

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Федорова Лилия Темурхановна

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ**

3.2.4. Медицина труда

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Потеряева Елена Леонидовна

Новосибирск – 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.	5
ГЛАВА 1 АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.	16
1.1 Современные представления о синдроме профессионального эмоционального выгорания.	16
1.2 Влияние условий труда и психосоциальных производственных факторов на состояние здоровья медицинских работников.	28
1.3 Влияние стресса на психо-физиологические характеристики профессиональной деятельности человека.	34
1.4 состояние здоровья и комплексная профилактика профессионального выгорания с позиции доказательной медицины.	39
ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.	45
2.1 Организация и дизайн исследования.	45
2.2 Социально-демографическая характеристика объекта исследования.	49
2.3 Используемые в исследовании стандартизированные опросники и нормативная документация.	52
2.3.1 Документально-методическое обеспечение для комплексной оценки состояния здоровья обследованных врачей.	53
2.3.2 Оценка когнитивно-поведенческих реакций.	55
2.3.3 Оценка факторов рабочей и социальной среды, оказывающих дисстрессовое влияние на эмоциональное состояние врача и методы компенсации дисстресса.	60
2.4 Этический аспект исследования.	63
2.5 Статистическая обработка данных.	63
ГЛАВА 3 РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.	65
3.1 Действующие факторы трудового процесса и состояние здоровья врачебного персонала.	65
3.1.1 Оценка условий труда врачей государственных лечебных учреждений по картам специальной оценки условий труда, экспертным заключениям по	

идентификации опасных и вредных производственных факторов на рабочем месте.	65
3.1.2 Оценка условий труда врачей по хронометражу фактической профессиональной деятельности.	71
3.1.3 Сведения о наличии соматических заболеваний по данным из Ведомостей проведения медицинских осмотров.	75
3.1.4 Состояние качества жизни, связанного со здоровьем, у обследованных врачей по опроснику SF-36.	80
3.1.5 Оценка связанного со здоровьем качества жизни у врачей, перенесших COVID-19, согласно стандартизированному опроснику SF-36.	83
3.2 Факторы, придающие особенности профессиональной дезадаптации во врачебной деятельности.	85
3.2.1 Гендерная принадлежность как фактор, придающий особенности профессиональному выгоранию врача.	87
3.2.2 Семья как социальный фактор влияния на профессиональную дезадаптацию.	99
3.2.3 Частота смены места работы и признаки профессиональной дезадаптации.	101
3.2.4 Состояние здоровья у врачей с низким и умеренным уровнем профессиональной дезадаптации по данным анкетирования.	103
3.2.5 Динамические изменения эмоционального статуса и признаков психо-вегетативных расстройств при прогрессировании профессиональной дезадаптации.	109
3.2.6 Распространенность усталости (утомления) при профессиональной дезадаптации.	117
3.3 Резюме полученных результатов исследования.	119
ГЛАВА 4 ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.	124
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.	144
ВЫВОДЫ.	150
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.	152

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ.	153
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.	154
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.	156
ПРИЛОЖЕНИЕ А (справочное) Анкета.	176
ПРИЛОЖЕНИЕ Б (справочное) Хронометражная карта.	194

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность избранной темы

Профессия врача – особый вид квалификации, характеризующийся длительным и трудоемким достижением профессионализма и узкой направленностью применения – сферой здравоохранения. Профессию врача также отличает особая социальная значимость, связанная с оказанием услуг при страданиях человека. По этой причине в философском смысле работа врача представляет из себя услужение страдающему, а не обслуживание пациента-клиента. Литературные образы жизни-подвига врачей, широко известные медицинские изречения древнегреческой медицины «Сгорая сам, свети другим!», клятва Гиппократы сформировали высокие ожидания от медиков в обществе. Высокая интенсивность труда врача, опасность нанесения вреда собственному здоровью при исполнении служебных обязанностей, быстрая круглосуточная доступность врача по требованию пациента считаются общественной нормой. Для качественного оказания медицинской помощи и соответствия ожидаемой обществом этике поведения долголетний труд врача должен быть организован так, чтобы признаки профессионального выгорания, вне зависимости от стажа, находились в самой низкой степени проявления.

