

А.А. Шмидт¹, Г.В. Долгов¹, В.О. Атласов^{1,2},
Т.Д. Боязитова³, В.К. Ярославский^{1,2}, М.А. Джигкаев¹

Психологическое здоровье участников родовспомогательного процесса

¹Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

²Родильный дом № 9, Санкт-Петербург

³Восточно-Европейский институт психоанализа, Санкт-Петербург

Резюме. Исследовано психологическое здоровье акушеров-гинекологов в процессе оказания помощи беременным и роженицам родовспомогательных учреждений Санкт-Петербурга, а также проведен анализ состояния удовлетворенности медицинским обслуживанием пациенток родильных домов женских консультаций. Изучены условия, при которых у врачей развивается синдром эмоционального выгорания, способствующий снижению профессионального мастерства. Выявлены факторы, вызывающие у пациенток неудовлетворенность качеством медицинской помощи, исследованы их причины. Установлено, что 81,2±4,6% врачей-акушеров имеют средний уровень выгорания; 9,7±2,3% – высокий; низкая степень эмоционального истощения выявлена у 9,1±2,1% обследуемых. Изучение выраженности отдельных симптомов СЭВ обнаружило высокий уровень эмоционального истощения у 10±3,6% врачей, значительный уровень деперсонализации у 5±1,8%, существенная степень редукции личностных достижений диагностирована в 5±1,6% случаев. Выявлено, что с момента постановки на учет в женской консультации пациентки в 54,8±5,2% случаев сталкиваются с наличием ряда факторов, затрудняющих получение обязательной медицинской помощи (очереди в консультациях, отсутствие специалистов и др.). Доступными оказываются только платные медицинские услуги, что вызывает у 12,8±1,6% беременных фрустрацию и стрессовые реакции. Разработан комплекс мероприятий для профилактики и коррекции синдрома эмоционального выгорания среди врачей-акушеров и повышения мотивации к качественной работе, а также предложены меры, направленные на оптимизацию оказания медицинской помощи в родовспомогательных учреждениях.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, деперсонализация, психологический тренинг, родильный дом, акушерская помощь, стресс, депрессия, переутомление, истощение, редукция.

Введение. Психическое здоровье – это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества [7].

К факторам, обеспечивающим психологическое здоровье человека, относят генетические, гигиенические, экономические, социальные, эмоциональные. Это соответствие формируемых у человека субъективных образов объективной реальности, адекватность в восприятии себя, способность концентрировать внимание на предмете, способность к удержанию информации в памяти, критичность мышления [1, 3, 8].

Среди социально-эмоциональных факторов наиболее важным является синдром профессионального выгорания (СПВ). Профессиональное выгорание – синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов человека [2, 3]. С 1974 г. опубликовано более двух тысяч работ, посвященных изучению СПВ [4, 6]. СПВ имеет шифр в Международной классификации болезней-10: «Z73 – Проблемы, связанные с труд-

ностями поддержания нормального образа жизни. Z73.0 – Переутомление. Состояние истощения жизненных сил».

Синдром выгорания – одна из наиболее актуальных проблем современности. По данным статистики Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), депрессивные расстройства находятся на первом месте среди психосоматических заболеваний. А основной причиной депрессий ВОЗ считает синдром хронической усталости и синдром эмоционального выгорания (СЭВ) на работе. Синдром выгорания представляет собой процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личностной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы. Ведущей причиной формирования данного состояния считается психическое переутомление.

Термин «burnout» («эмоциональное выгорание») был предложен американским психиатром Х. Фрейденбергом в 1974 г. [16]. Среди личностных особенностей, способствующих «выгоранию», сам Х. Фрейденберг выделил эмпатию, гуманность, мягкость, увлекаемость, идеализированность, ин-

тровертированность, фанатичность. Он предложил термин «выгорание» для описания деморализации, разочарования и крайней усталости, которые он наблюдал у работников психиатрических учреждений, рекомендовал новую модель для рассмотрения дистресса и функциональных нарушений, связанных с работой специалистов социомических профессий. Н. Freudenberger и G. Richelson [16] описывали выгорание как истощение, возникающее на пути к достижению нереальных целей, возлагаемых на профессионала обществом. Большинство зарубежных [14, 15, 16] и отечественных [9, 10, 11] исследователей сходятся во мнении, что СЭВ представляет собой процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющейся в симптомах эмоционального, психического, физического истощения, личностной отстраненности, снижения удовлетворения исполнением работы, и рассматривается как результат хронического неразрешенного стресса на рабочем месте.

