиля их работы: Акушеры принимают роды и в большинстве своем работают в графике «сутки через трое» и за 24 часа взаимодействуют с 2–3 роженицами, если это коммерческий роддом или 5–10, если государственный. Гинекологи же работают в большинстве своем с 5–8 часов в день, 5 дней в неделю, но за рабочий день могут принять 5–16 пациентов в день в коммерческой клинике и до 40 – 50 в государственной. Кроме того, одно из ключевых отличий в рабочей нагрузке между Акушерами и Гинекологами заключается в том, что респонденты из контрольной группы не дежурят сутками, в то время как в экспериментальной группе суточные дежурства есть у 83% (таблица 8Б). Далее мы проверим возможную связь этих показателей с уровнем вторичного травматического стресса.

Таблица 9 – Основные характеристики врачей акушеров–гинекологов

Показатель	Основная группа, n=30		Контрольная группа, n=30		Все респонденты, n=60	
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Имеют руководящую позицию	30%	70%	30%	70%	30%	70%
Суточные дежурства	83%	17%	0%	100%	42%	58%
Специализация на патологиях	83%	17%	23%	77%	53%	47%
Проводят прерывание беременности	20%	80%	13%	87%	17%	83%
Работа в "красной зоне" в пандемию	47%	53%	17%	83%	32%	68%
Имеют регулярную психотерапию	7%	93%	30%	70%	18%	82%
Личный опыт насилия (физического/сексуализированного/ психологического)	17%	83%	30%	70%	23%	77%
Диагностированное ментальное расстройство	7%	93%	20%	80%	13%	87%
Знакомы с понятием ВТС, способами профилактики и преодоления	20%	80%	23%	77%	22%	78%
Считают знание о ВТС и способах профилактики и преодоления важными для медиков	100%	0%	93%	7%	97%	3%

В обеих группах по 9 респондентов (30%) совмещают свою работу врачом акушером–гинекологом с административной (руководящей) позицией. Примерно равная картина и по прерыванию беременности у пациенток: 20% Акушеров проводят эту процедуру и 13% Гинекологов. Разница в том, что Гинекологи проводят только медикаментозный аборт (дают женщине таблетку), в то время как у Акушеров 4 респондентов из 6 проводят инструментальный аборт. Также мы просили респондентов отметить специализируется ли их место работа на патологии у женщины или ребенка (83% у Акушеров и 23% у контрольной группы), был ли у них опыт работы в «красной зоне» (47% у Акушеров и 17% Гинекологов), сталкивались ли они сами с насилием в своей жизни (17% Акушеры и 30% Гинекологи), диагностировалось ли какое–либо ментальное расстройство (7% Акушеры и 20% Гинекологи) и есть ли у них регулярная психотерапия (7% Акушеры и 30% Гинекологи). Перечисленные аспекты могут оказывать непосредственное влияние на психологическое состояние респондентов, и далее в нашей работе

мы проверим возможную взаимосвязь анкетных данных с результатами «Шкалы оценки вторичного травматического стресса».

Рассмотрим еще два важных вопроса нашей анкеты. Мы попросили участников исследования указать, знакомы ли они с понятием вторичного травматического стресса, знают ли его отличия от профессионального выгорания, способы профилактики и преодоления и считают ли они такие знания важными для медицинских работников. Мы видим, что 78% всех респондентов (80% Акушеров и 77% Гинекологов) не обладают никакой информацией о вторичном травматическом стрессе, при этом 97% всех респондентов (100% в группе Акушеров и 93% у Гинекологов) считают эти знания важными. Эти результаты уже подтверждают важность и актуальность нашего исследования и изучаемой темы.

Для лучшего представления об особенностях жизни респондентов мы попросили их отметить существующие сейчас и наилучшие желаемые источники поддержки в случаях психозэмоциональных проблем. В первом случае респонденты могли выбрать до 4 вариантов ответов, во втором – до 2. Полученные результаты представлены на рисунках 1 и 2.

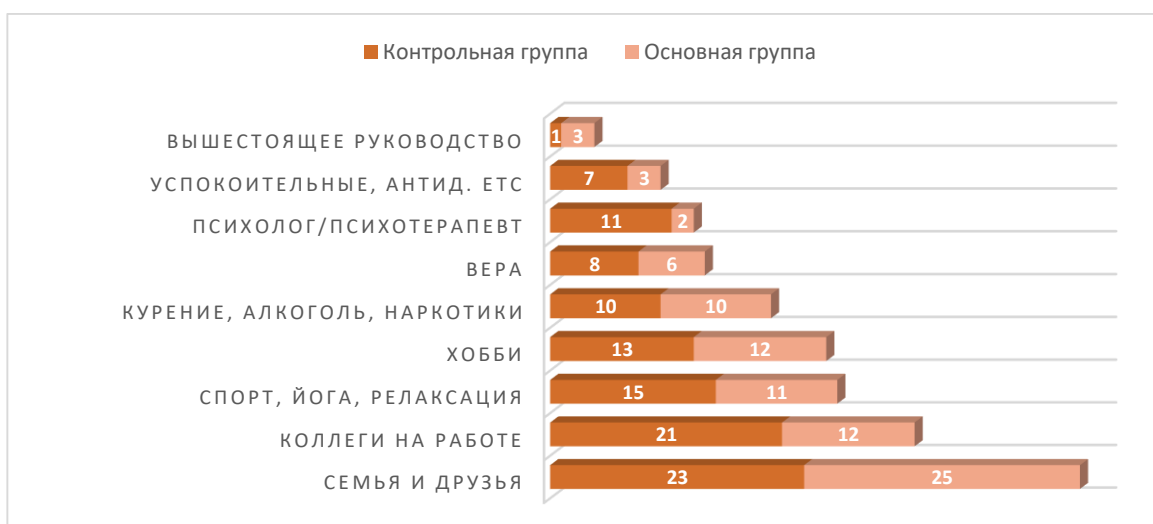


Рисунок 1 – Существующие источники поддержки у врачей акушеров-гинекологов (количество человек)

Интересно, что в первом случае поддержка коллег стоит на втором месте по частоте (у экспериментальной группы вместе с «хобби»), а поддержку психолога отметило только 7% Акушеров (последний по частоте вариант) и 37% Гинекологов, а во втором случае поддержка коллег спустилась на третье место, уступив личному психологу и психотерапевту (23% и 53%).

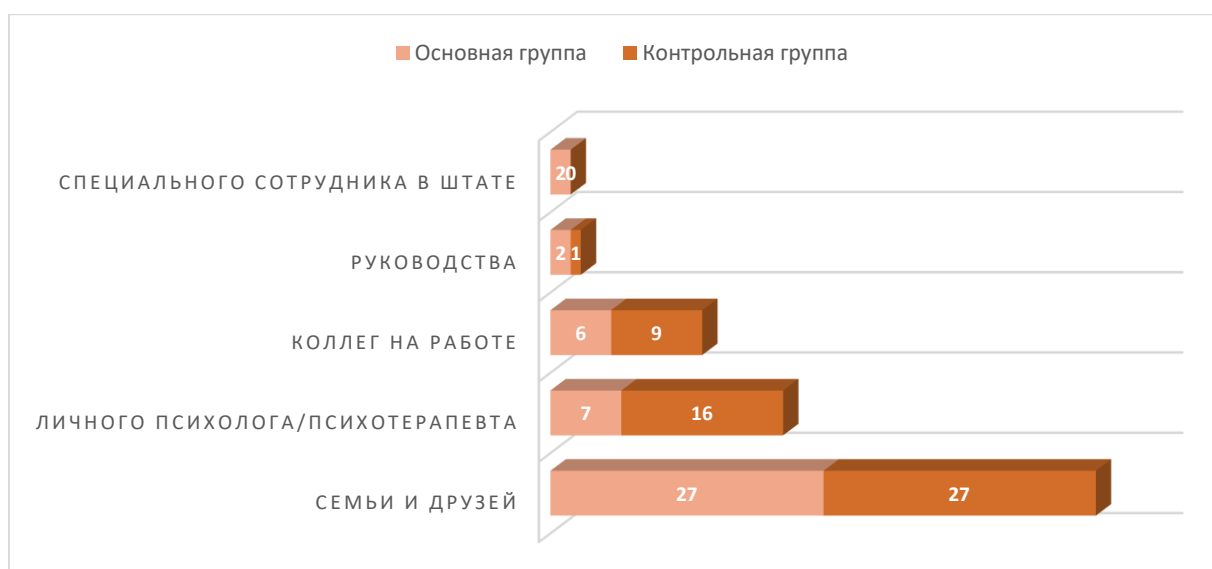


Рисунок 2 – Наилучшие источники поддержки у врачей акушеров-гинекологов (количество человек)

Вновь видим закономерность, в которой значимость психотерапевтической поддержки ярче выражена у контрольной группы. Мы помним, 30% респондентов из контрольной группы имеют регулярную личную терапию против лишь 7% в основной группе. Большое количество респондентов (33%) в обеих группах снимают психоэмоциональное напряжение при помощи курения, употребления алкоголя или наркотических средств. Хобби и спорт (включая практики релаксации и йогу) помогает 40% и 37% Акушеров и 43% и 50% Гинекологов соответственно. Анализируя результаты ответов, мы можем отметить, что в целом у врачей в обеих группах преобладают благоприятные стратегии получения поддержки. Отметим, какой низкий процент поддержки исходит от вышестоящего руководства, при том,

что именно руководство может оказывать очень большое влияние на условия работы медицинского персонала и атмосферу в коллективе.

2.2.2 Результаты исследования вторичного травматического стресса у врачей акушеров–гинекологов

Рассмотрим результаты ответов на опросник «Шкала оценки вторичного травматического стресса» (STSS) в адаптации И.Г. Малкиной–Пых (таблица 10).

Таблица 10 – Сравнение двух групп респондентов «Шкалы оценки вторичного травматического стресса»

Показатель	Группа респондентов (баллы)				U– критерий Манна– Уитни	Значимость различий
	Основная (n=30)		Контрольная (n=30)			
	среднее	ст. ошибка	среднее	ст. ошибка		
Вторжение	10,3	,6105	8,8	,4962	331	p<0,05*
Избегание	15,6	,7295	13,4	,6205	292	p<0,05*
Физ. возбудимость	12,1	,6789	11,2	,5326	337	p<0,05*
Общий балл СВТ	37,9	1,664	33,4	1,4147	306,5	p<0,05*

* Различия уровня признака в сравниваемых группах статистически значимы при $p < 0,05$

Полученные данные показывают статистически значимое отличие ($p < 0,05$) по всем показателям. Кроме того, мы видим, что все средние значения по шкалам и общему баллу в основной группе выше контрольной, что может служить подтверждением более высокого уровня вторичного травматического стресса у врачей акушеров–гинекологов, принимающих роды по сравнению с теми, кто не принимает.

Опросник позволяет оценить уровень вторичного травматического стресса по 5 категориям: нет или малый, мягкий, умеренный, высокий и очень высокий. В таблице 11 и на рисунке 3 мы видим распределение результатов опроса.

Таблица 11 – Уровень вторичного травматического стресса у врачей акушеров-гинекологов

Уровень ВТС	Основная группа, n=30	Контрольная группа, n=30	Все респонденты, n=60
Нет или малый	16,65%	33,3%	25%
Мягкий	33,3%	43,3%	38,3%
Умеренный	26,7%	13,3%	20%
Высокий	6,7%	3,4%	5%
Очень высокий	16,65%	6,7%	11,7%

Мы видим, что у контрольной группы показатель уровня «нет или малый» в 2 раза выше, чем у основной, а суммарный показатель по уровням «умеренный», «высокий» и «очень высокий» в 2 раза ниже.

Результаты опроса подтверждают первую гипотезу нашего эмпирического исследования: уровень вторичного травматического стресса у акушеров-гинекологов, работающих в родильных отделениях, выше, чем у врачей акушеров-гинекологов, не принимающих роды.

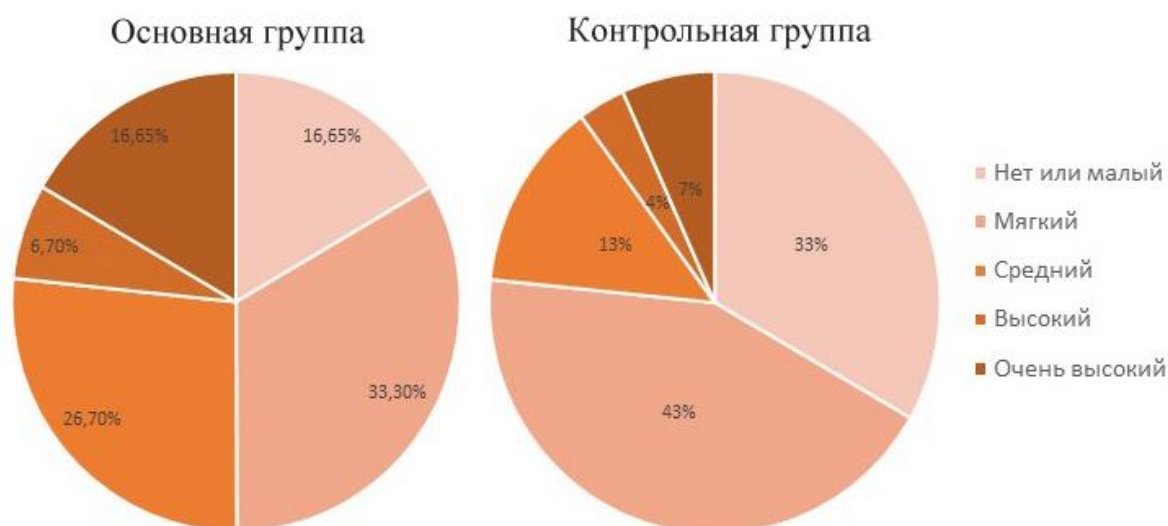


Рисунок 3 – Диаграммы распределения уровня ВТС в основной и контрольной группах

Отметим также, что в группе «все респонденты» показатель малого уровня вторичного травматического стресса или его отсутствия лишь у 25%

опрошенных. Это вновь подтверждает важность и актуальность поднятой нами темы.