Профессиональное выгорание является следствием длительного воздействия профессионального стресса. В современных условиях явными факторами риска профессионального выгорания признаны интенсификация профессиональной деятельности, рост информационных, эмоциональных нагрузок в сочетании со снижением двигательной активности, нарушением коммуникативных отношений и гармоничного образа жизни [17, 177].

В соответствии с моделью С. Maslach [19, 180], выгорание является ответной реакцией на профессиональные стрессоры, состоящей из трех компонентов: эмоционального истощения, деперсонализации и редукции персональных достижений, которые сочетаются со снижением профессиональной эффективности работника. Профессиональный стресс обычно рассматривают с

позиции психо-эмоциональных отклонений, не достигающих уровня клинически значимой патологии.

С 1 января 2022 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) включила эмоциональное выгорание как профессиональное явление в 11-ю Международную классификацию болезней (МКБ-11). Речь идет о клинически значимом синдроме, возникающем в ситуации хронического стресса на рабочем месте, которую не удастся успешно преодолеть [78]. В профессиональном выгорании могут скрываться корни многих медицинских ситуаций: работники чаще берут больничные листы, снижается общее качество жизни, связанное со здоровьем.

Имеющийся современный теоретический базис исследования феномена профессионального (психического/эмоционального) выгорания характеризуется дискуссионностью. Несомненным остается только факт, что профессиональный стресс относят к ментальному виду стресса. Вероятно по этой причине профилактику стресса рассматривают с позиции коррекции психо-эмоциональных проблем, предлагая приемы психологической коррекционной практики. Вместе с тем, психологический стресс является сложной междисциплинарной проблемой на стыке психологии, психофизиологии и физиологии [90]. Профессиональный стресс – многообразный феномен, выражающийся в психических и соматических реакциях на напряженные ситуации в трудовой деятельности человека. Он выделен в отдельную рубрику в Международной классификации болезней МКБ-10 (МКБ-10: Z 74: «стресс, связанный с трудностями управления своей жизнью»). Изучение профессионального стресса с медицинских позиций для разработки и организации профилактических мероприятий профессионального выгорания на стадии его отсутствия (первичная профилактика) или возникновения отдельных признаков низкой интенсивности (вторичная профилактика) в литературе практически не освещено и требует дальнейшего изучения.

Малоизученными остаются вопросы комплексной оценки производственных факторов и условий труда медицинских работников, их вклада

в развитие профессионального выгорания и других нарушений здоровья. Наиболее разработанным является вопрос влияния биологического фактора на здоровье врача [65, 91]. В то время как оценка профессионального риска для здоровья работников производственной сферы в профессиональной печати представлена достаточно широко [32, 156], профессиональные риски врачебной деятельности, за исключением биологического фактора, практически не освещены.

Важной проблемой является разработка системы профилактики профессионального выгорания на основе интегрированного подхода к сохранению здоровья врачей. Вышеуказанное определило цель и задачи исследования.

Степень разработанности темы диссертации

Однозначных рекомендаций по профилактике врачебного профессионального выгорания нет. Рассматривается как вариант профилактики профессионального стресса стресс-менеджмент «западного» образца, который предполагает: позитивное мышление; планирование времени; рациональный режим работы и отдыха; регулярную релаксацию (медитацию). Выполнение указанных рекомендаций по управлению профессиональным стрессом в условиях российской действительности не всегда эффективно, так как для российского работника подобные рекомендации оцениваются как надуманные, оторванные от жизни – подобно рекламным призывам [41].

В соответствии со стратегией ВОЗ в качестве оптимальной методологии охраны здоровья работников рассматривается мониторинг функциональных резервов, донозологическая диагностика на ранних стадиях развития дезадаптационного синдрома и своевременная коррекция функционального состояния с последующей оценкой ее эффективности. Основной медицинской целью психофизиологического обследования является выявление лиц, психофизиологические характеристики которых свидетельствуют о нарушениях адаптации, что может привести к нарушению профессиональной деятельности.

В некоторых отраслях производства внедрено массовое профилактическое психофизиологическое обследование сотрудников, по результатам которого работники направляются на дополнительную психологическую коррекцию [16].

В результате проведенного исследования предложен новый подход к профилактике профессионального выгорания, основанный на выявлении методом анкетирования эргономического влияния условий труда на психо-физиологическое состояние врача.