В настоящее время существует множество моделей СЭВ, описывающих данный феномен. Наибольшее признание получила трехфакторная модель С. Maslach [14], в которой синдром психического выгорания представляет собой трехмерный конструкт, включающий в себя эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию личных достижений.

Состояние отечественной врачебной среды и психологическое здоровье самих врачей и среднего медицинского персонала является отражением происходящих процессов во всем обществе, нарастающая социальная напряженности, продолжающейся реформы в здравоохранении и других факторов [8, 12].

Из всех социально-демографических характеристик наиболее тесную связь с выгоранием имеет возраст. Обнаруживается наличие отрицательной корреляционной связи возраста и выгорания [7]. В работах С. Maslach [14] показано, например, что средний медицинский персонал психиатрических клиник «выгорает» через 1,5 года после начала работы, а социальные работники начинают испытывать данный симптом через 2–4 года. В некоторых исследованиях подтверждается чувствительность старшего возраста к данному синдрому. В частности, в исследовании М.В. Перфильева, Ю.И. Филатова [8], проведенном на среднем персонале военных медицинских учреждений, отмечалось, что наиболее чувствительными к выгоранию являются не только молодые люди (19–25 лет), но и более старшие (40–50 лет). Склонность более молодых по возрасту к выгоранию объясняется эмоциональным шоком, который они испытывают при столкновении с реальной действительностью, часто несоответствующей их ожиданиям [8]. Специфика влияния возраста на эффект выгорания тоже неоднозначна. Наиболее тесная его связь обнаруживается с эмоциональным истощением и

деперсонализацией, наименее – с редукцией профессиональных достижений.

Взаимоотношения между полом и выгоранием не так однозначны. Установлено, что у мужчин более высокие баллы по деперсонализации, а женщины в большей степени подвержены эмоциональному истощению [9]. Это связано с тем, что у мужчин преобладают инструментальные ценности, женщины же более эмоционально отзывчивы, и у них меньше чувство отчуждения от своих клиентов.

СЭВ у врачей различных специальностей имеет свои особенности среди врачей. У них, как и среди других медицинских работников, наблюдается достаточно высокий уровень заболеваемости психическими расстройствами (в частности, тревожные и депрессивные расстройства, суицидальное поведение, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами), а также явления профессионального истощения (выгорания).

СЭВ был выявлен в 46,6% случаев среди 30 хирургов, в 75,3% случаев среди 30 неврологов, в 40% среди 30 терапевтов, в 50% среди 92 стоматологов, в 43,3% среди 30 психиатров, в 56,6% среди 30 наркологов [2]. При обследовании 120 врачей (по 30 невропатологов, хирургов, терапевтов, стоматологов) установили «высокий уровень выраженности отдельных компонентов «эмоционального выгорания». Таким образом, у 29,5% врачей были отмечены признаки профессиональной дезадаптации, у 70,5% синдром не зафиксирован [4].

Выявлено, что у врачей с высокой квалификационной категорией СЭВ проявляется значительно чаще, чем у остальных. Сформировавшийся синдром был обнаружен у 8,8% врачей с квалификационной категорией и лишь у 3,2% без категории. Начало формирования СЭВ констатировано у 24,1% врачей с категорией и у 21,3% без нее. Результаты исследования свидетельствуют о значительной распространенности СЭВ (сформировавшегося или в стадии формирования) среди врачей различных специальностей [12].

Цель исследования. Изучение выраженности симптомов профессионального выгорания у врачей акушеров-гинекологов, их связь с личностными особенностями и ценностными ориентациями в карьере в сопоставлении с неудовлетворительной медицинской помощью с точки зрения беременных и рожениц.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 80 врачей акушеров-гинекологов родильных домов Санкт-Петербурга и 128 беременных, рожениц и родильниц. Были использованы психодиагностические методики: К. Маслач, С. Джексон. «Опросник выявления эмоционального выгорания MB1», «Фрайбургский личностный опросник (FP1)» [14]; Э. Шейн «Якоря карьеры» – методика диагностики ценностных ориентаций в карьере [15]. Обработка материала проводилась

с использованием пакета стандартных компьютерных программ «Statistica 5,5».