Для анализа преобладающих проявлений вторичного травматического стресса мы используем средние арифметические результаты по субшкалам (общий балл за субшкалу/ на количество вопросов в ней). Результаты показаны в таблице 12.

Таблица 12 – Средние показатели субшкал «Шкалы оценки вторичного травматического стресса»

Уровень ВТС	Основная группа, n=30			Контрольная группа, n=30		
	Вторжение	Избегание	Физ. возбудимость	Вторжение	Избегание	Физ. возбудимость
Нет или малый	7,6	7,2	7,8	14,2	14,8	16,8
Мягкий	18	19,2	21,2	21,4	24,3	29,8
Умеренный	15,8	20,2	19,8	9,2	8,5	10,6
Высокий	5,8	5	5	2,6	2,7	3
Очень высокий	14,6	14,4	18,4	5,6	6,1	7
Общий балл СВТ	61,8	66	72,2	53	56,4	67,2

В контрольной группе признаки вторичного травматического стресса ярче всего проявляются через аспекты физиологической возбудимости, такие как агрессия и раздражительность, психофизиологическое возбуждение, проблемы со сном, гипертрофированная реакция испуга, проблемы с концентрацией внимание, повышенная тревожность. На втором месте признаки избегания, которое может проявляться через снижение или исключение переживаний, связанных с травматической ситуацией, вплоть до отрицания произошедшего события и/или связанных с ним психологических реакций. Исключение составляет умеренный уровень, где симптомы вторжения выражены сильнее, чем избегание.

В основной группе мы видим, что симптомы физиологической возбудимости тоже проявлены достаточно ярко. Они выше других в общей сумме, на очень высоком, мягком и малом уровнях. Но также сильны симптомы вторжения (они лидируют на высоком уровне и стоят на втором месте в очень высоком уровне). Из этого мы можем сделать вывод, что вторичный травматический стресс действительно может оказывать сильное влияние на личные и профессиональные качества врачей, а также на их работоспособность в целом.

У контрольной группы малый и мягкий уровень выше по всем субшкалам. В то время, как у основной везде выше уровни «умеренный», «высокий» и «очень высокий». При этом у контрольной группы все уровни вторичного травматического стресса выше всего в категории «Физиологическая возбудимость», а у основной группы в «Физиологической возбудимости» выше всего малый, умеренный и очень высокий уровни, средний уровень выше в категории «Избегание», а высокий во «Вторжении». Это может говорить нам о важности внимательного отношения респондентов к своему физиологическому состоянию, поскольку вторичный травматический стресс у них очень сильно проявляется именно на этом уровне. Следующим шагом в работе с последствиями вторичного травматического стресса может стать осознание существующих проблем, поскольку признаки избегания также имеют высокие результаты.

2.2.3 Результаты исследования уровней осознанности и экзистенциальной исполненности у врачей акушеров–гинекологов

Уровень осознанности личности и его взаимосвязь с уровнем вторичного травматического стресса является одним из ключевых вопросов нашего исследования. Для оценки уровня осознанности у респондентов мы использовали «Пятифакторный опросник осознанности» (FFMQ),

адаптированный Н.М. Юмартовой и Н.В. Гришиной. Рассмотрим полученные результаты.

В Таблице 13 приведены результаты сравнительного анализа двух групп респондентов. Полученные данные показывают статистически значимое отличие ($p < 0,05$) по субшкале «Описание» и различия на высоком уровне статистической значимости ($p < 0,001$) по всем остальным показателям. Сравнение среднего по всем субшкалам и общему баллу показывает, что у контрольной группы (Гинекологи) уровень осознанности в целом выше, чем в основной. Мы можем увидеть, что по общему баллу осознанности врачи в контрольной группе имеют более высокие значения, чем их коллеги в основной.

Таблица 13 – Сравнение двух групп респондентов по «Пятифакторному опроснику осознанности» (FFMQ)

Показатель	Группа респондентов (баллы)				U– критери й Манна– Уитни	Значимос ть различий
	Основная (n=30)		Контрольная (n=30)			
	среднее	ст. ошибка	средне е	ст. ошибка		
Наблюдение	22,4	,8965	27,2	1,0153	221,5	p<0,01**
Описание	29,4	,8559	30,6	,7917	332	p<0,05*
Осознанность действий	28,9	1,2001	33,3	,8709	237,5	p<0,01**
Безоценочность	28,5	,9514	32,9	,9760	237,5	p<0,01**
Нереагирование	17,8	,8355	23,1	1,0327	207,5	p<0,01**
Общий балл	127,1	2,9736	145,9	3,870	215,5	p<0,01**

* Различия уровня признака в сравниваемых группах статистически значимы при $p < 0,05$

** Различия уровня признака в сравниваемых группах статистически значимы при $p < 0,001$

На данный момент мы можем заключить, что респонденты основной группы показали более высокие итоговые баллы по вторичному травматическому стрессу и более низкие итоговые баллы по уровню осознанности, чем респонденты контрольной группы (рисунок 4).

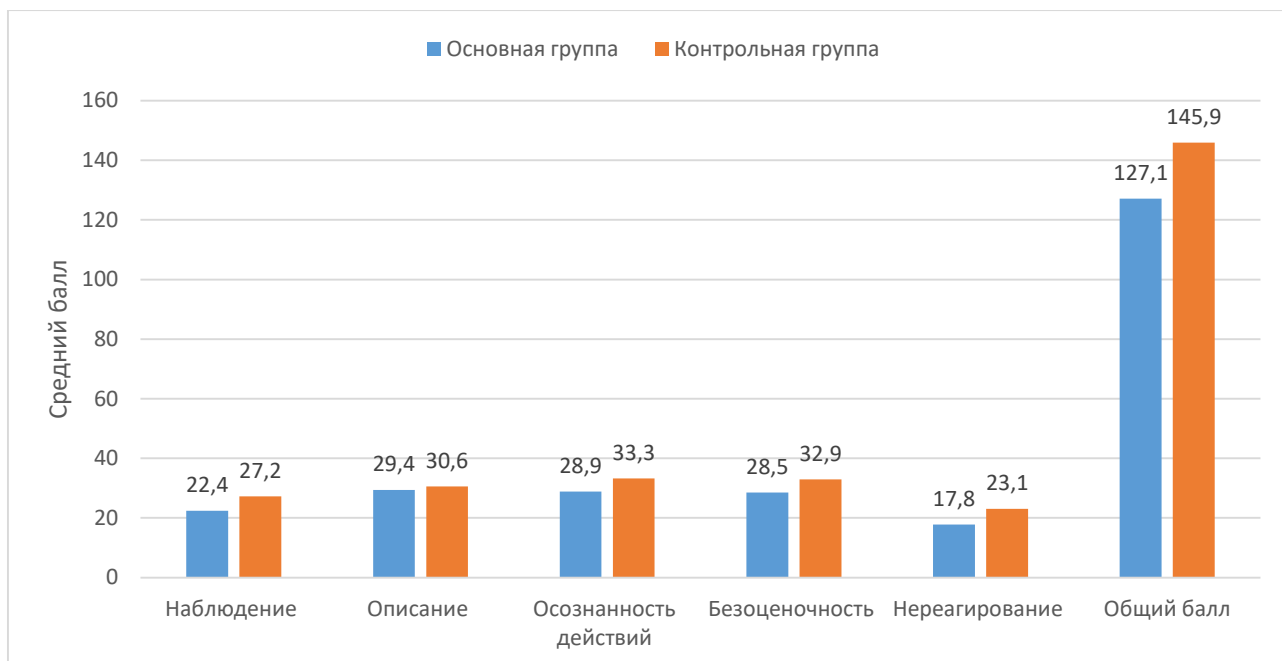


Рисунок 4 – Показатели среднего балла «Пятифакторного опросника осознанности» (FFMQ) по субшкалам и группам респондентов

Пятифакторный опросник осознанности по каждой субшкале и итоговому баллу делит результаты на 3 категории: ниже нормы, норма и выше нормы.

По итоговой сумме баллов и всем субшкалам, кроме «Описания», у контрольной группы выше уровень осознанности, превышающий норму и по всем субшкалам и итоговой сумме ниже низкий уровень. Наиболее высокий уровень осознанности все респонденты показали в субшкале «Осознанность действий», а затем в «Безоценочности». Можно предположить, что такие результаты связаны тем, что сама работа врачом акушером–гинекологом, уровень образования, необходимость регулярно принимать сложные решения, от которых зависит жизнь и здоровье сразу двух человек, требуют от респондентов умения осознавать свои действия и находиться в метапозиции.

Самые высокие проценты в категории «ниже нормы» и самые низкие проценты в категории «выше нормы» в основной группе приходятся на субшкалы «Наблюдение», «Описание» и «Нереагирование». Это может говорить о том, что респонденты, не смотря на высокие профессиональные

качества, могут испытывать сложности в понимании психоэмоциональных и психосоматических процессов, происходящих у них внутри. Возможно, у них хорошо отработан навык «собраться и принять профессиональное решение», но управлять своим психологическим состоянием им сложнее. В связи с этим, для развития осознанности респондентам прежде всего надо направить свое внимание на развитие навыков описания, наблюдения и нереагирования.

Для изучения особенностей личности респондентов, которые также могут быть связаны с понятием осознанности и иметь взаимосвязь с уровнем вторичного травматического стресса мы использовали «Шкалу экзистенции» А. Лэнгле. Результаты сравнения основной и контрольной групп респондентов приведены в таблице 14.

Таблица 14 – Сравнение двух групп респондентов опросника «Шкала экзистенции» А. Лэнгле

Показатель	Группа респондентов (баллы)				U– критерий Манна– Уитни	Значимос ть различий
	Основная (n=30)		Контрольная (n=30)			
	среднее	ст. ошибка	среднее	ст. ошибка		
Самодистанцирова ние	33,2	,9862	35,3	1,1558	341,5	p>0,05
Самотрансценденц ия	69,7	1,3672	72	1,2392	327	p<0,05*
Свобода	43,5	1,7339	51,6	1,6772	245	p<0,01**
Ответственность	51,9	2,0014	58,9	1,8812	326	p<0,05*
Персональность	102,8	2,0714	107,3	2,0856	336	p<0,05*
Экзистенциальност ь	95,5	3,5686	110,5	3,4068	265	p<0,01**
Исполненность	198,3	4,9373	217,7	4,9675	274	p<0,01**

* Различия уровня признака в сравниваемых группах статистически значимы при $p < 0,05$

** Различия уровня признака в сравниваемых группах статистически значимы при $p < 0,001$

Полученные данные показывают статистически значимое отличие ($p < 0,05$) по субшкалам «Самотрансценденция», «Ответственность», «Персональность» и различия на высоком уровне статистической значимости ($p < 0,001$) по субшкалам «Свобода», «Экзистенциальность» и «Исполненность». Контрольная группа снова демонстрирует более высокие

средние баллы по всем субшкалам. Мы видим, что итоговые баллы (субшкала «Исполненность») врачей контрольной группы стабильно выше (рисунок 5).

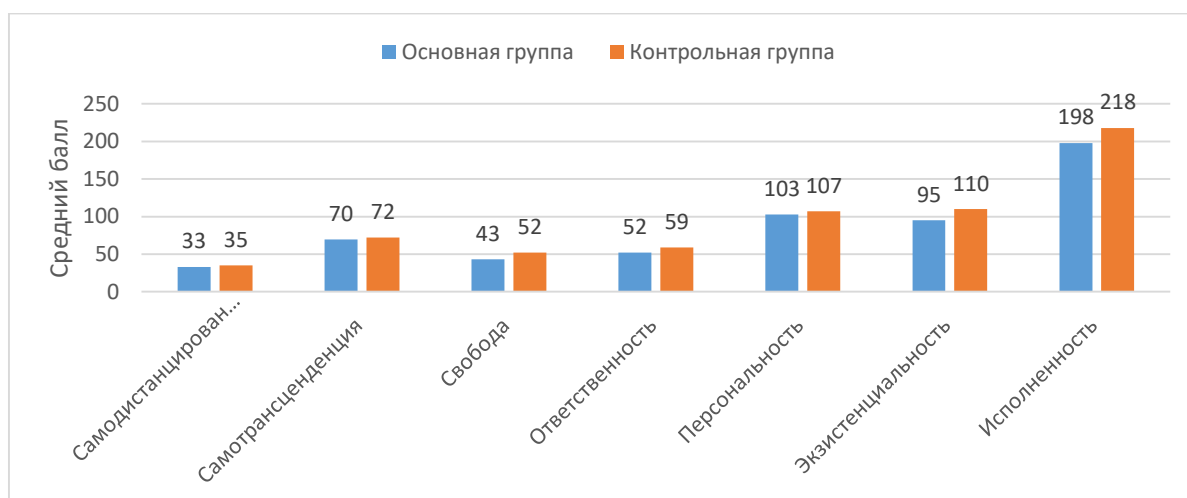


Рисунок 5 – Средний балл «Шкалы экзистенции» А. Лэнгле по субшкалам и группам респондентов

Это повторяет результаты пятифакторного опросника осознанности и шкалы оценки вторичного травматического стресса и может свидетельствовать о том, что у респондентов контрольной группы более благоприятное психоэмоциональное состояние.

Показатели в Шкале экзистенции А. Лэнгле по каждой субшкале делятся на 3 категории: низкие, очень высокие и те, что между ними, с указанием среднего. Для лучшей систематизации возьмем промежуток между низкими и очень высокими показателями за норму. Тогда низкие показатели обозначим категорией «ниже нормы», а очень высокие – «выше нормы». В целом большинство респондентов обеих групп демонстрируют нам результаты в пределах нормы. Чаще всего результаты ниже нормы у основной группы встречаются в субшкалах «Свобода», «Ответственность» и «Экзистенциальность». В то время, как у контрольной группы в этих субшкалах самые высокие показатели в категории «выше нормы», а результатов ниже нормы нет вообще. Показатель «Свобода» говорит о способности человека решаться на действия и принятие решений.