Цель исследования

На основании комплексной оценки условий труда, психосоциальных факторов и состояния здоровья врачей разработать алгоритм профилактики профессионального выгорания у врачей.

Задачи исследования.

1. Изучить условия труда, психосоциальные и производственные факторы у врачей.
2. Определить основные показатели состояния здоровья врачей.
3. Дать характеристику психосоциальных факторов риска профессиональной дезадаптации и профессионального выгорания врачей.
4. Разработать алгоритм профилактики профессионального выгорания у врачей с учетом условий труда, психосоциальных факторов и показателей здоровья.

Научная новизна

Впервые выявлен и статистически верифицирован психофизический маркер угрозы прогрессирования профессиональной дезадаптации врачей – повторяющийся (от эпизодического до постоянного) болевой синдром, ассоциированный с выполнением профессиональных обязанностей. Доказано, что локация болевых ощущений в различных анатомических зонах (мышцы, шейно-воротниковая зона, позвоночник, голова, эпигастральная область, грудная

клетка) не снижает маркерной значимости симптома, а его наличие, вне зависимости от интенсивности, является самостоятельным предиктором перехода профессиональной дезадаптации с низкого уровня на более высокие градации.

Впервые теоретически обоснован и предложен алгоритм профилактики профессионального выгорания врачей, базовым элементом которого выступает эргономическая оптимизация трудового процесса. Показано, что ключевым направлением первичной профилактики является устранение профессионально обусловленного болевого синдрома путем коррекции эргономических параметров рабочего места (поза, статическая нагрузка, организация рабочего пространства), что позволяет снизить влияние ключевого физического фактора риска развития дезадаптации.

Впервые установлены гендерно-обусловленные особенности формирования компонентов профессионального выгорания у врачей. Определено, что при низком уровне профессиональной дезадаптации у врачей-женщин достоверно выше степень соматизации и уровень эмоционального истощения (3 стена), тогда как у врачей-мужчин преобладает склонность к депрессивным проявлениям (1 стен). Выявлено, что при прогрессировании дезадаптации до умеренного уровня максимальный градиент прироста наблюдается по шкале редукции личностных достижений (у женщин – от 1 до 10 стенов, у мужчин – от 1 до 9 стенов), что свидетельствует о высокой степени профессиональной деформации и снижении качества оказания медицинской помощи уже на данной стадии.

Впервые научно обоснована необходимость интеграции скринингового анкетирования по оценке профессиональной дезадаптации и болевого синдрома в программу ежегодных медицинских осмотров врачей. Доказано, что такой подход позволяет выявлять 9,24 % врачей с умеренной дезадаптацией, у которых отсутствует корреляция уровня выгорания со стажем и возрастом, что открывает возможности для своевременной адресной коррекции функционального состояния на донологическом этапе.

Впервые установлены социально-демографические факторы, ассоциированные с низким уровнем профессиональной дезадаптации врачей: наличие полной семьи с двумя детьми выступает в качестве значимого протективного фактора. Показано, что врачи государственных лечебных учреждений демонстрируют устойчивую отрицательную корреляцию между уровнем профессиональной дезадаптации и частотой смены места работы ($r_{\text{выб}} = -0,944$), что определяет особую значимость внутриорганизационных профилактических программ для сохранения кадрового потенциала.

Теоретическая и практическая значимость работы

Результаты интегрального обследования врача в комплексе с данными медицинских осмотров, карт СОУТ и хронометражных карт трудового дня дополняют современные представления о фактическом влиянии напряженности и условий труда на физиологическое и психо-эмоциональное состояние врачей, оказывающих медицинскую помощь в медицинских организациях как стационарного, так и амбулаторного типа.

Алгоритм профилактики профессионального выгорания может быть внедрен как на уровне отдельной медицинской организации, так и в медицинских организациях отдельного города/региона/страны. Для внедрения алгоритма профессионального выгорания на уровне региона требуется поддержка соответствующей программы Региональным центром медицинской профилактики.

Практическая ценность предложенного алгоритма профессионального выгорания заключается в возможности долговременной поддержки высокой трудоспособности и профессиональной эффективности врача, что обеспечит стабильно высокое качество оказания медицинской помощи.

