

УДК 159.97

DOI <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2020.1-1.22>**А. Н. Крутолевич**кандидат психологических наук,
доцент кафедры психологии

Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ И ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Работа медицинских работников скорой помощи, реанимации во всем мире связана с повышенным риском развития заболеваний, обусловленных стрессом. Этому способствуют условия работы, высокий уровень ответственности и социальное давление, большой объем физических нагрузок, конфронтация с реакцией родных умерших пациентов. Все это может привести к развитию первичной и вторичной психической травматизации и быть причиной развития других психических и физических заболеваний, ассоциированных с пережитыми травматическими и стрессовыми ситуациями.

Статья посвящена изучению проблемы социальной поддержки и ее проявлений при психической травматизации медицинских работников, а именно – медицинских работников скорой помощи и медицинских работников реанимационного и хирургического отделений.

В целом медицинские работники оценили воспринимаемую социальную поддержку достаточно высоко; медицинские работники реанимационного и хирургического отделений оценили в среднем социальную поддержку высоко, а работники скорой медицинской помощи значительно ниже (средний уровень).

Медицинские работники скорой помощи имели достоверно менее выраженную социальную поддержку как со стороны друзей, так со стороны семьи. Касаемо поддержки со стороны значимых близких достоверных различий выявлено не было.

В отношении симптоматики посттравматического стрессового расстройства наиболее выраженной была корреляция с параметром «поддержка со стороны близких» ($r_s = -0,400$ при $p = 0,000$), а в отношении вторичной травматизации – «поддержка со стороны семьи» ($r_s = -0,211$ при $p = 0,015$) и «поддержка со стороны близких» ($r_s = -0,291$ при $p = 0,001$).

Исследование позволяет сделать вывод о том, что такие проявления социальной поддержки, как поддержка семьи и значимых близких, имели наиболее выраженное значение для психической травматизации медицинских работников.

Тренинг по формированию стрессоустойчивости, обучение работников методам экстренной антистрессовой самопомощи, включение мероприятий, направленных на расширение репертуара конструктивных копинг-стратегий, наличие супервизии могли быть полезными.

Ключевые слова: социальная поддержка, особенности социальной поддержки, посттравматическое стрессовое расстройство, вторичная психическая травматизация, медицинские работники.

Постановка проблемы. Работа медицинских работников скорой помощи, реанимации во всем мире связана с повышенным риском развития заболеваний, обусловленных стрессом. Этому способствуют условия работы, иногда даже с риском для собственной жизни, высокий уровень ответственности и социальное давление, большой объем физических нагрузок, реакции родных умерших. Работа медицинских работников проходит в узких временных рамках, под давлением времени, принятия решения и ответственности, с предельной физической нагрузкой, как в период оказания срочной медицинской помощи, так и во время проведения реанимационных мероприятий и хирургических вмешательств в отделениях больниц. Все это может привести к развитию первичной и вторичной психической травматизации и быть причиной развития других психических и физических заболеваний, ассоциированных с пережитыми травматическими

и стрессовыми ситуациями. Для различных профессиональных групп с повышенным риском, как в рамках масштабных катастрофических событий, так и для ежедневной рутинной деятельности, получены неоднородные данные по уровню распространенности посттравматических стрессовых расстройств. В то время как в исследовании Teegen et al. (2000) у 36 % из 129 работников-парамедиков была выявлена полная картина посттравматического стрессового расстройства, в исследовании Regehr, Goldberg и Hughes (2002) обнаружена у 29 % из 86 опрошенных работников - парамедиков симптоматика посттравматического стрессового расстройства [1; 2]. Для сравнения следует указать, что среди общего населения уровень распространенности ПТСР в течение жизни лежит в пределах 7–8% [3].

Многочисленные исследования подчеркивают важную роль социальной поддержки в отношении

психопатологических показателей работников спасательных служб. Защитная функция во многом объясняется тем, что социальная поддержка действует как буфер между стрессообразующими событиями и психическим здоровьем. В качестве «буфера» социальная поддержка вклинивается между стресс-фактором и последующей реакцией на стресс и ослабляет его воздействие на индивида. Немаловажным аспектом социальной поддержки является и то, что за счет поддержки со стороны друзей или коллег происходит разделение социальной ответственности. Эмоциональная социальная поддержка положительно сказывается на субъективном благополучии и предотвращают, или снижают уровень стресса. Инструментальная социальная поддержка заключается в предоставлении ресурсов и оказание актуальной помощи. Таким образом, социальная поддержка помогает пережить трудные ситуации и служит источником надежды в ситуации постоянного стресса. Социальная поддержка смягчает, а иногда и полностью устраняет жизненные трудности, и удовлетворяет человеческую потребность в эмоциональной близости и защищенности.