Отметим, что у врачей основной группы в субшкале «Осознанность действий» процент ответов ниже нормы так же был равен 23, а врачи контрольной группы в этой субшкале продемонстрировали самый высокий процент ответов в категории «выше нормы» и один из самых низких в категории «ниже нормы». Это же мы видим и в субшкале «Свобода». Показатель «Ответственности» ниже нормы может говорить о том, что человек не чувствует своего влияния на то, что происходит в его жизни. Ему может быть трудно выдерживать сложные ситуации, активно преодолевать трудности, справляться с теми вызовами, что приносит жизнь. Он может чувствовать себя наблюдателем, не несущим никакой ответственности за происходящее с ним. Показатель «Экзистенциальность» так же измеряет способность человека быть автором своей жизни, активно включаться в решение проблем и задач, и является суммой «Свободы» и «Ответственности», поэтому низкий уровень баллов по ним влияет на его итог.

Чтобы проверить наше предположение о том, что у респондентов с низкими показателями «Свободы» и «Ответственности» так же будут низкие показатели субшкалы «Осознанность действий» и высокие показатели уровня вторичного травматического стресса, мы посмотрели, кому принадлежат эти результаты (таблица 15).

Таблица 15 – Респонденты основной группы с самыми низкими показателями «Свободы» и «Ответственности»

Респондент	Общий балл СВТ	Осознанность действий	Свобода	Ответственность	Экзистенциальность
A018	57**	22*	23*	32*	55*
A014	54**	26	28*	32*	60*
A011	37	26	35*	36*	71*
A027	45**	20*	35*	36*	71*
A016	33	16*	33*	40*	73*
A019	56**	20*	36*	38*	74*
A025	42**	21*	38	39*	77*
A010	49**	24	33*	57	90

*показатели ниже нормы по субшкале

** показатели высокого и сильного уровня вторичного травматического стресса

Мы видим, что только у одного респондента (A011) с низкими показателями «Свободы» и «Ответственности» не совпадают с низким уровнем субшкалы «Осознанность действий» и высоким – у вторичного травматического стресса. Хотя и у него «Осознанность действий» лишь немного превышает нижний порог нормы (23 балла). У трех респондентов (A018, A027 и A019) прослеживается тенденция по всем показателям. Интересно, что у респондента A016 при низких показателях субшкал «Осознанность действий», «Свобода», «Ответственность» и «Экзистенциальность», выявлен мягкий уровень вторичного травматического стресса (33 балла). Возможно это связано с тем, что респонденту 27 лет и в силу достаточно молодого возраста недостаточно развит навык осознанности, способности нести ответственность и принимать решения.

Показатель «Самотрансценденция» описывает способность человека разбираться в своих чувствах, его эмпатичность, наличие системы внутренних ценностей и умение соотносить их с внешними ценностями. В основной группе ни у одного из респондентов этот показатель не попадает в категорию «выше нормы», что может говорить о том, что для них актуален вопрос развития навыка понимания себя, своих чувств и состояний. Что перекликается с результатами «Пятифакторного опросника осознанности» (FFMQ).

Анализ результатов «Пятифакторного опросника осознанности» (FFMQ) и «Шкалы экзистенции» А. Лэнгле показал, что показатели врачей основной группы стабильно ниже показателей контрольной. И что необходимо уделить свое внимание развитию навыков осознания своих чувств и состояний, умению не погружаться в свои мысли и эмоции, сознательному выбору своей реакции на ситуацию, способности принимать решения, действовать и нести ответственность за свои поступки.

2.2.4. Результаты исследования посттравматического роста у врачей акушеров–гинекологов

Для выявления возможного посттравматического роста и его связи с уровнем осознанности личности мы использовали «Опросник посттравматического роста» (PTGI) в адаптации М. Ш. Магомед–Эминова. Опросник содержит 5 субшкал: отношение к другим; новые возможности; сила личности; духовные изменения; повышение ценности жизни и итоговый Индекс Посттравматического роста (ПР), который является суммой всех субшкал. Результаты делятся 3 уровня: низкие, средние и высокие значения.

Результаты сравнения основной и контрольной групп респондентов приведены в таблице 16.

Таблица 16 – Результаты сравнения основной и контрольной групп респондентов «Опросника посттравматического роста» (PTGI)

Показатель	Группа респондентов (баллы)				U– критери й Манна– Уитни	Значимос ть различий
	Основная (n=30)		Контрольная (n=30)			
	среднее	ст. ошибка	средне е	ст. ошибка		
Отношение к другим	10	1,6992	9,6	1,3369	221,5	p<0,01**
Новые возможности	6,9	1,0619	7,3	1,1010	376,5	p>0,05
Сила личности	6,9	1,0464	7,2	,9004	273,5	p<0,01**
Духовные изменения	2,4	,4088	3,2	,4899	237,5	p<0,01**
Повышение ценности жизни	6,3	,8806	5,2	,6115	207,5	p<0,01**
Индекс ПР	32,8	4,6241	32,7	3,9602	215,5	p<0,01**

** Различия уровня признака в сравниваемых группах статистически значимы при $p < 0,001$

Полученные данные показывают различия на высоком уровне статистической значимости ($p < 0,001$) по общему баллу и всем шкалам, кроме «Новых возможностей». В отличие от предыдущих опросников, здесь мы не

видим тенденции, когда результаты контрольной группы стабильно были лучше, чем в основной. У врачей, принимающих роды, выше средний общий балл, в субшкалах «Отношение к другим», «Повышение качества жизни». В остальных шкалах среднее выше у респондентов контрольной группы (рисунок 6).

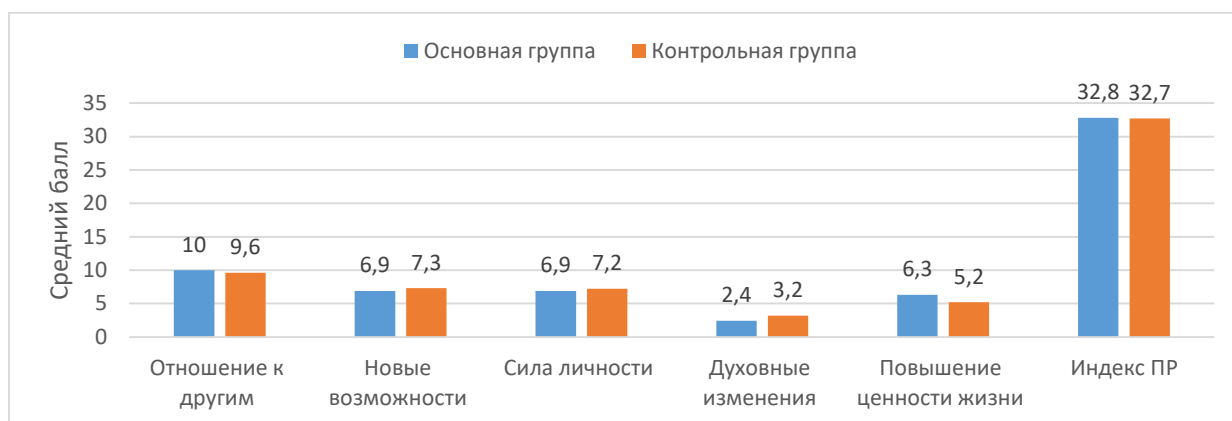


Рисунок 6 – Средний балл «Опросника посттравматического роста» (PTGI) по субшкалам и группам респондентов

Анализ результатов показал, что у большинства респондентов обеих групп, во всех субшкалах и итоговом индексе показатели относятся к низким значениям посттравматического роста. Высокий уровень демонстрируют лишь немного респонденты, при это в контрольной группе результаты ниже, чем в основной. В группе Акушеров самые высокие результаты по субшкале «Повышение ценности жизни», затем – «Сила личности».

Мы предполагаем, что низкий уровень посттравматического роста может быть связан с несколькими причинами:

- недостаточным уровнем осознанности, неспособностью осознать наличие психотравмы и свои возможности в ее преодолении;
- отсутствием личной психотерапии и, как следствие, возможности к трансформации травматического опыта в посттравматический рост;
- у 76 % респондентов контрольной группы уровень вторичного травматического стресса находится на уровне «нет или малый» или

«мягкий», если нет психотравмы, то не будет и посттравматического роста.

Наши предположения требуют дальнейшей проверки в ходе изучения корреляций между опросниками и даже отдельного исследования.

2.2.5 Анализ взаимосвязей вторичного травматического стресса с анкетными данными, уровнем осознанности и экзистенции врачей акушеров–гинекологов

Весь корреляционный анализ мы проводили при помощи коэффициента ранговой корреляции Спирмена. В таблице 17 представлены результаты анализа взаимосвязи анкетных данных и уровня вторичного травматического стресса. Для проверки возможной корреляции были выбраны показатели, которые потенциально могут иметь влияние на психоэмоциональное состояние врача.

В соответствии с критическими значениями и шкалой Чеддока мы можем сделать вывод, что:

- в основной группе выявлена прямая корреляция высокой значимости и средней силы между суточными дежурствами и итоговым баллом по вторичному травматическому стрессу и шкале «избегания» и статистически верная прямая корреляция слабой силы со шкалами «вторжение» и «физиологическая возбудимость»;
- специализация места работы на патологии показала слабую статистически значимую связь со шкалой «физиологическая возбудимость» в обеих группах (в основной группе это отрицательная связь, в контрольной – прямая), прямую слабую статистически значимую связь с индексом ВТС у контрольной группы и прямую связь средней силы и высокой статистической значимости для шкалы «избегания» контрольной группы;

– у респондентов основной группы обнаружена слабая статистически значимая связь между частотой травм у пациентов и «вторжением», и у респондентов контрольной группы – между «вторжением» и возрастом.

Таблица 17 – Взаимосвязь анкетных данных и вторичного травматического стресса в обеих группах респондентов

Показатель	Основная группа, n=30				Контрольная группа, n=30			
	Сумма СBT	Вторжение	Избегание	Физ. возбудимость	Сумма СBT	Вторжение	Избегание	Физ. возбудимость
Пол	,067	-,016	,093	,010	-,229	-,267	-,182	-,256
Стаж работы	-,213	-,031	-,322	-,155	-,131	-,311	,074	-,171
Возраст	-,258	-,115	-,338	-,205	-,241	-,371*	-,053	-,301
Семейное положение	-,004	-,079	,047	-,053	-,123	-,062	-,111	-,196
Количество рабочих часов	-,320	-,073	-,356	-,298	,053	,037	,110	,093
Количество пациентов	,023	,084	-,132	,147	-,004	,002	,017	,063
Суточные дежурства	,595**	,431*	,570**	,426*	Корреляцию невозможно подсчитать, т.к. у всех респондентов 1 вариант ответа			
Руководящая работа	-,004	,190	-,076	-,059	,262	,157	,212	,213
ОПФР	-,113	-,123	-,145	-,037	,133	-,079	,211	,217
Специализация на патологии	-,352	-,343	-,181	-,431*	,435*	,253	,510**	,369*
Работа в «красной зоне»	0,000	,109	-,047	-,082	-,265	-,141	-,287	-,167
Личный опыт насилия	,171	,057	,181	,171	-,149	-,242	-,079	-,194
Регулярная психотерапия	-,031	-,047	,039	-,031	0,00	-,038	,064	,026
Частота травм у пациентов	,302	,408*	,150	,232	,241	,352	,229	,041

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя)

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя)

Нами не обнаружено обратной связи между уровнем вторичного травматического стресса и возрастом, а также со стажем работы, которые упоминаются в научной литературе по данной проблеме. Равно как и не выявлено связи с наличием личного травматического опыта или регулярной психотерапии, что может быть связано со слишком маленьким числом респондентов, заявившем о таком факте. В целом мы считаем, что результаты

сравнения анкетных данных открывают целый ряд вопросов, которые могут стать темами дальнейших научных исследований. Корреляционный анализ уровня вторичного травматического стресса и уровня осознанности личности представлен в таблице 18.

Таблица 18 – Взаимосвязь вторичного травматического стресса и уровня осознанности у врачей акушеров-гинекологов

Группа	Шкала	Общий балл	Наблюдение	Описание	Осознанность действий	Безоценочность	Нереагирование
Основная, n=30	Сумма СВТ	-,513**	,061	-,341	-,527**	-,547**	-,272
	Вторжение	-,189	,203	,040	-,262	-,342	-,171
	Избегание	-,482**	,003	-,385*	-,452*	-,453*	-,296
	Физ. возбудимость	-,480**	-,052	-,338	-,485**	-,480**	-,204
Контрольная, n=30	Сумма СВТ	-,521**	-,319	-,455*	-,518**	-,606**	-,473**
	Вторжение	-,332	-,174	-,257	-,344	-,412*	-,287
	Избегание	-,531**	-,342	-,404*	-,437*	-,518**	-,497**
	Физ. возбудимость	-,512**	-,315	-,592**	-,535**	-,678**	-,451*
Все респонденты, n=60	Сумма СВТ	-,591**	-0,297*	-,438**	-,581**	-,629**	-,467**
	Вторжение	-,335**	-,112	-,131	-,355**	-,456**	-,327*
	Избегание	-,600**	-,342**	-,439**	-,533**	-,555**	-,489**
	Физ. возбудимость	-,480**	-,245	-,486**	-,511**	-,555**	-,324*

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя)

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя)

Поскольку для нашего исследования нам важно проверить взаимосвязь осознанности со вторичным травматическим стрессом и посттравматическим ростом у врачей акушеров-гинекологов вообще, а не только у тех, кто принимает роды, корреляции, все корреляции мы посмотрели в основной, контрольной группах и группе, в которую вошли сразу все респонденты.

В соответствии с критическими значениями и шкалой Чеддока мы можем сделать вывод, что большинство аспектов осознанности находятся в отрицательной связи с общим уровнем и компонентами вторичного травматического стресса во всех трех группах (основной, контрольной, все респонденты). Индекс СВТ и итоговая сумма субшкал осознанности у всех групп показали обратную связь высокой статистической значимости и средней силы. На рисунке 7 мы можем увидеть данную корреляцию.