Методология и методы диссертационного исследования

Методология диссертационного исследования основана на принципах анализа значимых зависимостей между параметрами психо-эмоционального

состояния врача и действующими факторами трудового процесса. Методологической основой исследования стали работы отечественных и зарубежных авторов по исследованию влияния условий труда врачей на формирование у них состояния профессиональной дезадаптации и профессионального (эмоционального) выгорания.

В диссертационном исследовании использованы результаты оценки условий труда и состояния здоровья 346 врачей из 7 государственных медицинских организаций г. Новосибирска, а также 20 врачей – клинических ординаторов второго года обучения специальности «Оториноларингология» на базе кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Проведено анкетирование врачей по стандартизованным опросникам на наличие и степень психо-физиологической профессиональной дезадаптации и профессионального выгорания, а также экспертная оценка его результатов.

Изучены и проанализированы клинико-гигиенические и психофизиологические характеристики врачей в зависимости от характера психо-социальных и производственных факторов, стажа работы, возраста, пола и социального статуса.

Выполнение поставленных задач реализовалось при помощи комплексного клинико-гигиенического и психофизиологического анализа посредством санитарно-гигиенических, клинико-anamnestических, аналитических и статистических методов.

Положения, выносимые на защиту

1. Условия труда врачей характеризуются комплексным воздействием вредных производственных факторов (преимущественно класс 3.2.–3.3.), а их трудовая деятельность – значительной интеллектуальной, эмоциональной и голосовой нагрузкой, повышенной интенсивностью и напряженностью, что формирует объективную основу для развития профессионального выгорания.

2. Состояние здоровья врачей, оцениваемое по показателям соматической заболеваемости, и сниженное качество жизни, связанное со здоровьем, имеют прямую взаимосвязь с уровнем профессиональной дезадаптации, что подтверждается достоверно более высокой распространенностью хронической патологии и болевого синдрома у врачей с умеренной и высокой степенью профессионального выгорания.

3. Ключевыми психосоциальными факторами риска профессиональной дезадаптации и профессионального выгорания у врачей являются гендерно-обусловленные особенности развития эмоционального истощения и редукции личностных достижений, а также стабильно высокая распространенность дистресса, тревоги и соматизации, прогрессирующих при увеличении уровня дезадаптации.

4. Разработанный алгоритм профилактики профессионального выгорания, основанный на интегральной оценке условий труда, психосоциальных факторов и показателей здоровья и предусматривающий эргономическую коррекцию, психологическое сопровождение и модификацию ежегодных медицинских осмотров, является эффективным инструментом для сохранения профессионального здоровья и долголетней трудоспособности врачей.

Степень достоверности

Достоверность полученных результатов диссертационного исследования подтверждается достаточным объемом выборки (всего 346 врачей), применением современных гигиенических, социологических (анкетирование), клинико-anamnestических, аналитических и статистических методов исследования. Обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ SPSS 17.0.

Апробация работы

Результаты исследования доложены и обсуждены на: научно-практической конференции «Весенний консилиум. Просто о сложном», памяти академика

РАМН д. м. н., профессора Юрия Михайловича Овчинникова (Москва, 2023); 14-й Российской (итоговой) научно-практической конкурс-конференции с международным участием студентов и молодых ученых «АВИЦЕННА-2023», посвященная 100-летию со дня рождения проф. В. Е. Яворовской (Новосибирск, 2023); межрегиональной научно-практической конференции оториноларингологов «Общие вопросы оториноларингологии» (Барнаул, 2023); Межрегиональной научно-практической конференции оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока с международным участием «Актуальные вопросы оториноларингологии» (Благовещенск, 2023); научной конференции «Векторы обеспечения трудового долголетия» в рамках «Российской недели здравоохранения – 2025 (Москва, 2025); всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Трудовое долголетие: инновационная кристаллизация проблем ранней диагностики, лечения и реабилитации сердечно-сосудистых, респираторных и онкологических заболеваний» (Новосибирск, 2026).

Диссертационная работа апробирована на заседании проблемной комиссии «Экология, экологическая медицина, медицина труда» ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Новосибирск, 2026).

Диссертация выполнена в соответствии с утвержденным направлением научно-исследовательской работы ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России по теме «Клеточно-молекулярные и цитогенетические механизмы профессиональных, сердечно-сосудистых и респираторных заболеваний в трудоспособном возрасте. Подходы к профилактике», номер государственной регистрации АААА-А19-119070390017-8.