Анализ основных исследований и публикаций. Как уже было указано выше, социальная поддержка возвращает внезапно утраченное благополучие и служит ресурсом стрессоустойчивости. В современной научной психологической литературе представлено достаточное количество исследований, которые указывают на достоверную взаимосвязь между уровнем профессионально обусловленными стрессовыми расстройствами и социальной поддержкой, так в исследованиях van der Ploeg (2003), Regehr (2003) описано значение профессионального окружения, а в работах Davidson (2008), Dekel & Solomon (2006) представлена роль поддержки со стороны семьи [4–7]. Eriksson, Vande Kemp, Gorsuch et al. (2001) пришли к такому же выводу: работники экстремальных служб имели менее выраженную симптоматику ПТСР, если они испытали больше воспринимаемой социальной поддержки [8].

Haber, Cohen, Lucas et al. (2007) подчеркнули, что качество воспринимаемой социальной поддержки намного важнее, чем размер социального окружения и интенсивность проявленной поддержки со стороны социального окружения [9].

Социальная поддержка затрагивает не только частное окружение, но также коллег и руководство. Van der Ploeg и Kleber (2003) смогли показать в своем исследовании, что слабая поддержки со стороны начальства и недостаток общения среди коллег является одним из наиболее важных предикторов в развитии посттравматического стрессового расстройства [4].

Maercker и Horn (2013) показали, что восприятие общественного признания травмированными является важным дистальным аспектом воспри-

маемой социальной поддержки и также выполняет защитную функцию [10].

Недостаточная социальная поддержка приводит к ухудшению психического здоровья, пролонгации и хроническому протеканию симптоматики посттравматического стрессового расстройства [4; 11]. Мета-анализы Brewin, Andrews и Valentine (2000) и Ozer, Best, Lipsey и Weiss (2003) подтвердили негативную взаимосвязь с посттравматическим стрессовым расстройством, среднее значение корреляции составило $-0,28$ – $-0,40$ [12; 13].

Цель исследования – определение взаимосвязи психической травматизации медицинских работников скорой помощи, реанимационного и хирургического отделений и воспринимаемой ими социальной поддержки. Гипотетически рассматривается вопрос о наличии обратной взаимосвязи между двумя вышеуказанными параметрами. Для более точного раскрытия данного вопроса изучается разница между группами медицинских работников скорой помощи, реанимационного и хирургического отделений относительно уровня и видов воспринимаемой социальной поддержки. Обработка эмпирических данных, их систематизация, а также их количественное описание посредством основных статистических показателей, анализ на определение статистической разницы между группами, корреляционный анализ данных были проведены с помощью программного обеспечения PASW/SPSS 18.0.

Изложение основного материала. На вопросы методик ответило 54 медицинских работника скорой помощи и 80 медицинских работников реанимационного и хирургического отделений областной клинической больницы (N=134). В комплексную анкету-опросник вошли вопросы на определение уровня распространенности первичной, вторичной психической травматизации, уровня воспринимаемой социальной поддержки.

Для определения первичной психической травматизации использовалась шкала оценки влияния травматического события (сокр. ШОВТС, англ. Impact of Event Scale, сокр. IES-R), опубликована Горовицем с соавторами в 1979 г. и адаптирована Н.В. Тарабриной. ШОВТС – клиническая тестовая методика, направленная на выявление симптомов посттравматического стрессового расстройства и оценку степени их проявления [14]. Шкала состоит из 22 пунктов, оценка дается по четырехбалльной шкале Ликерта.

Опросник по определению уровня вторичной травматизации (Secondary Trauma Questionnaire) включает в себя 18 утверждений, каждое из которых оценивается по пятибалльной шкале Ликерта. Шкала была разработана для оценки степени выраженности посттравматических стрессовых реакций у лиц, оказавшихся вовлеченными в травматическое событие другого человека. Оценка результатов

производится суммированием баллов, а итоговый показатель позволяет выявить степень воздействия на индивида травматического события, связанного с другим человеком [15; 16].

С целью определения уровня социальной поддержки использовалась многомерная шкала восприятия социальной поддержки (M.S.P.S.S.), которая была разработана Зиметом и адаптирована к использованию на русском языке в исследованиях Н.А. Сироты и В.М. Ялтонского. Она оценивает эффективность социальной поддержки по трем аспектам – «Поддержка семьи», «Поддержка друзей» и «Поддержка значимых других». Возможный диапазон итоговой оценки лежит в пределах от 12 до 84 баллов; чем выше балл, тем выше воспринимается социальная поддержка. Она включает в себя 12 утверждений, которые оцениваются от 1 до 7 по шкале Ликерта [17].