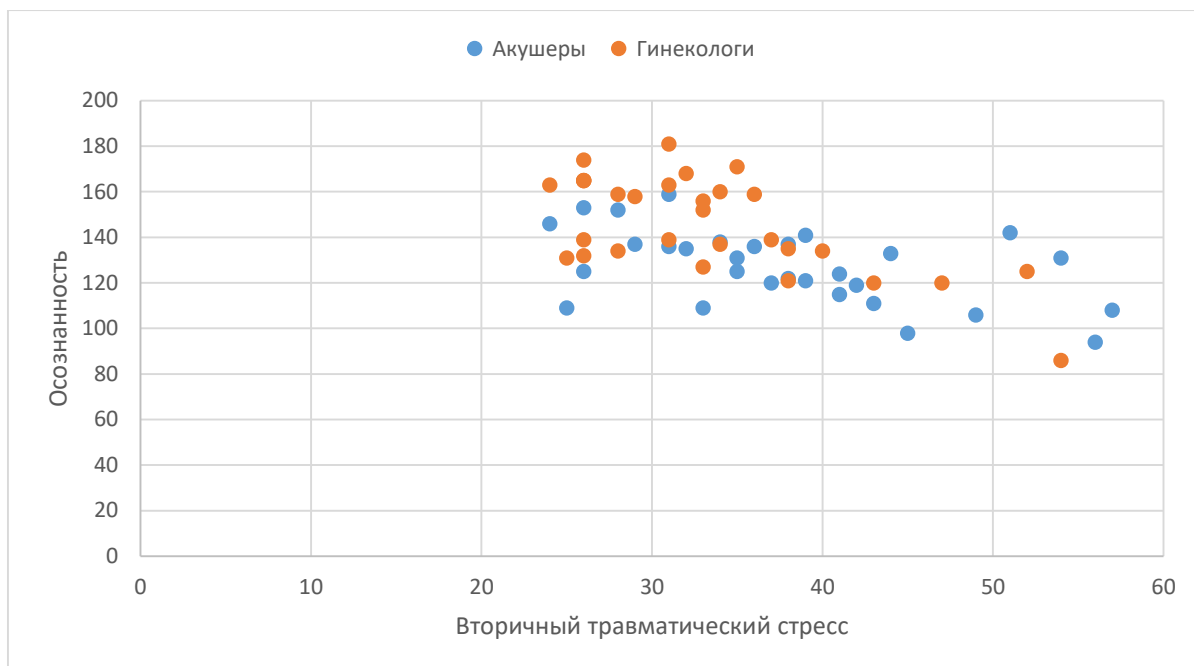


Рисунок 7 – Взаимосвязь суммарных показателей вторичного травматического стресса и осознанности в обеих группах респондентов

На данной диаграмме с рассеянными точками видно, что с увеличением уровня по шкале вторичного травматического стресса понижаются показатели по шкале осознанности. И наоборот, более высокие показатели по шкале осознанности соответствуют более низким по шкале вторичного травматического стресса.

Анализ взаимосвязи опросников вторичного травматического стресса и осознанности также показал:

- у основной группы респондентов обнаружено меньше корреляций, по сравнению с контрольной. Это может объясняться тем, что уровень осознанности в ней в целом ниже;
- из компонентов вторичного травматического стресса меньше всего корреляции у «Вторжения». В основной группе значимой корреляции не выявлено вообще, в контрольной – только с компонентом безоценочности. В группе всех респондентов аспект вторжения показал отрицательную корреляцию слабой силы с общим уровнем осознанности, осознанностью действий, безоценочностью и

нереагированием. Это может быть связано с тем, что сами по себе флешбеки, ночные кошмары меньше всего могут управляться человеком. А если что-то из компонентов осознанности может оказать влияние на контроль за негативными мыслями, то это не навык наблюдения за своими эмоциями или способность описывать их словами, а именно умение осознанно выбирать свои действия, воспринимать происходящее без деления на «плохое–хорошее» и способность не погружаться в возникающие травматические мысли. Кроме того, мы помним, что компонент вторжения у обеих групп респондентов был наименее выражен;

– компонент вторичного травматического стресса «Избегание» в контрольной группе показал слабую обратную связь с общим уровнем осознанности, навыками описания, осознанности действий и безоценочности. Это может быть связано с тем, что чем лучше человек умеет идентифицировать свои чувства, ощущения и состояния, тем меньше он будет склонен к избеганию ситуаций или мыслей, напоминающих о травматичном событии. То же самое и с осознанностью действий и безоценочностью – чем лучше человек умеет управлять своими поступками, делать осознанный выбор и чем меньше он склонен делить мир на черный и белый, тем меньше он будет прятаться от непростой реальности за избеганием. У контрольной группы прибавилась еще обратная связь с нереагированием, а связь с общим баллом и безоценочностью повысилась до средней силы. Это может опять же говорить о том, что в целом более высокий уровень осознанности и более низкий – вторичного травматического стресса позволяют нам ярче увидеть взаимосвязи;

– компонент «Избегание» в основной группе показывает больше всего взаимосвязей с осознанностью, что может объясняться тем, что в нем, в отличие от «Вторжения» и «Физиологической возбудимости» фактически отсутствует физиологический аспект, т.е. соматическое

состояние респондента, а значит и повлиять на него легче. Результаты в группе всех респондентов подтверждают это. Там у «Избегания» и общего уровня осознанности самое высокое значение корреляции высокого уровня значимости. При этом в контрольной группе количество статистически значимых корреляций у избегания и физиологических проявлений равно, что может быть связано с тем, что чем выше уровень осознанности человека, тем сильнее он может влиять не только на свое психоэмоциональное, но и на физическое состояние. Пара «Физиологическая возбудимость» и «Безоценочность» в контрольной группе показала самое высокое значение ($r = -,678$ при $p < 0,01$) из результатов всех групп;

– аспект безоценочности продемонстрировал самые высокие обратные корреляции с компонентами вторичного травматического стресса. Это показывает, что умение человека смотреть на происходящее из метапозиции, не раскладывая свой опыт и происходящие события на плохие или хорошие, способность находить позитивное в негативной может быть действенной профилактикой от психологической травмы;

– на втором месте по частоте выявленных обратных взаимосвязей находится субшкала «Осознанность действий», что подтверждает наши предположения о том, что способность человека концентрироваться на «здесь и сейчас», а не жить в тяжелых воспоминаниях прошлого или тревожных мыслях будущего положительно влияет на его психологическое состояние и помогает избегать или снижать уровень вторичного травматического стресса;

– из компонентов осознанности у «Наблюдения» не выявлено статистически значимых корреляций ни в основной, ни в контрольной группе. Возможно, это объясняется тем, что навык наблюдения за своими ощущения и мыслями может оказывать влияние на уровень психотравмы не напрямую, а опосредовано. Например, через

способность действовать из осознания происходящих внутри тебя процессов. То же может относиться и к навыку нереагирования.

Подводя итоги по анализу взаимосвязи между вторичным травматическим стрессом и уровнем осознанности личности, мы можем заключить, что в ходе нашего исследования обратная корреляция подтвердилась. Наибольшее влияния на уровень вторичного травматического стресса оказывают навык безоценочности и осознанности действий. Из проявления вторичного травматического стресса больше всего с навыками осознанности связан компонент «Избегание». Хорошо развитые навыки осознанности способны оказывать свое позитивное влияние даже на физиологические проявления психотравмы.

Рассмотрим теперь возможную взаимосвязь между вторичным травматическим стрессом и экзистенциальной исполненностью личности (таблица 19).

Таблица 19 – Взаимосвязь вторичного травматического стресса и экзистенциальной исполненностью личности врачей акушеров-гинекологов

Группа	Шкала	Самооценивание	Самоотраденция	Свобода	Ответственность	Персональность	Экзистенциальность	Исполненность
Основная, n=30	Сумма СВТ	-,266	-,276	-,549**	-,477**	-,275	-,528**	-,477**
	Вторжение	-,100	-,123	-,364*	-,428*	-,120	-,404*	-,368*
	Избегание	-,153	-,231	-,405*	-,336	-,187	-,388*	-,335
	Физ. возбудимость	-,341	-,257	-,547**	-,417*	-,300	-,488**	-,435*
Контрольная, n=30	Сумма СВТ	-,077	-,551**	-,488**	-,363*	-,369*	-,461*	-,455*
	Вторжение	-,201	-,338	-,379*	-,215	-,298	-,326	-,331
	Избегание	-,084	-,586**	-,473**	-,332	-,394*	-,443*	-,425*
	Физ. возбудимость	-,029	-,500**	-,493**	-,439*	-,323	-,483**	-,481**
Все респонденты, n=60	Сумма СВТ	-,256*	-,432**	-,576**	-,453**	-,399**	-,547**	-,516**
	Вторжение	-,183	-,240	-,418**	-,330*	-,243	-,401**	-,370**
	Избегание	-,212	-,450**	-,523**	-,390**	-,386**	-,493**	-,476**
	Физ. возбудимость	-,208	-,383**	-,511**	-,420**	-,337**	-,477**	-,442**

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя)

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя)

В соответствии с критическими значениями и шкалой Чеддока мы можем сделать вывод, что:

– субшкала «Свобода» показала обратную связь с индексом синдрома вторичной травматизации и всех его компонентов во всех группах с самыми высокими значения корреляции во всей таблице. Между индексом СВТ в основной и общей группах и «Свободой» связь средней силы и высокой статической значимости. С индексом СВТ контрольной группы – средней силы и высокой статической значимости. Как и в случае с предыдущей парой опросников, мы предполагаем, что разница в уровне силы связана с тем, что уровень вторичного травматического стресса у контрольной группы ниже. Значение субшкалы «Свобода» – а именно способность решаться на поступки, принимать решения, делать выбор – созвучно с аспектом «Осознанность действий» «Пятифакторного опросника осознанности». Результаты корреляции еще раз подтверждают обратную взаимосвязь между этими навыками и уровнем вторичного травматического стресса;

– выявлена статистически значимая обратная связь между способностью человека включаться в жизнь, быть ее активным участником (Экзистенциальность) и индексом синдрома вторичной травматизации и его компонентов во всех группах (за исключением «Вторжения» в контрольной группе). Это значит, что проактивная жизненная позиция, активные действия по изменению своей жизни в лучшую сторону, вместо перекалывания ответственности за решение своих проблем на других людей или обстоятельства, способствуют профилактике или преодолению вторичного травматического стресса;

– у респондентов контрольной группы выявлена обратная связь средней силы и высокой статистической значимости между аспектом «Самотрансценденция» и индексом СВТ, субшкалами «Избегание» и «Физиологическая возбудимость». Самотрансценденция измеряет способность человека понимать себя, свои чувства и желания, выстраивать свою внутреннюю иерархию ценностей. Хорошо развитая такая способность может повлиять на физическое состояние человека,

например, тем, что в стрессовый момент он сделает дыхательную практику, а не пойдет курить. Осознание происходящих внутри процессов помогает им проявляться, а значит снижается риск ухода в избегание. И наоборот, плохо развитый навык понимания себя может приводить к тому, что в стрессовой ситуации человек будет действовать неосознанно и выбирать способы снижения стресса, которые приведут к негативным последствиям для его физического и психологического состояния;

– выявлена статистически значимая обратная связь между результирующим компонентом «Исполненность» и индексом СВТ и компонентами вторичного травматического стресса во всех группах (кроме избегания в основной группе и вторжения в контрольной). В большинстве своем связь имеет слабую силу, кроме пары «Исполненность» и «Индекс СВТ» в группе всех респондентов ($r = -,516$ при $p < 0,01$). Мы помним, что высокий уровень психотравмы сказывается на общем состоянии человека, способствует потери смысла своего существования. Полученные нами результаты подтверждают эту взаимосвязь.

Данную корреляцию можно увидеть на рисунке 8.

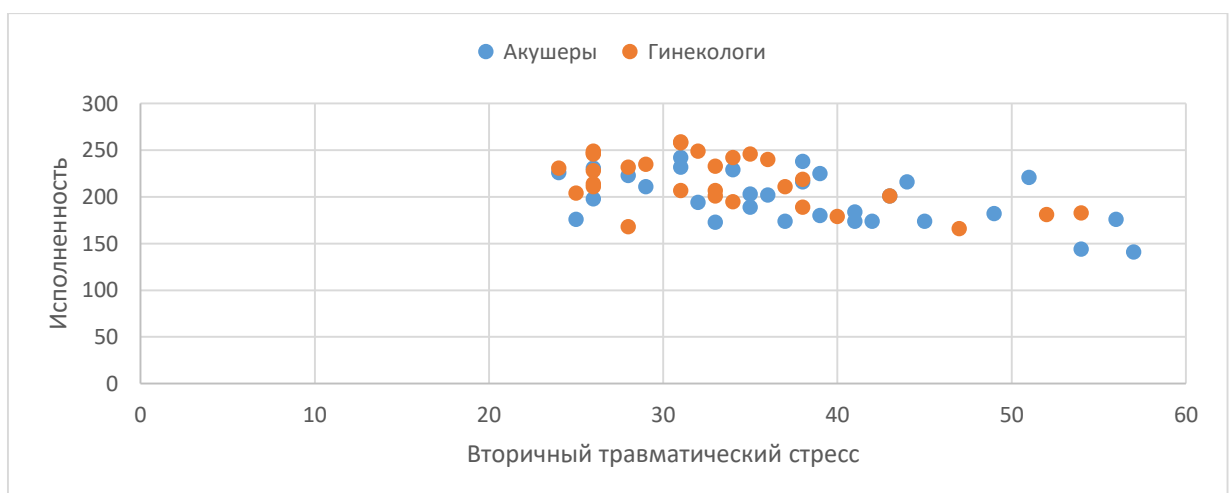


Рисунок 8 – Взаимосвязь суммарных показателей вторичного травматического стресса и «Шкалы экзистенции» А. Лэнгле в обеих группах респондентов

На данной диаграмме с рассеянными точками снова видно, что с увеличением уровня по шкале вторичного травматического стресса понижаются показатели по шкале «Исполненность». И наоборот, более высокие показатели исполненности соответствуют более низким по шкале вторичного травматического стресса.