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования используются в лекциях и семинарах для студентов и врачей на кафедре неотложной терапии с эндокринологией и

профпатологией ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Разработанный метод воспитательной работы с клиническими ординаторами 2 года внедрен в практику оториноларингологического отделения ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 1».

Публикации

По теме диссертации опубликовано 10 научных работ, в том числе 1 свидетельство о государственной регистрации базы данных и 4 статьи в научных журналах и изданиях, включённых в перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук.

Объем и структура работы

Диссертационная работа представлена в виде специально подготовленной рукописи и оформлена в соответствии с требованиями ГОСТ Р 7.0.11-2011.

Диссертация изложена на 194 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, описания материала и методов исследования, раздела результатов собственных исследований, обсуждения полученных результатов, заключения, выводов, практических рекомендаций, перспектив дальнейшей разработки темы, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы и приложений. Список литературы представлен 200 источниками, из которых 59 в зарубежных изданиях. Полученные результаты проиллюстрированы с помощью 51 таблицы и 10 рисунков.

Личный вклад автора

Автор собрал, провел обработку и анализ всех материалов исследования согласно основным главам диссертационного исследования. Соискатель полностью участвовал в разработке дизайна (100 %), реализации исследования

(90 %), в обработке и оценке результатов (100 %). Работа выполнена в ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России на кафедре неотложной терапии с эндокринологией и профпатологией (зав. кафедрой – д-р мед. наук, профессор Е. Л. Потеряева), а также в условиях клиники профессиональных и школьно обусловленных заболеваний ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора (директор – д-р мед. наук, профессор И. И. Новикова).

Автором осуществлено планирование, организация, проведение исследований, сформированы базы данных для статистической обработки, обоснованы и сформулированы цель и задачи, определены объем и методы исследований, выполнены анализ и обобщение полученных результатов. Автор лично участвовала в обследовании и анкетировании педагогов в процессе ПМО. Личное участие автора в сборе и обработке материала до 90 %, в анализе результатов исследования – до 90 %.

ГЛАВА 1 АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Современные представления о синдроме профессионального эмоционального выгорания

Профессия врача во всем мире относится к специальностям высокого риска профессионального выгорания (ПВ) [34, 37, 48, 54, 89, 134], при этом многие специалисты считают, что эмоциональное выгорание зарождается на работе, но влияет на все сферы социальной жизни [19, 95, 134].

Имеющийся теоретический базис феномена профессионального (психического/эмоционального) выгорания характеризуется дискуссионностью, наличием часто контрастирующих друг с другом точек зрения [10, 11, 19, 134, 137], что связано с отсутствием до января 2022 точного термина эмоционального выгорания, связанного с неразрешаемым профессиональным стрессом. Считается, что к выгоранию на рабочем месте склонны представители социальных профессий (медработники, педагоги, психологи, сотрудники правоохранительных органов, социальные работники), а также лица, чья работа требует продолжительного пребывания в экстремальных условиях, связана с риском для жизни [16, 44, 55, 78, 89, 99, 169]. Унифицированного подхода к оценке распространенности ПВ у медицинских работников не применяется. По этой причине достаточно сложно сопоставлять результаты исследования разных авторов. Например, по данным В. И. Евдокимова и соавторов (2010) при среднем возрасте 44 года могут страдать ПВ 50–60 % медицинских работников [34]. По данным О. С. Кобяковой и соавторов (2017) в Томской области всего 1 % врачей не имеет ПВ [88]. По мнению отдельных авторов, профессиональное выгорание – характерное состояние для работающих три года и более с момента начала выполнения профессиональных обязанностей врачей [8]. В то же время более поздние исследования демонстрируют, что распространенность и выраженность синдрома варьирует в зависимости от специализации, стажа и применяемых методик оценки, что подчеркивает необходимость унификации диагностических

подходов [17, 115, 134, 137]. Социологические исследования демонстрируют скорее преобладание среди медицинских работников специалистов с низкой степенью ПВ [134].

Главным фактором риска ПВ среди медицинского персонала рассматривается особая специфика деятельности, а именно:

- 1) высокая психическая нагрузка, связанная с восприятием и переживанием страданий пациентов [63];
- 2) этические требования к уровню эмпатии для облегчения страданий [23];
- 3) высокий уровень ответственности за результаты своей работы ввиду специфики деятельности и влияния на здоровье человека [79, 145];
- 4) высокий риск отождествления с проблемами пациентов и их семей [106];
- 5) осознание недостаточного своего влияния на исход процесса лечения в силу множества, не поддающихся контролю факторов [74, 78, 186].