Вышеуказанные опросники являются валидированными психодиагностическими методиками и находят широкое применение в области клинической психологии. С основными психометрическими характеристиками данных методик можно ознакомиться в оригинальных статьях, указанных в списке литературы.

Прежде всего, полученные данные по трем методикам, проверялись на нормальность распределения. Наиболее часто употребляемым критерием для проверки гипотезы о законе распределения является критерий Колмогорова-Смирнова: При отличии распределения признака в изучаемой выборке от нормального распределения со статистической значимостью менее 0,05 ($p < 0,05$) распределение признака в выборке признаётся не нормальным.

Все изучаемые признаки в данном исследовании не являлись нормально распределёнными. В связи несоответствию данных нормальному распределению для сравнения двух независимых выборок (работники скорой медицинской помощи и работников реанимационного и хирургического отделений) использовался метод U-тест Манна-Уитни для двух независимых выборок. Для не нормально распределённых данных использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена, который обозначается r_s и определяется сравнением рангов – номеров значений сравниваемых переменных в их упорядочении.

По методике ШОВТС были полученные следующие статистические данные: 73 % медицинских работников имели низкий и пониженный уровни симптоматики посттравматического стрессового расстройства, 16 % – средний уровень и 11 % – повышенный и высокий уровни проявления симптоматики ПТСР. Согласно методике «Вторичная психическая травматизация» у 15 % опрошенных медицинских работников выявлена симптоматика вторичной психической травматизации, 4 % из них

имели высокий уровень проявления симптоматики вторичной психической травматизации.

В целом медицинские работники оценили воспринимаемую социальную поддержку достаточно высоко, среднее арифметическое значение для всей выборки составило 72,20, что соответствует высокому уровню: при этом, медицинские работники реанимационного и хирургического отделений оценили в среднем социальную поддержку в 76,34 балла, а работники скорой медицинской помощи значительно ниже, в 66,07 балла, что соответствует уже среднему уровню.

Далее рассматривался вопрос о взаимосвязи данных по методикам «ШОВТС», «Вторичная психическая травматизация» и «Воспринимаемая социальная поддержка». Для этого был рассчитан коэффициент корреляции по Спирмену (с учетом распределения данных).

Корреляционный анализ показал, что связь между данными по шкалам «Воспринимаемая социальная поддержка» и «Вторичная травматизация» обратная; коэффициент составил $-0,252$ при $p = 0,003$. Далее, связь между данными по субшкалам «Поддержка со стороны семьи», «Поддержка со стороны друзей», «Поддержка со стороны близких» и по шкале «Вторичная травматизация», также была обратная и составила $r_s = -0,211$ при $p = 0,015$, $r_s = -0,189$ при $p = 0,025$ и $r_s = -0,291$ при $p = 0,001$ соответственно.

Корреляционный анализ показал, что связь между данными по методикам «Воспринимаемая социальная поддержка» и «Шкала влияния травматического события» обратная. Так, коэффициент между параметрами $r = -0,211$ при $p = 0,014$. Связь между данными по субшкалам «Поддержка со стороны семьи», «Поддержка со стороны друзей» и по методике «Шкала влияния травматического события» не была достоверной $r_s = -0,083$ при $p = 0,340$ для параметра «Поддержка со стороны семьи» и $r_s = -0,159$ при $p = 0,066$ для параметра «Поддержка со стороны друзей». Связь между данными по субшкале «Поддержка со стороны близких» и по методике «Шкала влияния травматического события» – обратная и высокодостоверная, $r_s = -0,400$ при $p = 0,000$.

Далее, для выявления статистически значимых различий относительно уровня и видов социальной поддержки между профессиональными группами (работники скорой медицинской помощи и работники реанимационного и хирургического отделений) был рассчитан критерий U-Манна-Уитни.