В заключении мы можем сказать, что корреляционный анализ показал большое число статистически значимых отрицательных связей между шкалами опросников, что подтверждает наши предположения. Слабая и средняя сила связи может говорить о том, что одних только элементов экзистенции недостаточно для влияния на уровень вторичного травматического стресса. Они лишь один из компонентов этого влияния и могут рассматриваться нами, скорее, как дополнительная информация и подтверждение существующих концепций о вторичном травматическом стрессе, а также взаимосвязи уровня вторичного травматического стресса со способностями брать на себя ответственность, проактивности действий и понимать себя и свои внутренние ценностные установки.

Поскольку в своих рассуждениях мы сравниваем между собой ряд субшкал «Пятифакторного опросника осознанности» (FFMQ) и «Шкалы экзистенции» А.Лэнгле, нами был проведен анализ корреляций между этими двумя опросниками. Его результаты отражены в таблице 20.

В соответствии с критическими значениями и шкалой Чеддока мы можем сделать вывод, что:

- субшкала «Осознанность действий» показала прямую связь высокой статистической значимости и высокой силы с компонентами «Свобода», «Ответственность», «Экзистенциальность» и «Исполненность» у респондентов основной группы. У респондентов контрольной связь носит среднюю силу. В группе всех респондентов – все компоненты, кроме «Исполненности» показали высокую силу, «Исполненность» – среднюю;

- итоговая сумма осознанности во всех группах показала прямую связь высокой силы и высокой статистической значимости с субшкалами «Свобода», «Ответственность», «Экзистенциальность» и «Исполненность» (исключение в основной группе, где «Свобода» показала среднюю силу);
- навык безоценочности в основной группе показал прямую средней силы и высокой статистической значимости корреляцию с теми же субшкалами экзистенции, что указаны выше. В группе всех респондентов эта корреляция имеет высокую силу, в контрольной – высокую силу со «Свободой», «Ответственностью» и «Экзистенциальностью» и среднюю с «Исполненностью».

Таблица 20 – Взаимосвязь осознанности личности и ее экзистенциальной исполненности у врачей акушеров-гинекологов

Группа	Шкала	Общий балл	Наблюдение	Описание	Осознанность действий	Безоценочность	Нереагирование
Основная, n=30	Самодистанцирование	,217	,094	,394*	,136	,038	-,156
	Самотрансценденция	,571**	,137	,596**	,418*	,478**	-,044
	Свобода	,675**	-,042	,443*	,787**	,582**	,013
	Ответственность	,744**	,114	,414*	,773**	,660**	,049
	Персональность	,504**	,151	,560**	,386*	,364*	-,137
	Экзистенциальность	,718**	,006	,451*	,835**	,620**	-,021
	Исполненность	,735**	,050	,527**	,777**	,628**	-,059
Контрольная, n=30	Самодистанцирование	,262	,275	,100	,183	,231	,159
	Самотрансценденция	,524**	,306	,386*	,415*	,493**	,433*
	Свобода	,890**	,530**	,731**	,669**	,724**	,777**
	Ответственность	,777**	,425*	,551**	,675**	,724**	,627**
	Персональность	,457*	,374*	,306	,338	,424*	,355
	Экзистенциальность	,881**	,496**	,671**	,695**	,757**	,743**
	Исполненность	,791**	,442*	,597**	,633**	,688**	,644**
Все респонденты, n=60	Самодистанцирование	,337**	,244	,274*	,195	,255*	,091
	Самотрансценденция	,558**	,272*	,482**	,429**	,505**	,236
	Свобода	,823**	,375**	,590**	,777**	,730**	,522**
	Ответственность	,771**	,346**	,502**	,754**	,719**	,418**
	Персональность	,540**	,338**	,435**	,378**	,457**	,198
	Экзистенциальность	,842**	,383**	,570**	,805**	,756**	,492**
	Исполненность	,799**	,393**	,564**	,696**	,707**	,435**

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя)

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя)

Данные результаты подтверждают правомерность и обоснованность наших сравнений.

В нашем эмпирическом исследовании мы проверили взаимосвязь между общим уровнем осознанности, отдельными ее компонентами и посттравматическим ростом. Для проверки этой гипотезы была исследована корреляция между шкалами «Пятифакторный опросник осознанности» (FFMQ) и «Опросником посттравматического роста» (PTGI). Результаты представлены в таблице 21.

В соответствии с критическими значениями и шкалой Чеддока мы можем сделать вывод о том, что корреляционный анализ показал лишь несколько прямых статистически значимых связей слабой силу у респондентов основной группы (субшкала «Нереагирование» с субшкалами «Отношение к другим» и Повышение ценности жизни») и контрольной группы (субшкала «Наблюдение» с субшкалой «Сила личности» и итоговым индексом посттравматического роста).

Таблица 21 – Анализ взаимосвязи между компонентами «Пятифакторного опросника осознанности» (FFMQ) и «Опросником посттравматического роста» (PTGI)

Группа	Шкала	Общий балл	Наблюдение	Описание	Осознанность действия	Безоценочность	Нереагирование
Основная, n=30	Индекс ПР	,073	,189	,108	-,065	-,121	,355
	Отношение к другим	,104	,273	,067	-,068	-,040	,393*
	Новые возможности	-,096	,025	-,025	-,141	-,256	,305
	Сила личности	,197	,294	,150	,018	-,083	,322
	Духовные изменения	-,082	-,063	,067	-,171	-,122	,236
	Повышение ценности жизни	,124	,181	,141	,023	-,076	,375*
Контрольная, n=30	Индекс ПР	,208	,378*	,196	,100	,228	,257
	Отношение к другим	,123	,234	,154	,112	,226	,217
	Новые возможности	,259	,313	,203	,135	,251	,333
	Сила личности	,183	,411*	,154	,091	,191	,251
	Духовные изменения	,179	,333	,184	-,097	,025	,127
	Повышение ценности жизни	,019	,192	-,076	,023	,141	,075
Все респонденты, n=60	Индекс ПР	,120	,263*	,143	,001	-,001	,235
	Отношение к другим	,087	,221	,120	-,023	,023	,238
	Новые возможности	,099	,180	,099	,018	-,034	,275*
	Сила личности	,187	,355**	,157	,058	,030	,227
	Духовные изменения	,108	,184	,148	-,063	-,033	,170
	Повышение ценности жизни	,001	,092	,045	-,012	-,076	,118

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя)

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя)

В группе всех респондентов показана статистически значимая очень слабая прямая связь между «Наблюдением» и «Силой личности», «Нереагированием» и «Новыми возможностями». И слабая прямая связь высокой статистической значимости между «Наблюдением» и «Силой личности». Мы считаем, что такие результаты вызваны отсутствием у подавляющего большинства респондентов обеих групп самого посттравматического роста.

На основании полученных результатов мы можем заключить, что в связи с отсутствием у большинства респондентов признаков посттравматического роста в рамках нашего эмпирического исследования невозможно исследовать связь общего уровня осознанности и отдельных его компонентов со способностью личности трансформировать свой травматический опыт в личностный рост.

2.3 Рекомендации по профилактике и снижению уровня вторичного травматического стресса для врачей акушеров–гинекологов

Результаты нашего эмпирического исследования выявили у 75% врачей акушеров–гинекологов симптомы вторичного травматического стресса. И показали, что врачи акушеры–гинекологи, в чьи обязанности входит ведение родов, имеют более высокий уровень вторичного травматического стресса, по сравнению со своими коллегами, врачами акушерами–гинекологами, не принимающими роды. Показатели высоких уровней вторичного травматического стресса у респондентов основной группы в два раза превышал аналогичный у контрольной.

Результаты анкетирования показали, что знакомы с понятием вторичного травматического стресса, знают его симптомы, предикторы и протекторы только 22% респондентов. При этом 97% респондентов считают данные знания важными для медицинских работников. Это подтверждает

важность и актуальность и нашего эмпирического исследования, и мероприятий по информированию врачей и обучению их способам профилактики и совладания с последствиями вторичного травматического стресса. И поскольку наше эмпирическое исследование так же подтвердило положительное влияние развития навыков осознанности (mindfulness) на уровень вторичного травматического стресса, то практики развития различных компонентов осознанности могут быть включены в перечень мероприятий для врачей.

Из имеющихся данных иностранных исследований и научных работы мы знаем, что для преодоления последствий вторичного травматического стресса необходимы вмешательства сразу на личном, профессиональном и организационном уровнях. Изучение устройства российской медицинской системы и в государственных и в частных медицинских учреждениях, личное общение с респондентами и руководителями клиник и родильных домов дали нам понять, что проведение специальных занятий или встреч не представляется возможным. Поэтому перед нами встало две задачи:

- самостоятельно организовать и провести для респондентов онлайн встречу в ZOOM с презентацией о проблеме вторичного травматического стресса;
- разработать и разослать респондентам практические рекомендации по профилактике и совладанию со вторичным травматическим стрессом, содержащие информацию о различных способах и практиках, которые врачи смогут выполнять сами.

Подготовленная нами презентация «Памятка о вторичном травматическом стрессе» составила 34 листа в программе PowerPoint. В нее вошли следующие разделы:

- общая информация о том, почему медикам важно знать о вторичном травматическом стрессе;
- краткая информация о профессиональном выгорании и его симптомах;

- информация о вторичном травматическом стрессе; ключевых отличиях от выгорания и посттравматического стрессового расстройства; основных признаках и факторах, влияющих на него; аспектах личности, на которые влияет вторичный травматический стресс;
- информация о моральной травме, которую медик может получить на работе, ее симптомах и последствиях;
- влияние условий работы на появление психотравмы;
- ключевые стратегии для профилактики и преодоления психотравмы;
- влияние личностных факторов на предрасположенность к получению психотравмы (уровень осознанности, уровень тревожности, преобладающие копинговые стратегии).

На последнем листе дана ссылка на Yandex Диск, где можно скачать более полную информацию о конкретных способах профилактики и преодоления, собранную в практические рекомендации «Руководство по профилактике и совладанию со вторичным травматическим стрессом».

Нам было важно создать рекомендации, которые одновременно будут достаточно легкими для выполнения, не требовать большого количества времени (которого у врачей нет) или специальных умений и при этом будут максимально разнообразными, чтобы каждый респондент смог выбрать наиболее подходящие. Методологическую основу практических рекомендаций составляют работы И.Г. Малкиной–Пых, И.Г. Ильиной и М.Я. Соловейчик, лекции А.В. Буренковой, Н.В. Дмитриевой, Л.Ю. Овчаренко, Е.А. Сокальской, А.В. Треногова, материалы с сайта ProQOL: Professional Quality of Life, теория стресса Ганса Селье, поливагальная теория Стивена Порджеса, биоэнергетический анализ Александра Лоуэна, работы по терапии травмы Питера Левина, Бессела ван дер Колка, Мерилин Мюррей, Франца Рупперта, Ричарда Шварца, Габора Матэ, приемы эмоционально–образной и телесно–ориентированной терапии, краниосакральной биодинамики и кинезиологии. Содержание

рекомендаций можно разделить на 5 частей: общие рекомендации, телесные практики, практики развития осознанности, когнитивно–поведенческие упражнения и способы экстренной самопомощи сразу после травматического события.

В августе 2024 года всем респондентам, отметившим в анкете, что они хотят получить расшифровку результатов своего опроса, а также «Памятку о вторичном травматическом стрессе» и «Руководство по профилактике и совладанию», персонально по электронной почте были отправлены результаты опросов и приглашение на бесплатную встречу в ZOOM. Для удобства респондентов в конце августа – начале сентября нами было проведено 3 встречи: 2 встречи в будние дни (1 раз в первой половине дня, второй раз вечером) и 1 встреча в субботу в первой половине дня. Суммарно во встречах приняло участие 15 человек. Длительность встреч была 60 минут.

На встречах нами была представлена презентация, а у респондентов была возможность задавать вопросы, в том числе анонимно – через личные сообщения в чате ZOOM. После встречи всем участникам по электронной почте были отправлены Памятка и Руководство в формате PDF. Респондентам, которые не смогли или не захотели принять участие в онлайн встрече, Памятка и Руководство было отправлено после проведения последней встречи.

Выводы по второй главе

Анализ результатов нашего эмпирического исследования показал, что уровень вторичного травматического стресса у врачей акушеров-гинекологов в обеих группах превышает норму. Уровень вторичного травматического стресса у респондентов основной группы выше, чем в контрольной. Что подтверждает нашу гипотезу о том, что роды являются фактором, увеличивающим риск вторичного травматического стресса у медицинского персонала. Врачи акушеры-гинекологи нуждаются в информации о способах профилактики и преодоления последствий вторичного травматического стресса, но в большинстве своем не имеют этой информации. Отметим, что

38% респондентов хотели бы иметь поддержку психолога для решения своих психологических проблем.

У респондентов обеих групп сильнее всего проявлены симптомы физиологической возбудимости. Затем идут симптомы избегания, но у врачей основной группы с высоким и очень высоким уровнем вторичного травматического стресса высокие показатели показал симптом вторжения. Такие результаты говорят о неизбежном влиянии вторичной травмы на работоспособность, коммуникативные и профессиональные качества врачей.

Нами не выявлено достоверной взаимосвязи между возрастом, стажем, количеством пациентов и рабочих часов, а также такими аспектами, как личный травматический опыт, наличие личной терапии, опыт работы в «красной зоне» во время пандемии. Выявлена обратная корреляция между суточными дежурствами и уровнем вторичного травматического стресса. Изучение влияния перечисленных выше факторов на психоэмоциональное и физическое состояние врачей акушеров-гинекологов может стать целью отдельной научно-исследовательской работы.

В ходе исследования подтвердилась гипотеза о взаимосвязи между уровнем осознанности личности и вторичным травматическим стрессом. Нами была выявлена обратная связь таких аспектов осознанности, как «Осознанная деятельность», «Безоценочность» и «Нереагирование» с физиологическими симптомами вторичного травматического стресса и симптомами избегания.