Результаты и их обсуждение. Установлено, что $81,2 \pm 4,6\%$ врачей-акушеров имеют средний уровень выгорания; $9,7 \pm 2,3\%$ – высокий; низкая степень эмоционального истощения выявлена у $9,1 \pm 2,1\%$ обследуемых. Изучение выраженности отдельных симптомов СЭВ обнаружило высокий уровень эмоционального истощения у $10 \pm 3,6\%$ врачей, значительный уровень деперсонализации у $5 \pm 1,8\%$, существенная степень редукции личностных достижений диагностирована в $5 \pm 1,6\%$ случаев.

Выявлена положительная корреляционная связь между редукцией личностных достижений и карьерной ориентацией на менеджмент, ($r=+0,82$), то есть чем более врач ориентирован на интеграцию усилий других людей, на ответственность за конечный результат, тем более склонен негативно оценивать себя, свои профессиональные успехи, и наоборот. Также выявлено наличие положительной корреляции между эмоциональным истощением и деперсонализацией; при эмоциональном истощении возникает чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой ($r=+0,67$). Деперсонализация предполагает циничное отношение к труду и объектам своего труда. В частности, в социальной сфере деперсонализация предполагает бесчувственное, негуманное отношение к пациентам; наличие положительной корреляции между эмоциональным истощением и депрессивностью составило $r=+0,53$. Чем более выраженным является эмоциональное истощение, тем существеннее проявляется депрессивный синдром.

Известно, что в современном мире зачатие, вынашивание беременности и роды происходят в условиях психосоциального стресса. Проявлениями последнего в $38,4 \pm 4,8\%$ случаев являются нестабильные, противоречивые, стрессовые социально-экономические условия жизни, а в $28,6 \pm 3,6\%$ случаев отсутствие ощущения уверенности в связи с нестабильным материальным положением, отсутствием собственного жилья. С момента постановки на учет в женской консультации пациентки в $54,8 \pm 5,2\%$ случаев сталкиваются с наличием ряда факторов, затрудняющих получение обязательной медицинской помощи (очереди в консультациях, отсутствие специалистов и др.). Доступными оказываются только платные медицинские услуги, что вызывает у $12,8 \pm 1,6\%$ беременных фрустрацию и стрессовые реакции. В условиях нехватки врачей в женских консультациях и их загруженности повседневной работой пациентка в $29,6 \pm 2,8\%$ случаев не имеет возможности в полной мере получить ответы на интересующие её вопросы. В родильных домах нередко наблюдается нехватка койко-мест, и $17,4 \pm 2,2\%$ женщин отказывают в оказании помощи по месту

жительства. В родильном зале по-прежнему мало внимания уделяется немедикаментозным методам обезболивания родов ($86,4 \pm 3,8\%$), которые присутствуют в европейских родильных домах: контрастное прикладывание тепла и холода, шведские стенки, фитболы, «ходунки» и др.

Нами выделены три группы факторов, которые играют существенную роль в развитии СЭВ у акушеров-гинекологов: ролевой (ролевая неопределенность), организационный (содержание деятельности) и личностный (неудовлетворенность профессиональным ростом). Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова [2] считают, что основными предпосылками выгорания являются наличие организационных проблем и личностные характеристики (низкая самооценка, высокий невротизм, тревожность). К организационным факторам относят недостаточную укомплектованность штата (до $73,4 \pm 6,2\%$) медицинских организаций, которая влечёт за собой очереди в женских консультациях, отсутствие преемственности между женскими консультациями и родильными домами, вследствие чего данные медицинские учреждения не хотят (или не могут) брать на себя ответственность и пытаются переложить её на плечи коллег. Все это приводит порой к обесцениванию деятельности друг друга; все чаще ($28,4 \pm 3,1\%$) можно констатировать факт отсутствия солидарности в самом медицинском сообществе; врачи приемных отделений перегружены потоком женщин, не всегда оправданно направленных на госпитализацию. При этом врач юридически не защищен, страхования его профессиональной деятельности нет, как и нет профессионального союза, защищающего права специалиста. Врачи родильных домов в $56,6 \pm 4,6\%$ случаев нередко работают в страхе перед последствиями неуспешных родов. Можно сказать, что акушер-гинеколог работает в условиях «презумпции виновности». Это означает, что даже в случае оформления женщиной и её родственниками отказа от необходимой помощи или вмешательства за неблагоприятный исход врач несет ответственность. При досудебном разбирательстве или уже в ходе судебного слушания женщина всегда объяснит свое поведение тем, что ей «недообъяснили всех возможных последствий». Кроме того, отношения с пациентами в $86,4 \pm 6,8\%$ случаев находятся под влиянием средств массовой информации, в которых государство чаще выступает на стороне потребителя медицинских услуг. Огромное распространение негативной, субъективной информации в Интернете ($76,4 \pm 5,2\%$) формирует отрицательное общественное мнение об акушерско-гинекологической помощи. Проблемы, с которыми сталкиваются и роженицы, и врачебный персонал, обусловлены несовершенством организации системы сопровождения материнства, высоким уровнем напряженности в обществе и невысоким уровнем культуры населения. Сложившаяся ситуация образует замкнутый круг: взаимная