Исследование показало, что работники скорой медицинской помощи имели менее выраженную социальную поддержку (средний ранг данного параметра для медицинских работников реанимационного и хирургического отделений составил 81,40, а для работников скорой помощи – 46,91), менее выраженную поддержку со стороны семьи (средний

ранг данного параметра для медицинских работников реанимационного и хирургического отделений составил 85,67, а для работников скорой помощи – 40,63) и менее выраженную поддержку со стороны друзей (средний ранг данного параметра для медицинских работников реанимационного и хирургического отделений составил 80,26, а для работников скорой помощи – 48,60). При этом, разница средних рангов является статистически значимой для общего уровня воспринимаемой социальной поддержки, поддержки со стороны семьи и со стороны друзей: так, для данных по методике «Воспринимаемая социальная поддержка» критерий $U = 1048,000$ при $p = 0,000$, для данных по субшкале «Поддержка со стороны семьи» критерий $U = 709,000$ при $p = 0,000$, а для данных по субшкале «Поддержка со стороны друзей» критерий $U = 1139,500$ при $p = 0,000$.

Однако не была выявлена статистически значимая разница между работниками скорой медицинской помощи и работниками реанимационного и хирургического отделений в отношении поддержки со стороны близких. Так, для общего уровня проявления симптоматики посттравматического стрессового расстройства средний ранг для медицинских работников реанимационного и хирургического отделений составил 67,36, а для работников скорой помощи – 67,70. Разница средних рангов по данному признаку статистически незначима, так критерий $U = 2149,000$ при $p = 0,960$.

Исследование показало, что в отношении симптоматики первичной психической травматизации наиболее выраженную взаимосвязь имела поддержка со стороны близких, а в отношении симптоматики вторичной психической травматизации - поддержка со стороны близких и поддержка со стороны семьи. Поддержка со стороны семьи оказалась значительно ниже у работников скорой медицинской помощи, чем у их коллег из реанимационного и хирургического отделений. Из всех видов социальной поддержки поддержка со стороны близких была наименее выраженной для обеих профессиональных групп.

Выводы. Воспринимаемая социальная поддержка и признание показали себя вновь как потенциальный фактор–протектор, который был связан с более низкими показателями первичной и вторичной травматизации медицинских работников. Наиболее выраженной являлась данная взаимосвязь для поддержки со стороны семьи и значимых близких людей. Процессы проработки травмы работников экстремальных служб происходят в тесном социальном контексте. Так, с одной стороны, работники экстремальных служб являются частью команды и это обусловлено профессией, а с другой стороны, стрессовые реакции могут быть минимизированы за счет социальной поддержки близких и семьи. При этом важно учитывать, что качество воспринимаемой социальной поддержки намного важнее, чем размер социальной сети и интенсивно-

сти оказываемой поддержки Haber, Cohen, Lucas et al. (2007) [9].

В качестве ограничения данного исследования можно рассматривать то обстоятельство, что восприятие социальной поддержки носит субъективный характер и меняется в зависимости от состояния человека. В данном исследовании оценка социальной поддержки дается только со стороны медицинских работников; по данному вопросу не учитывается мнение ни членов семьи, ни друзей.

Также в научной литературе есть указание на то, что оказываемая социальная поддержка имеет тенденцию к ослаблению в течение времени. На ослабление социальной поддержки со временем указывается, например, в исследованиях Pennebaker & Harber (1993) и Regehr, Hill, Knott et al. (2003) [18, с. 5]. Одним из возможных объяснений ослабления социальной поддержки могло бы быть изменение личности работников экстремальных служб вследствие профессиональной деятельности. Изменение личности рассматривается как следствие хронического напряжения и выражается состоянием отчужденности, недоверчивости, ухода в себя и снижением мотивации [19].

Работа по профилактике профессиональнообусловленных психических состояний и улучшение качества жизни медицинских работников предполагает проведение комплекса мероприятий, направленных на: включение в систему обучения, переподготовки и психологического сопровождения профессиональной деятельности комплекса занятий по формированию стрессоустойчивости; обучение работников методам экстренной антистрессовой самопомощи; включение мероприятий, направленных на расширение репертуара конструктивных копинг-стратегий; наличие супервизии.

Супервизия позволяет медицинскому работнику поделиться своими чувствами, выявить и обозначить затруднения, возникшие в работе с пациентом, получить обратную связь, проанализировать причины своих затруднений, расширить свои теоретические представления, наметить пути дальнейшей работы с клиентом.