В ходе анализа взаимосвязи вторичного травматического стресса с показателями «Шкалы экзистенции» было выявлено, что проактивная жизненная позиция, активные действия по изменению своей жизни в лучшую сторону, вместо перекалывания ответственности за решение своих проблем на других людей или обстоятельства, способствуют профилактике или преодолению вторичного травматического стресса. Высокий уровень психотравмы сказывается на общем состоянии человека, способствует потере смысла своего существования. Полученные нами результаты подтверждают эту взаимосвязь.

У респондентов не было выявлено признаков посттравматического роста, что может быть связано с тем, что у врачей из основной группы не очень хорошо развиты навыки осознанности, а также отсутствует личная психотерапия, что влияет на возможность выйти в посттравматический рост. А у респондентов контрольной группы низкие показатели психотравмы, а значит отсутствует источник для посттравматического роста. Анализ результатов взаимосвязи уровня осознанности и посттравматического роста не показал значимых корреляций.

В ходе исследования нами были разработаны материалы, направленные на информирование врачей акушеров-гинекологов о существовании вторичного травматического стресса, его симптомах, предикторах и протекторах, а также индивидуальных способах профилактики и совладания. В связи с отсутствием возможности проведения мероприятий на организационном уровне, индивидуальное психоинформирование и персональная самостоятельная деятельность врачей, направленная на решение проблемы вторичного травматического стресса, является единственными возможными мерами.

Заключение

В рамках данного исследования ставилась цель, направленная на изучение взаимосвязи вторичного травматического стресса и уровня осознанности личности (на примере врачей акушеров-гинекологов).

Поставленная цель исследования была обусловлена противоречиями, связанными с тем, что не смотря на важность и распространенность вторичного травматического стресса у врачей акушеров-гинекологов, в отечественной психологии отсутствуют исследования на эту тему, а в системе родовспоможения отсутствуют мероприятия, направленные на помощь и поддержку медицинских работников, столкнувшихся со вторичным травматическим стрессом.

В зарубежной психологии влияние процесса родов на уровень вторичного травматического стресса у медицинского персонала, участвующего в родовспоможении, исследуется последние 15 лет. Но основной фокус внимания приходится на средний медицинский персонал – медицинских сестер и акушерок. Лишь малое количество исследований направлено на изучение состояния врачей акушеров-гинекологов. Схожая картина и с исследованием такого феномена, как осознанность (Mindfulness). Существующие работы показали ее влияние на способность человека справляться с травматическим опытом и возможность трансформации травмы в посттравматический личностный рост. Выявлена связь осознанности с более высоким уровнем удовлетворенности жизнью, психологическим благополучием, самоконтролем и позитивной самооценкой. Но взаимосвязь осознанности и вторичного травматического стресса не рассматривалась. Тем более не была изучена эта взаимосвязь, применительно к врачам акушерам-гинекологам, принимающим роды.

В соответствии с целью и гипотезами было проведено теоретическое и эмпирическое исследования, в результате которого нами были достигнуты задачи исследования:

- был проведен анализ литературы по вопросам вторичного травматического стресса и осознанности и теоретически обоснована важность изучения вторичного травматического стресса у врачей акушеров-гинекологов родильного отделения и его взаимосвязи с уровнем осознанности;
- был подобран диагностический инструментарий для оценки вторичного травматического стресса и уровня осознанности личности;
- были выявлены уровни вторичного травматического стресса и осознанности у врачей акушеров-гинекологов в основной и контрольной группах, выявлены и проанализированы взаимосвязи этих показателей;
- на основании изученной литературы и полученных данных были разработаны рекомендации по профилактике и преодолению вторичного травматического стресса для врачей акушеров-гинекологов.

Проведенное исследование показало, что подавляющее большинство врачей акушеров-гинекологов не владеют информацией о вторичном травматическом стрессе, но считают эту информацию важной для себя.

Полученные эмпирические данные подтвердили гипотезы исследования, а также положения, выносимые на защиту:

- уровень вторичного травматического стресса у врачей акушеров-гинекологов превышает норму;
- врачи акушеры-гинекологи, работающие в родильных отделениях, подвержены большему риску получения вторичного травматического стресса, по сравнению с коллегами, в обязанности которых не входит ведение родов;
- общий уровень и отдельные компоненты осознанности и экзистенциальной исполненности личности связаны с силой вторичного травматического стресса.

Нам не удалось выявить взаимосвязь осознанности со способностью личности трансформировать травматический опыт в посттравматический рост. Это может быть связано с тем, что у врачей из основной группы не очень

хорошо развиты навыки осознанности, а также отсутствует личная психотерапия, что влияет на возможность выйти в посттравматический рост. А у респондентов контрольной группы низкие показатели психотравмы, а значит отсутствует источник для посттравматического роста. Данное предположение может стать основой для отдельного научного исследования.

Полученные в ходе реализации научно-исследовательской работы теоретические и эмпирические данные могут использоваться для просвещения врачей акушеров-гинекологов и руководителей здравоохранения о проблеме вторичного травматического стресса и возможных вариантах профилактики и преодоления. Предложенные «Памятка о вторичном травматическом стрессе» и «Руководство по профилактике и совладанию» могут быть использованы врачами акушерами-гинекологами для профилактики и совладания с последствиями вторичного травматического стресса.

Таким образом, в результате проведенного научного исследования, поставленная цель и задачи решены, а гипотезы нашли свое подтверждение.

Список используемой литературы

1. Абросимов И.Н., Заоева З.О., Втюрина М.Б., Суркова И.М. Роль психолога в системе здравоохранения: анализ мнения врачей // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2022. №3 (29). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-psihologa-v-sisteme-zdravooohraneniya-analiz-mneniya-vrachey> (дата обращения: 21.09.2023).
2. Бергис Т.А., Арбузова Т.Н. Феномен вторичного травматического стресса у медицинского персонала родильного отделения // Мир педагогики и психологии: международный научно-практический журнал. 2024. № 02 (91). Режим доступа: <https://scipress.ru/pedagogy/articles/fenomen-vtorichnogo-travmaticheskogo-stressa-u-meditsinskogo-personala-rodilnogo-otdeleniya.html> (Дата обращения: 24.09.2024)
3. Блинникова И.В., Матюшин В.В. Связь диспозициональной осознанности с проявлениями профессионального выгорания у специалистов сферы охраны психического здоровья. В сборнике Человек в ситуации изменений: реальный и виртуальный контекст: в 2-х т. Т. 1. М.: Изд-во РГГУ, 2021.
4. Блинникова И.В., Матюшин В.В., М.В. Гущин М.В., Ланге М.Д., Вклад диспозициональной осознанности в сопротивление острому и хроническому стрессу у медицинского персонала в период пандемии COVID'19, Национальный психологический журнал № 4 (48) 2022 <http://npsyj.ru> УДК 159.9.072 doi: 10.11621/npj.2022.0406
5. Водопьянова Н.Е. Ресурсное обеспечение противодействия профессиональному выгоранию субъектов труда: автореф. дисс. докт.психол. наук: 19.00.03. / Водопьянова Наталия Евгеньевна. – СПб. – 2014. – 48 с.
6. Голубев А.М., Дорошева Е.А. Особенности применения русскоязычной версии пятифакторного опросника осознанности // Сибирский психологический журнал. 2018. № 69. С. 46–68

7. Дашук И.Н. Синдром усталости от сострадания сотрудников социальных служб / И. Н. Дашук // Перспективы отраслевого взаимодействия в комплексной реабилитации: Материалы V Международной научно-практической конференции, Орёл, 20–21 октября 2022 года / Под общей редакцией А.И. Ахулковой, науч. редактор Е.Г. Речицкая. – Орёл: Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева, 2023. – С. 111-119. – EDN GKOTFN

8. Зинченко Ю.П., Салагай О.О., Шайгерова Л.А., Алмазова О.В., Долгих А.Г., Ваханцева О.В. Восприятие стресса различными категориями медицинского персонала во время первой волны пандемии COVID-19 в России // Общественное здоровье. 2021. Т. 1, № 1. С. 65–89.

9. Ильина И.Г., Соловейчик М.Я., Методические материалы по работе со вторичной травмой // Конфликт и травма. Вып.1. Актуальные вопросы оказания помощи при травматических и посттравматических стрессовых расстройствах. СПб.: Ин-т психотерапии и консультирования „Гармония“, 2002

10. Калашников В.Г. Развитие личности в психологическом и духовном контекстах // Развитие личности. — 2017. — № 2. — С. 47-69. — ISSN 2071-9788.

11. Карягина Т.Д., Рощина С.Ю. Эмпатия и выгорание у представителей помогающих профессий [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2023. Том 12. № 2. С. 30—42. DOI: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2023120203>

12. Клинические рекомендации – Посттравматическое стрессовое расстройство – 2023-2024-2025 (28.02.2023) – Утверждено Минздравом РФ: [Электронный ресурс]. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/753_1 (Дата обращения 20.10.2024)

13. Кривцова С.В, Лэнгле А., Орглер К. Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглер Из: Экзистенциальный анализ. №1. Бюллетень, 2009 Москва, 141-170

14. Крутолевич А.Н. Проблема психической травматизации медицинских работников ISSN 2663-6026 (Print), 2663-6034 (Online). Теорія і практика сучасної психології DOI <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2019.6-1.23>
15. Ланина Н.В. Психологические проблемы развития осознанности современного человека // Известия Воронежского государственного педагогического университета. — 2015. — № 1. — С. 247-250. — ISSN 2309-7078
16. Лэнгле А. Эмоциональное выгорание с позиции экзистенциального анализа// Вопросы психологии, №2, 2008. - с. 3-16.
17. Литке С.Г. Осознанность в пространстве интеграционной культуры // Методология современной психологии: Сборник. Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского, 2016. С. 170–178.
18. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с. – (Справочник практического психолога). ISBN S-699-07805-3
19. Малкина-Пых И.Г. Психология горя и утраты: учебное пособие / И.Г. Малкина-Пых. — Москва: КНОРУС, 2023. — 282 с. — (Бакалавриат, специалитет и магистратура).
20. Малкина-Пых И.Г. Взаимосвязь профессионального выгорания и вторичного травматического стресса в структуре личности психологов // Акмеология. 2010. №1. [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimosvyaz-professionalnogo-vygoraniya-i-vtorichnogo-travmaticheskogo-stressa-v-strukture-lichnosti-psihologov> (дата обращения: 21.09.2023).
21. Маслоу А. Дальние пределы человеческой психики / А. Маслоу; [пер. с англ.]. – СПб.: Евразия, 2011. – 432 с
22. Махнач А.В., Плющева О.А. Влияние факторов риска и защиты на профессиональную жизнеспособность специалистов помогающих

профессий [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2023. Том 12. № 2. С. 8—21. DOI: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2023120201>

23. Опросник посттравматического роста (PTGI/ОПТР)// Психологические тесты онлайн [Электронный ресурс]. URL <https://psytests.org/stress/ptgi.html>. (Дата обращения: 19.09.2023)

24. Перлз Ф. С. Гештальт-подход и Свидетель терапии / Ф.С. Перлз. - М.: Класс, 1996. – 240 с.

25. Польстер И. Интегрированная гештальт-терапия / И. Польстер, М. Польстер; [пер. с англ.]. - М., 1997.

26. Прилепских О.С., Кобзарева И.И. Феномен осознанности в современной психологической науке и практике // Научный альманах · N 8 (10) · 2015 DOI: 10.17117/na.2015.08.1546

27. Пуговкина О.Д., Шильникова З.Н. Концепция mindfulness (осознанность): неспецифический фактор психологического благополучия. Современная зарубежная психология. № 2 / 2014 [Источник: [https://psychlib.ru/mgppu/periodica/SZP022014/szp-0181.htm#\\$p18](https://psychlib.ru/mgppu/periodica/SZP022014/szp-0181.htm#$p18))].

28. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию: становление человека / К.Р. Роджерс. - М.: Прогресс - Универс, 1994. – 480 с.

29. Смирнова Ю.Э. Анализ теоретических подходов к изучению осознанности // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2021. Т. 10. № 6А. С. 157-162. DOI: 10.34670/AR.2021.82.98.017

30. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - специалитет по специальности 31.05.01 Лечебное дело. Утвержден Приказом Министерства науки и высшего образования РФ от 12 августа 2020 г. N 988. [Электронный ресурс].URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202008270013>. (Дата обращения: 19.09.2023)

31. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.01 Акушерство и

гинекология. Утвержден Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 09.01.2023 № 6. [Электронный ресурс].URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202302140013>. (Дата обращения: 19.09.2023)

32. Федунина Н.Ю., Вихристюк О.В., Банников Г.С. Практики осознанности в профилактике суицидального поведения подростков (обзор зарубежных исследований) // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2019. № 2. С. 121–144.

33. Чиркова М.А., Артёмова К.Ю., Буденкова Е.А., Сидорова М.В., Тучина О.П., Ваколюк И.А. Морфологические изменения астроглии в гиппокампе и миндалине при аксиогенезе // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 3

34. Човдырова Г.С. Психологические свойства, препятствующие эмоциональному выгоранию личности как синдрому развития хронического стресса [Текст] / Г.С. Човдырова, М.И. Осипова, Т.С. Клименко // Психопедагогика в правоохранительных органах. - 2014. - № 3 (58). - С. 88-90.

35. Юмартова Н.М., Гришина Н.В. Осознанность (mindfulness): Психологические характеристики и адаптация инструментов измерения // Психологический журнал. 2016. Т. 37, № 4. С. 105–115.

36. Якупова В.А., Аникеева М.А., Суарэз А.Д. Посттравматическое стрессовое расстройство после родов: обзор исследований [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2023. Том 12. № 2. С. 70–93. DOI: 10.17759/cpse.2023120204

37. Absolon P., Krueger C. (2009). Compassion fatigue nursing support group in ambulatory care gynecology/oncology nursing. Journal of Gynecologic Oncology Nursing, 19, 16–19

38. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2022.