неудовлетворенность, недоверие рожают взаимные претензии, зачастую конфликты.

Решение проблем, имеющих в оказании акушерско-гинекологической помощи населению, имеет решающее значение в обеспечении психологического благополучия участников родовспомогательного процесса и предполагает не только выявление и анализ причин, но и нахождение адекватных путей решения.

Центральной идеей должна стать забота о психическом здоровье и психологическом благополучии как врачей, так и пациентов. Известно, что пренебрежение потребностями врача ведёт к эмоциональной усталости, акушерской агрессии, профессиональному выгоранию. А пренебрежение потребностями и ожиданиями женщин в период беременности и родов приводит к недоверию врачебному сообществу.

В профилактике СЭВ можно выделить два важных направления: а) профилактика психотравмирующих факторов, постоянно сопровождающих человека в его жизни и труде (изменение обстановки, условий жизни и труда, выполнение нестандартных социальных ролей, включенность в экстремальные ситуации, истощение психического ресурса и т. п.), или, иными словами, организационное направление психологической профилактики; б) психологическая профилактика возможных отклонений в группе риска, которые прогнозируются в ходе психодиагностики. Одним из оптимальных мероприятий, направленных на психологическую профилактику СЭВ, является социально-психологический тренинг (методика деловой игры), основанной на воссоздании предметного и социального содержания профессиональной деятельности. Такое воссоздание достигается благодаря игровому имитационному моделированию и решению профессионально-ориентированных ситуаций при целесообразном сочетании индивидуальной и групповой игровой деятельности участников тренинга.

Для профилактики СЭВ личности важно проведение психологических тренингов, на которых осваиваются упражнения аутотренинга – основного метода психической саморегуляции. Эти упражнения помогают сотрудникам осуществлять регуляцию своего состояния, что особенно важно при выполнении должностных обязанностей в сложных ситуациях [10].

Таким образом, профилактика СЭВ должна быть комплексной, учитывающей индивидуальные особенности личности каждого медицинского работника, условия работы в конкретном лечебно-профилактическом учреждении, возможности проведения специальных методов психологической разгрузки, своевременное выявление сотрудников, нуждающихся в оказании профессиональной помощи психологов, и др. Профилактические мероприятия СЭВ и реабилитация должны осуществляться не только самим медицинским работником, но и

администрацией лечебного учреждения, в котором он работает. Администрация лечебно-профилактического учреждения может смягчить развитие эмоционального выгорания, если обеспечит работникам возможность профессионального роста, наладит поддерживающие социальные и другие положительные моменты, повышающие мотивацию врача к росту своей квалификации и оказанию ему качественной медицинской помощи.

Выводы

Для улучшения психологического здоровья акушеров-гинекологов необходимо использование психологических семинаров и тренингов, направленных на освоение эффективных способов управления стрессом.

Необходимо срочное принятие мер, направленных на восстановление доверия к врачам у населения; создание медицинских сайтов с проверенной и компетентной информацией, просвещение и повышение культуры населения по вопросам обращения за медицинской помощью.

На государственном уровне необходимо решение организационных вопросов: укомплектование штата медицинских учреждений, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь женщинам, оснащение необходимым оборудованием родильных отделений, увеличение койко-мест в родильных домах.