Литература:

1. Teegen F., & Yasui Y. (2000). Traumaexposition und posttraumatische Belastungsstörungen bei dem Personal von Rettungsdiensten. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*. Nr 21(1). S. 65–83.
2. Regehr C., Goldberg G., & Hughes J. (2002). Exposure to human tragedy, empathy, and trauma in ambulance paramedics. *American Journal of Orthopsychiatry*. Nr 72 (4). P. 505–513.
3. Maercker A. Posttraumatische Belastungsstörung / U. Baumann, M. Perrez *Klinische Psychologie–Psychotherapie*. 3., vollst. ueberarb. Aufl. – Bern : Huber, 2005. 978 s.
4. van der Ploeg E. & Kleber R.J. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personnel:

- predictors of health symptoms. *Occupational Environmental Medicine*. Nr 60 (1). S. 40–46.
5. Regehr C., Hill J., Knott T., Sault B. (2003). Social support, self-efficacy and trauma in new recruits and experienced firefighters. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*. Nr 19 (4). P. 189–193.
 6. Davidson A.C., Moss S.A. (2008). Examining the trauma disclosure of police officers to their partners and officers' subsequent adjustment. *Journal of Language and Social Psychology*. Nr 27(1). P. 51–70.
 7. Dekel R., Solomon Z. (2006). Secondary traumatization among wives of Israeli POWs: The role of POWs' distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Nr 41 (1). P. 27–33.
 8. Eriksson C.B., Vande Kemp H., Gorsuch R., Hoke S. & Foy D.W. (2001). Trauma exposure and PTSD symptoms in international relief and development personnel. *Journal of Traumatic Stress*. Nr 14 (1). P. 205–212.
 9. Haber M.G., Cohen J.L., Lucas T. & Balthes B.B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*. Nr 39. P. 133–144.
 10. Maercker A., Horn A. (2013). A socio-interpersonal perspective on PTBS: the case for environments and interpersonal processes. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Nr 20. P. 465–481.
 11. Ullman S.E., Filipas H.H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosure, post-abuse coping, disclosure, social reactions, and PTBS symptoms in child sexual abuse survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*. Nr 29. P. 767–782.
 12. Brewin C.R., Andrews B. & Valentine J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Nr 68 (5). P. 748–766.
 13. Ozer E.J., Best S.R., Lipsey T.L. & Weiss D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. Nr 129 (1). P. 52–73.
 14. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии пост-травматического стресса. Санкт-Петербург : Питер, 2001. 272 с.
 15. Motta R.W., Newman C.L., Lombardo K.L. & Silverman M.A. (2004). Objective Assessment of Secondary Trauma. *International Journal of Emergency Mental Health*. Nr 6 (2). P. 67–74.
 16. Krutolewitsch A., Horn A.B., Maercker A. (2015). Trauma – Ausmaß und ausgewählte Prädiktoren in einer Studie mit Feuerwehr- und Rettungskräften. *Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen*. Nr 3. S. 78–91.
 17. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. Москва: Издательство Института психотерапии, 2002. 490 с.
 18. Pennebaker J.W., Harber K.D. (1993). A social stage model of collective coping: The Loma Prieta earthquake and the Persian Gulf War. *Journal of Social Issues*. 49 (4). P. 125–145.
 19. Родионов Г.Г., Шантырь И.И., Ушал И.Э., Колобова Е.А., Светкина Е.В. (2019). Диагностика оксидативного стресса у пожарных и спасателей МЧС России. *Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях*. № 2. С. 104–110.

Krutolevych A. N. Features of social support and mental traumatising of medical workers

The work of paramedics and intensive, surgery care departments' medical workers world over is associated with a risk of developing of stress-related diseases. This is facilitated by working conditions, a high level of responsibility and social pressure, a high score of physical load, a confrontation with the reaction of relatives of deceased patients. All this can lead to the development of primary and secondary mental traumatising and can be the cause of the development of other mental and physical diseases associated with experienced traumatic and stressful situations.

The article studies the problem of social support and its manifestations during mental trauma of medical workers, namely, paramedics and intensive, surgery care departments' medical workers.

In general, medical workers evaluated the perceived social support high enough; intensive, surgery care departments' medical workers assessed social support on average as high, and paramedics workers assessed social support significantly lower (average).

The study found significant differences between the two professional groups (regarding the features of social support); the social support of family and friends social support by surgery and intensive care departments medical workers is higher than the paramedics. Regarding social support from next close significant differences were not identified.

According to the results of the correlation analysis, it can be concluded the following: the inverse relationship between the level of PTSD and social support from next close ($r_s = -0,400$, $p = 0,000$), and inverse relationships between the secondary traumatising and social support from next close ($r_s = -0,291$, $p = 0,001$), and social support from family ($r_s = -0,211$, $p = 0,015$).

The study led to the conclusion that such features of social support as support from family and next close were most significant for the mental traumatising of medical workers.

Training on the formation of stress resistance, training employees in anti-stress self-help methods, inclusion of activities aimed at expanding the repertoire of constructive coping strategies, availability of supervision could be useful.

Key words: social support, posttraumatic stress disorder, secondary traumatising, medical workers, features of social support.