39. Austin C.L., Saylor R., Finley P.J. Moral distress in physicians and nurses: impact on professional quality of life and turnover. *Psychol Trauma*. (2017) 9:399–406. doi: 10.1037/tra0000201
40. Ayers S. Birth trauma and post-traumatic stress disorder: the importance of risk and resilience. *J Reprod Infant Psychol*. 2017;35(5): 427-430. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1386874>
41. Baas MAM, Scheepstra KWF, Stramrood CAI, Evers R, Dijkman LM, vanPampus MG. Work-related adverse events leaving their mark: a cross-sectional study among Dutch gynecologists. *BMC Psychiatry*. (2018) 18:73. doi: 10.1186/s12888-018-1659-1;
42. Baer R.A., Smith G.T., Hopkins J., Krietemeyer J., Toney L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27–45
43. Baird K., Kracen A. C. Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis *Counselling Psychology Quarterly*, June 2006; 19(2): 181–188
44. Bayri Bingol F., Demirgoz Bal M., Aygun M., Bilgic E. (2020). Secondary traumatic stress among midwifery students. *Perspectives in Psychiatric Care*. doi:10.1111/ppc.12674
45. Beck CT. Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nurs Res*. (2004) 53:28–35. doi: 10.1097/00006199-200401000-00005
46. Beck C.T. (2011). Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(1), 1–10. doi:10.1016/j.apnu.2010.05.005
47. Beck C.T. Secondary traumatic stress in maternal-newborn nurses: secondary qualitative analysis. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. (2020) 26:55–64. doi: 10.1177/1078390319886358
48. Beck C.T., Gable R. K., Sakala C., Declercq E. R. Posttraumatic stress disorder in new mothers: results from a two-stage U.S. national survey. *Birth*. (2011) 38:216–27. doi: 10.1111/j.1523-536X.2011.00475

49. Beck C., LoGiudice J., Gable R. A mixed-methods study of secondary traumatic stress in certified nurse-midwives: shaken belief in the birth process. *J Midwifery Women's Health*. 2015;60(1):16-23
50. Beck C.T., Gable R.K. A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2012;41:747–760
51. Beck C.T., Watson S. Subsequent childbirth after a previous traumatic birth // *Nursing Research*. 2010. Vol. 59. № 4. P. 241–249. DOI: 10.1097/NNR.0b013e3181e501fd
52. Bouchard L., Rainbow J. Compassion fatigue, presenteeism, Adverse Childhood Experiences (ACEs), and resiliency levels of Doctor of Nursing Practice (DNP) students. *Nurse Education Today*. (2021) 100:104852. doi: 10.1016/j.nedt.2021.104852
53. Bourke M.L., Craun S.W. Coping with secondary traumatic stress: Differences between U.K. and U.S. Child Exploitation heronnel. *Traumatology. An Int. J.* 2014, 20, 57–64. [CrossRef]
54. Bride B.R., Margaret M., Yegidis B., Figley C.R. Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Res Soc Work Pract.* 2004;14:27-35. 25.
55. Brown K.W., Ryan R M. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological wellbeing // *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003. Vol. 84. P. 822—848.
56. Brown K.W., Ryan R.M., Creswell J.D. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects // *Psychological Inquiry*. 2009. Vol. 18. P. 211—237
57. Budeva S. Secondary traumatization: an occupational risk for the helping professionals May 2021 Conference: «Социальная работа в современном мире: взаимодействие науки, образования и практики», 2018 Белгород, Россия, материалы X Международ. науч.-практ. конф.

58. Burlison JD, Quillivan RR, Scott SD, Johnson S, Hoffman JM. The effects of the second victim phenomenon on work-related outcomes: connecting selfreported caregiver distress to turnover intentions and absenteeism [published online ahead of print, 2016 Nov 2]. *J Patient Saf.* 2016: 1–13. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000301>
59. Byrne, V., Egan, J., Mac Neela, P., & Sarma, K. (2017). What about me? The loss of self through the experience of traumatic childbirth. *Midwifery*, 51, 1–11;
60. Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2001). Posttraumatic growth: The positive lessons of loss. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction & the experience of loss*. American Psychological Association.
61. Catling C., Reid F., Hunter B. Australian midwives' experiences of their workplace culture. *Women Birth.* 2016;30(2):137-145
62. Cauldwell M, Chappell LC, Murtagh G, Bewley S. Learning about maternal death and grief in the profession: a pilot qualitative study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2015;94:1346–53.
63. Cieslak R., Shoji K., Luszczynska A., Taylor S., Rogala A., Benight C.C. (2013). Secondary trauma self-efficacy: Concept and its measurement. *Psychological Assessment*, 25(3), 917–928. doi:10.1037/a0032687
64. Chen Q., Liang M., Li Y., Guo J., Fei D., Wang L., He L., Sheng C., Cai Y., Li X., et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* 2020, 7, e15–e16. [CrossRef] ;
65. Chen J., Lai X., Zhou L., et al. Association between exclusive breastfeeding and postpartum post-traumatic stress disorder // *International Breastfeeding Journal*. 2022. № 17. Article 78. DOI: 10.1186/s13006-022-00519-z
66. Cohen R., Leykin D., Golan-Hadari D., Lahad M. Exposure to traumatic events at work, posttraumatic symptoms and professional quality of life among midwives. *Midwifery.* 2017;50:1-8
67. Craigie M., Osseiran-Moisson R., Hemsworth D., Aoun S., Francis K., Brown J., et al. The influence of trait-negative affect and compassion satisfaction on

compassion fatigue in Australian Nurses. *Psychol Trauma*. (2016) 8:88– 97. doi: 10.1037/tra0000050

68. Davies S., Coldridge L. “No man’s land”: an exploration of the traumatic experiences of student midwives in practice. *Midwifery*. (2015) 31:858–64. doi: 10.1016/j.midw.2015.05.001

69. Delicate A., Ayers S., Easter A. et al. The impact of childbirth-related post-traumatic stress on a couple's relationship: A systematic review and meta-synthesis // *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2018. Vol. 36. № 1. P. 102–115. DOI: 10.1080/02646838.2017.1397270

70. Devilly Grant J., Wright R., Varker T. Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2009; 43:373_385

71. Dirik D., Sak R., Şahin-Sak İ.T. Compassion fatigue among obstetricians and gynecologists. *Curr Psychol* 40, 4247–4254 (2021). <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02022-w>

72. Dong C., Xu R., Xu L. Relationship of childhood trauma, psychological resilience, and family resilience among undergraduate nursing students: a cross-sectional study. *Perspect Psychiatr Care*. (2021) 57:852–9. doi: 10.1111/ppc.12626

73. Elmir, R., Pandas, J., Dahlen, H., & Schmied, V. (2017). A metaethnographic synthesis of midwives’ and nurses’ experiences of adverse labour and birth events. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 4184–4200. <https://doi.org/10.1111/jocn.13965>

74. Figley C.R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B.H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Selfcare issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3–28). Lutherville, MD: Sidran Press

75. Guducu N., Kayan B.O., Isci H., Basgul Yigiter A., Dunder I. Postpartum posttraumatic stress disorder in women delivering vaginally or by cesarean section. *J Oncol Pharm Pract*. 2013;5(3):114-117

76. Horsch A, Lalor J, Downe S. Moral and mental health challenges faced by maternity staff during COVID-19 pandemic. *Psychol Trauma*. (2020) 12:S141–2. doi: 10.1037/tra0000629
77. Jiang W., Wang Y., Zhang J., Song D., Pu C., Shan C. The Impact of the Workload and Traumatic Stress on the Presenteeism of Midwives: The Mediating Effect of Psychological Detachment. *Journal of Nursing Management*, 2023 Article ID 1686151 | <https://doi.org/10.1155/2023/1686151>
78. Joinson C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22, 116–122
79. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center. New York: Delta, 1990
80. Kendall-Tackett K., Tatano Beck C. Secondary Traumatic Stress and Moral Injury in Maternity Care Providers 2022 *Front. Glob. Womens Health*, 04 May 2022 Sec. Maternal Health Volume 3 - 2022 <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.835811>
81. Kerestes C. Re: work-related posttraumatic stress symptoms in obstetricians and gynaecologists: findings from INDIGO, a mixed-methods study with a cross-sectional survey and in-dept interviews. *Br J Obstetr Gynaecol*. (2020) 127:910–1. doi: 10.1111/1471-0528.16208
82. Kerkman T., Dijksman L.M., Baas, M.A. M., Evers R., Pampus M.G., Stramrood C.A.I. (2019). Traumatic Experiences and the Midwifery Profession: A Cross-Sectional Study Among Dutch Midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health*. doi:10.1111/jmwh.12946
83. Kruper A., Kaljo K., Parthum K., Treat R., Domeyer-Klenske A.E. Secondary Traumatic Stress in Obstetrics & Gynecology: Provider Experience and Programmatic Needs *Obstetrics & Gynecology* 133():p 182S, May 2019. DOI: 10.1097/01.AOG.0000558926.03373.05

84. Kruper A., Domeyer-Klenske A., Pilarski A., Kaljo K., Secondary Traumatic Stress in Ob-Gyn - A Mixed Methods Analysis Assessing Physician Impact and Needs 2020 Medical College of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin
85. Lawrence G. Calhoun, Richard G. Tedeschi. The Foundations of Posttraumatic Growth: New Considerations. University of North Carolina-Charlotte. p.93–102 [e-resource]: Psychological Inquiry 2004. Vol. 15. No.1. <https://sites.uncc.edu/ptgi/wp-content/uploads/sites/9/2013/01/PTG-NewConsidertrns-2004.pdf>
86. Leinweber J, Rowe HJ. The costs of “being with the woman”: secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*. (2010) 26:76–87. doi: 10.1016/j.midw.2008.04.003
87. Mantri S, Lawson JM, Wang Z, Koenig HG. Identifying moral injury in healthcare professionals: the Moral Injury Symptom Scale–HP. *J Relig Health*. (2020) 59:2323–40. doi: 10.1007/s10943-020-01065-w
88. McCann L., Pearlman L.A. Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims. *J Trauma Stress* 1990;3(1):131-49
89. McCready S., Russell R. A national survey of support and counselling after maternal death. *Anaesthesia*. (2009) 64:1211–7. doi: 10.1111/j.1365-2044.2009.06064.x
90. McGibbon E., Peter E., Gallop R. An institutional ethnography of nurses’ stress. *Qual Health Res*. (2010) 20:1353–78. doi: 10.1177/1049732310375435
91. Nicholls, K., & Ayers, S. (2007). Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 12(4), 491–509
92. Nimmo A, Huggard P. A systematic review of the measurement of compassion fatigue, vicarious trauma, and secondary traumatic stress in physicians. *Australas J Disaster Trauma Stud*. 2013;1: 37–44;

93. Nuzum D, Meaney S, O'Donoghue K. The impact of stillbirth on consultant obstetrician gynaecologists: a qualitative study. *BJOG*. 2014;121:1020–8;
94. Orrù G., Ciacchini R., Gemignani A., Conversano C. Perspective article Psychological intervention measures during the COVID-19 pandemic Graziella Orrù, Rebecca Ciacchini, Angelo Gemignani, Ciro Conversano. *Clin. Neuropsychiatry* 2020, 17, 76–79.;
95. Orrù G., Marzetti F., Conversano C., Vagheggini G., Miccoli M., Ciacchini R., Panait E., Gemignani A. Secondary Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Workers during COVID-19 Outbreak. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 337. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010337>
96. Pearlman L.A., Saakvitne K.W. Trauma and the therapist. Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. In: Saakvitne KW, Pearlman LA. *Transforming the pain. A workbook on vicarious traumatization*. New York, London: W.W. Norton & Company, 1995
97. Pines A.M., Aronson E., Burnout K.D. *From Tedium to Personal Growth*. New York: Free Press. 1981
98. ProQOL: Professional Quality of Life: [Электронный ресурс]. URL: <https://proqol.org>. (Дата обращения: 19.09.2023)
99. Puia DM, Lewis L, Beck CT. Experiences of obstetric nurses who are present for a perinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013;42:321–31
100. Ravaldi C., Mosconi L., Mannetti L, Checconi M., Bonaiuti R., Ricca V., Mosca F., Dani C. and Vannacci A. (2023) Post-traumatic stress symptoms and burnout in healthcare professionals working in neonatal intensive care units: Results from the STRONG study. *Front. Psychiatry* 14:1050236. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1050236
101. Rauvola R.S., Vega D.M., Lavigne K.N. Compassion Fatigue, Secondary Traumatic Stress, and Vicarious Traumatization: a Qualitative Review and Research Agenda. *Occup Health Sci* 3, 297–336 (2019). <https://doi.org/10.1007/s41542-019-00045-1>

102. Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2017). Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1)
103. Rice H, Warland J. Bearing witness: midwives experiences of witnessing traumatic birth. *Midwifery*. 2013;29: 1056–63. 20
104. Rodr'iguez-Almagro, J., Hern'andez-Mart'inez, A., Rodr'iguez-Almagro, D., Quir'os-Garc'ia, J. M., Mart'inez-Galiano, J. M., & G'omez-Salgado, J. (2019). Women's perceptions of living a traumatic childbirth experience and factors related to a birth experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1654;
105. Rourke M.T. (2007). Compassion fatigue in pediatric palliative care providers. *Pediatric Clinics of North America*, 54, 631–644
106. Saakvitne K.W., Pearlman L.A., & Traumatic Stress Inst, Ctr for Adult & Adolescent Psychotherapy, LLC. (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*. W W Norton & Co
107. Saxbe D., Horton K.T., Tsai A.B. The Birth Experiences Questionnaire: a brief measure assessing psychosocial dimensions of childbirth. *J Fam Psycho*. 2018;32(2):262-268
108. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009;18:325–30
109. Schröder, K., Edrees, H. H., Christensen, R. d., Jørgensen, J. S., Lamont, R. F., & Hvidt, N. C. (2019). Second victims in the labor ward: Are Danish midwives and obstetricians getting the support they need? *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 31(8), 583. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy219>
110. Schröder K., Jørgensen J.S., Lamont R.F. Blame and guilt - a mixed methods study of obstetricians' and midwives' experiences and existential considerations after involvement in traumatic childbirth. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2016;95(7):735–745. doi:10.1111/aogs.12897

111. Schröder, K., la Cour, K., Jørgensen, J. S., Lamont, R. F., & Hvidt, N. C. (2017). Guilt without fault: A qualitative study into the ethics of forgiveness after traumatic childbirth. *Social Science & Medicine*, 176, 14–20. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.017>
112. Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof.* 2013;36:135–62
113. Shay J. *Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character*. New York, NY: Simon and Schuster (2010)
114. Sheen, K., Slade, P., & Spiby, H. (2014). An integrative review of the impact of indirect trauma exposure in health professionals and potential issues of salience for midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 729–743
115. Sheen K, Spiby H, Slade P, Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: prevalence and association with burnout. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(2):578-587
116. Shorey S., Wong. P. Z. E. (2021). Vicarious Trauma Experienced by Health Care Providers Involved in Traumatic Childbirths: A Meta-Synthesis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 152483802110131. doi:10.1177/15248380211013135
117. Slade P., Balling K., Sheen K., Goodfellow L., Rymer J., Spiby H., et al. Workrelated posttraumatic stress symptoms in obstetricians and gynaecologists: findings from INDIGO, a mixed-methods study with cross-sectional survey and in-depth interviews. *Br J Obstet Gynaecol.* (2020) 127:600–8. doi: 10.1111/1471-0528.16076
118. Spiby H, Sheen K, Collinge S, Maxwell C, Pollard K, Slade P. Preparing midwifery students for traumatic workplace events: findings from the POPPY (Programme for the Prevention of Posttraumatic Stress Disorder in Midwifery) feasibility study. *Nurse Educ Today.* 2018;71: 226-232
119. Stamm B.H. *The Concise ProQOL Manual: the concise manual for the professional quality of life scale* [Электронный ресурс]. Pocatello: ProQOL, 2010.