Литература

1. Бабанов, С.А. Синдром эмоционального выгорания / С.А. Бабанов // Врач скорой помощи. – 2012. – № 10. – С. 59–65.
2. Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб: Питер, 2009. – 336 с.
3. Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова // СПб.: Питер, 2008. – 358 с.
4. Доника, А.Д. Синдром профессионального выгорания как маркер этических проблем современной медицины / А.Д. Доника // Биозитика. – 2009. № 1. – С. 28–31.
5. Лымаренко, В.М. Исследование хронического профессионального стресса у врачей скорой медицинской помощи Невского района Санкт-Петербурга / В.М. Лымаренко // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2012. – № 3 (39). С. 39–45.
6. Мамась, А.Н. Исследование синдрома эмоционального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов / А.Н. Мамась, Т.Е. Косаревская // Новости хирургии. – 2010. – Т. 18, № 6. – С. 75–81.
7. Олейникова, Н.Д. Здоровье врачей в фокусе эмоционального выгорания / Н.Д. Олейникова, В.П. Терентьев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – № 13. – С. 84–85.
8. Перфильева, М.В. Синдром эмоционального выгорания у врачей палат интенсивной терапии терапевтических отделений / М.В. Перфильева, Ю.И. Филатова // Актуальные вопросы образования и науки: сб. науч. тр. по мат. Междунар. научн.-практ. конф. 30 декабря 2013 г. Тамбов. – 2014. – С. 115–116.
9. Постнов, В.В. Синдром профессионального выгорания у врачей психиатров-наркологов / В.В. Постнов // Вестник ОГУ. – 2010. – № 12 (118). – С. 184–189.
10. Сорокина, Т.Т. Роды и психика / Т.Т. Сорокина. – М., 2003. – 241 с.
11. Фирсов, М.В. Теория социальной работы / М.В. Фирсов – М.: ВЛАДОС, 2001. – 431 с.
12. Хохлов, Р.А. Влияние синдрома эмоционального выгорания на стереотипы врачебной практики и клиническую инерт-

- ность / Р.А. Хохлов // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2009. № 1. – С. 12–22.
13. Щавелева, М.В. Выраженность синдрома эмоционального выгорания у врачей-организаторов здравоохранения / М.В. Щавелева, Л.В. Шваб, И.А. Байкова // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2009. № 3. – С. 73–77.
14. Maslach, C. Maslach Burnout Inventory / C. Maslach, S.E. Jackson // Palo Alto. – California. Consulting Psychological Press, Inc., 1996. – 354 p.
15. Schein, E.H. Career Anchors / E.H. Schein // Discovering Your Real Values. – San Francisco, 1990. – 65 p.
16. Freudenberger, H. Burnout: The high cost of high achievement / H. Freudenberger, G. Richelson. – NY, 1980. – P. 15–20.

A.A. Shmidt, G.V. Dolgov, V.O. Atlasov, T.D. Bojazitova, V.K. Yaroslavsky, M.A. Dzhigkaev

Psychological health of participants of obstetrical process

Abstract. Psychological health of gynecologists in the course of rendering assistance to pregnant women and lying-in women of obstetrical establishments of St.-Petersburg is investigated, and also the analysis of a condition of satisfaction is carried out by health services of patients of maternity hospitals and female consultations. Conditions at which at doctors the syndrome of emotional burning out promoting decrease of professional skill develops are studied. The factors causing in patients a dissatisfaction by quality of medical aid are revealed, their reasons are investigated. It is established that $81,2 \pm 4,6\%$ of obstetricians have the average level of burning out; $9,7 \pm 2,3\%$ – high; low extent of emotional depletion is revealed among $9,1 \pm 2,1\%$ of examined people. Studying of expressiveness of separate symptoms of EBS (emotional burnout syndrome) has found the high level of emotional depletion among $10 \pm 3,6\%$ of doctors, the considerable level of depersonalization among $5 \pm 1,8\%$, essential degree of a reduction of personal achievements is diagnosed in $5 \pm 1,6\%$ of cases. It is revealed, that patients face a number of the factors complicating receipt of obligatory medical care since registration in antenatal clinic in $54,8 \pm 5,2\%$ of cases (a queue in consultations, absence of specialists, etc.). Only paid medical services are available and this fact causes frustration and stressful reactions among $12,8 \pm 1,6\%$ of pregnant women. The complex of actions is developed for preventive maintenance and correction of a syndrome of emotional burning out among doctors of accoucheurs and motivation increase to qualitative work, and also the measures directed on optimisation of medical aid in obstetrical establishments are offered.

Key words: a syndrome of emotional burning out, depersonalization, psychological training, maternity hospital, obstetric care, stress, depression, fatigue, depletion, reduction.

Контактный телефон: 8-921-742-51-80; e-mail: roddom9@rzdrav.spb.ru