78 p. URL: <https://www.researchgate.net/publication/340033923> (дата обращения: 19.06.2023)

120. Suarez A., Yakupova V. Past Traumatic Life Events, Postpartum PTSD, and the Role of Labor Support. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023, 20, 6048. <https://doi.org/10.3390/ijerph20116048>

121. Tedeschi, R. G., Kaitlin Luna (2019). Interview Speaking of Psychology: Transformation After Trauma. DC: American Psychological Association. [e-resource]:<https://www.apa.org/research/action/speaking-ofpsychology/transformation-trauma>

122. Ting L., Jacobson J. M., Sanders S., Bride B. E., Harrington D. (2005). The Secondary Traumatic Stress Scale (STSS): Confirmatory factor analysis with a national sample of mental health social workers. *Journal of Woman Behavior in the Social Environment*, 11, 177–194

123. Thomson, G., & Downe, S. (2008). Widening the trauma discourse: The link between childbirth and experiences of abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 268–273

124. Toohill J., Fenwick J., Sidebotham M., Gamble J., Creedy D.K. Trauma and fear in Australian midwives. *Women Birth*. 2018;32(1):64-71

125. Uddin N., Ayers S., Khine R., Webb R. (2022). The Perceived Impact of Birth Trauma Witnessed by Maternity Health Professionals: A Systematic Review. *Midwifery*, 114, 103460. doi:10.1016/j.midw.2022.103460

126. Way B.M., Creswell J.D., Eisenberger N.I., Lieberman M.D. // *Emotion*. 2010. Vol. 10. P. 12—24. 8. Effects of Mindfulness on Meta Awareness and Specificity of Describing Prodromal Symptoms in Suicidal Depression / Hargus E., Crane C., Barnhofer T., Williams J. // *Emotion*. 2010. Vol. 10. P. 34—42

127. Wahlberg A., Hallberg G., Jonsson M., et al. Post-traumatic stress symptoms in Swedish obstetricians and midwives after severe obstetric events: a cross-sectional retrospective survey. *BJOG: Int J Obstet Gynaecol*. 2016; 124:1264-1271

128. Wahlberg Å., Andreen Sachs M., Johannesson K., Hallberg G., Jonsson M., Skoog Svanberg A., Högberg U. Post-traumatic stress symptoms in Swedish obstetricians and midwives after severe obstetric events: a cross-sectional retrospective survey. *BJOG: An international journal of obstetrics and gynaecology*. 2017;124(8):1264–1271. doi:10.1111/1471-0528.14259
129. Wahlberg A, Hogberg U, Emmelin M. The erratic pathway to regaining a professional self-image after an obstetric workrelated trauma: a grounded theory study. *Int J Nurs Stud*. (2019) 89:53–61. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.07.016
130. Wang Z., Harold K. G., Tong Y., Wen J., Sui M., Liu H., et al. Moral injury in Chinese health professionals during the COVID-19 pandemic. *Psychol Trauma*. (2022) 14:250–7. doi: 10.2139/ssrn.3606455
131. Weeks F., Pantoja L., Orti J., Foster J., Cavada G., Binfia L. Labor and birth care satisfaction associated with medical interventions and accompaniment during labor among Chilean women. *J Midwifery Women's Health*. 2017;62(2):196-203.)
132. Williams C.L., Berenbaum H. Acts of omission, altered worldviews, and psychological problems among military veterans. *Psychol Trauma*. (2019) 11:391–5. doi: 10.1037/tra0000394
133. Wilson, Ph.D., J.P., & Thomas, Ph.D., R.B. (2004). *Empathy in the Treatment of Trauma and PTSD* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203020999>
134. Yakupova V., Suarez A., Kharchenko A. Birth Experience, Postpartum PTSD and Depression before and during the Pandemic of COVID-19 in Russia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(1):335. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010335>
135. Yalçın D., Bayrı Bingöl F. The Effect of Secondary Traumatic Stress Level on Psychological Resilience of Midwives Acıbadem Univ. Sağlık Bilim. Derg. 2023; 14 (2): 310-317 <https://doi.org/10.31067/acusaglik.1191705>
136. Yildirim G., Kidak L. B. Secondary Traumatic Stress Scale: an adaptation study. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2018;19(1):45-51

Приложение А

Информированное согласие на участие в психологическом исследовании

Приглашаю Вас принять участие в психологическом исследовании, целью которого является изучение взаимосвязи вторичного травматического стресса и уровня осознанности личности врача акушера–гинеколога родильного отделения. Организатором исследования является Т.Н. Арбузова, проводящая его в рамках подготовки магистерской диссертации (ТГУ).

В этом исследовании могут принять участие врачи акушеры–гинекологи, работающие в различных медицинских учреждениях.

Прежде чем Вы решите принять участие в этом исследовании, мне бы хотелось предоставить Вам информацию об этом исследовании, о том, что Вас ожидает и о возможных рисках.

Условия участия в исследовании. Вы можете принять участие в исследовании, если:

– Вы врач акушер–гинеколог (если в Ваши обязанности входит принятие родов, то Ваши ответы будут отнесены к основной группе респондентов «акушеры», если Вы не принимаете роды, а работаете в женской консультации/медицинской клинике/гинекологическом стационаре, то Ваши ответы будут отнесены к контрольной группе «гинекологи»);

– На момент заполнения анкет Вы работаете по профессии и не находитесь в отпуске или на больничном;

– Вы согласны предоставить информацию, относящуюся к Вашей профессиональной деятельности, социально–экономическому положению и личной сфере.

Добровольность участия. Ваше участие в исследовании исключительно добровольно. Вы можете принять решение не участвовать в исследовании сейчас или отказаться продолжать участвовать на любом этапе без каких–либо негативных последствий.

Конфиденциальность. Ваше имя и любые иные персональные данные, не будут упомянуты где–либо в связи с теми сведениями, которые Вы сообщите. Вы вправе не указывать свое имя и можете указать псевдоним или проставить код (любые 5 букв и 3 цифры в разноряд, например, АСБДГ157) для соблюдения анонимности исследования. Все результаты исследования будут представляться в магистерской работе только в общем массиве, а не индивидуально. Все данные, собранные в ходе исследования, будут доступны только мне.

Процедура исследования. Вам будет предложено онлайн заполнить анкету и 4 опросника. Это займет около 30–40 минут. Так же Вы можете заполнить опросники не сразу, за один присест, а в течение нескольких дней. Анкета и опросники созданы через google–форму. Настройки этой google–формы не

Продолжение Приложения А

собирают адреса электронной почты, а респонденты не могут посмотреть другие ответы и сводные диаграммы.

По результатам исследования планируется обобщить данные из анкеты и опросников с целью их анализа для написания магистерской диссертации и публикации основных положений этой диссертации в журналах. У Вас будет возможность ознакомиться с результатами исследования.

Возможные неудобства. Некоторые вопросы анкеты и опросников, возможно, затрагивают личные и/или эмоционально тяжелые темы, а также проблемы, связанные с профессиональной деятельностью. Помните, что Вы можете отказаться от участия в исследовании на любом этапе. Данное исследование не предполагает чрезвычайных ситуаций, однако в случае возникновения таковых Вам будет оказана профессиональная психологическая помощь.

Выгоды. Участие в исследовании не предполагает получение респондентом денежной или материальной компенсации. Информация, полученная в ходе этого исследования, может в будущем принести пользу и Вам, и другим людям.

Внимание! У респондентов есть возможность получить индивидуальные результаты с расшифровкой, Памятку о вторичном травматическом стрессе (ВТС) и Руководство по профилактике и совладанию с ВТС. Если Вы хотите получить указанные материалы, прошу Вас в анкете отметить «ДА» в соответствующем вопросе и указать адрес Вашей электронной почты.

Если у Вас возникнут вопросы, касающиеся исследования, Вы можете обратиться ко мне по электронному адресу **tn.arbuzova@gmail.com**

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ НА УЧАСТИЕ В ИССЛЕДОВАНИИ

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) цели, процедуру, методы и возможные неудобства участия в исследовании. У меня была возможность задать все интересующие меня вопросы. Я получил(а) удовлетворительные ответы и уточнения по всем вопросам, интересовавшим меня в связи с данным исследованием. Я даю свое согласие на участие в исследовании.

Согласен _____

Не согласен _____

ФИО, псевдоним или код участника (любая комбинация 5 букв и 3 цифр в разноразрядной)

Продолжение Приложения А

Социально–демографическая анкета респондента

1	ФИО, псевдоним или код участника (любая комбинация 5 букв и 3 цифр в разнбой). Указывается то же, что и в информированном согласии. _____
2	Пол:
	Ж
	М
3	Возраст _____
4	Место жительства (город) _____
5	Семейный статус:
	Незамужем/неженат
	Замужем/женат/гражданский брак
	В разводе
6	Наличие детей:
	Да
	Нет
7	Профессия:
	Акушер–гинеколог родильного отделения
	Акушер–гинеколог, не принимающий роды
8	Место работы:
	Родильный дом
	Перинатальный центр
	Женская консультация
	Поликлиника, медицинский центр
	Больница, гинекологический стационар
9	Организационно–правовая форма вашего места работы
	Бюджетная
	Коммерческая
	Совмещаю работу и там и там
10	Специализируется ли Ваше место работы на патологии беременных или детей?
	Да
	Нет
11	Входит ли в Ваши обязанности прерывание беременности?
	Да, медикаментозно
	Да, инструментально
	Нет
12	Стаж работы по профессии _____
13	Количество рабочих часов в месяц (в среднем) _____
14	Длительность рабочего дня (смены) _____

Продолжение Приложения А

15	Количество родов/клиентов в месяц (если приходит один и тот же клиент, то учитывается каждый прием) _____
16	Совмещаете ли Вы работу врачом с административными обязанностями (зав.отделения, главный врач и т.п.):
	Да
	Нет
17	Сколько раз в год Вы ходите в отпуск (когда Вы <u>вообще</u> не работаете): _____
18	Сколько недель суммарно Вы по-настоящему отдыхали за последние 24 месяца: _____
19	Сколько дней суммарно Вы болели за последние 12 месяцев: _____
20	Работали ли Вы в «красной зоне» в период пандемии COVID-19:
	Да
	Нет
21	Диагностировалось ли у Вас ментальное расстройство психики (депрессия, ПТСР, биполярное расстройство и др.):
	Да
	Нет
22	Если да, то какое: _____
23	Был ли в Вашей личной истории опыт насилия (физического, сексуального, акушерского):
	Да
	Нет
24	Как часто Вы, на ваш взгляд, на работе становитесь свидетелем физической или психоэмоциональной травмы Ваших пациентов/клиентов или их детей:
	Никогда
	Изредка
	Иногда
	Часто
	Очень часто
25	Где чаще всего Вы находите поддержку в случае психоэмоциональных проблем (выберите до 4 вариантов):
	Коллеги на работе
	Семья и друзья
	Вышестоящее руководство
	Психолог/психотерапевт
	Вера
	Спорт, йога, практики релаксации
	Хобби
	Успокоительные средства, антидепрессанты и т.п.
	Курение, алкоголь, наркотики

Продолжение Приложения А

26	Как Вы считаете, чья поддержка лучше всего может помочь Вам в преодолении психоэмоциональных проблем (выберите до 2 вариантов):
	Коллег на работе
	Семьи и друзей
	Руководства
	Личного психолога/психотерапевта
	Специального сотрудника в штате роддома/клиники, занимающегося психоэмоциональной поддержкой персонала
27	Есть ли Вас регулярная личная психотерапия?
	Да
	Нет
28	Знакомы ли Вы с понятиями вторичного травматического стресса, викарной травмы или усталости от сострадания, знаете ли их симптомы, причины возникновения и отличия от выгорания?
	Да
	Нет
29	Если ответ на предыдущий вопрос «да», то используете ли Вы какие-либо способы самопомощи для снижения рисков травмы?
	Да
	Нет
30	Как Вы считаете, нужны ли медикам знания о психоэмоциональных травмах, связанных с выполнением своих рабочих обязанностей, их симптомах, способах профилактики и преодоления?
	Да
	Нет
31	Хотите ли Вы после прохождения опроса войти в экспериментальную группу респондентов и выполнять задания, направленные на улучшение Вашего психоэмоционального состояния?
	Да
	Нет
32	Хотите ли Вы получить индивидуальные результаты с расшифровкой, Памятку о вторичном травматическом стрессе (ВТС) и Руководство по профилактике и совладанию с ВТС
	Да
	Нет
33	Адрес Вашей электронной почты (для отправки результатов и/или связи для участия в апробации программы) _____