Факторы, предрасполагающие к эмоциональному выгоранию медицинских работников, изучены достаточно глубоко. В современной литературе их систематизируют с акцентом на комплексное взаимодействие личностных, организационных и социальных детерминант [1, 3, 11, 17, 32, 112]. Для разработки профилактики ПВ их подразделяют на:

- профессиональные факторы: высокий уровень ответственности за жизнь и здоровье пациентов; нахождение в сфере негативных эмоций больных людей; высокая интенсивность деятельности при сокращении рабочего времени, выделенного на взаимодействие с пациентами, ввиду введения новых электронных систем ведения медицинской документации; возрастающие требования к подготовке медицинского работника, профессиональные вредности [11, 12, 32, 47];
- психологические факторы: самокритичность, непродуктивные копинг-стратегии, перфекционизм, дисбаланс между работой и жизнью, а также негармоничная система поддержки вне рабочей среды, отсутствие

поддерживающего партнера, семьи [2];

- организационные факторы: негативное отношение руководства; наличие непрогнозируемой рабочей нагрузки; графики работы, приводящие к депривации сна; недостаточное вознаграждение, невозможность продвижения по службе, отсутствие межличностного сотрудничества и социальной поддержки [115, 134];

- социальные факторы: высокие ожидания от медиков в обществе; риск стигматизации медиков в состоянии выгорания, что затрудняет их обращение за помощью; отсутствие системы эффективной поддержки для медиков [64, 103].

Профессиональное выгорание как фактор психосоматики может привести к тяжелым последствиям для психического и физического здоровья: развитию девиаций пищевого поведения и нарушения циркадных ритмов [24, 111], тревожных расстройств и алкоголизации [52], хронических заболеваний сердечно-сосудистой, эндокринной и желудочно-кишечной систем. Среди психологических последствий необходимо упомянуть высокую распространенность симптомов депрессии и повышенный риск суицида у медицинских работников [137, 194, 199]. Систематические обзоры и мета-анализы последних лет подтверждают устойчивую связь профессионального стресса и выгорания с развитием тревожно-депрессивной симптоматики у врачей, что требует разработки адресных программ психологической поддержки [137, 174, 190]. Т. Шейнфелд с соавторами скрининговыми методами выявили, что 37,8 % обследованных находятся в группе повышенного риска по депрессии [153, 182].

Иногда в публикациях ПВ трактуют как синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – социально-психологический феномен эмоционального, мотивационного и физического истощения в результате хронического стресса на рабочем месте. СЭВ проявляется в симптомах эмоционального упадка, деперсонализации и редукции профессиональных личностных достижений [87]. Если ПВ описывают как изменение психических характеристик, то СЭВ описывают как биологическую реакцию организма, возникающую вследствие продолжительного воздействия стрессов при рабочем процессе, которая

характеризуется постепенным снижением уровня положительных гормонов, эмоциональной и физической энергии [66].

Динамика развития ПВ находится в зоне активного интереса стресс-менеджмента производств, педагогов, социальных работников. В современной медицинской отрасли России говорить о работе врача принято с позиции долга, обязанностей, нравственных личностных качеств, стремления к высокому профессионализму, а тема ПВ врача как-бы обходится стороной. В отечественной медицине уделять активное внимание проблеме ПВ и СЭВ не принято, хотя власти данную проблему не отрицают. Дмитрий Медведев, один из числа тех, кто высказал свою позицию по этому поводу: «Постоянная погоня за успехом оборачивается системной усталостью, хроническим стрессом, люди подчас просто сгорают на работе. Все это приводит к снижению производительности труда, что, в свою очередь, сказывается на экономических показателях» [196].

Широко известен факт, что врачи, знающие о болезнях практически все (механизмы развития, профилактику, методы лечения), страдают хроническими заболеваниями чуть ли не больше, чем люди других профессий. Проблема влияния профессии на здоровье врача сейчас активно обсуждается в профессиональной печати. На основании многочисленных исследований [28, 41, 58] приходится признать, что «крепкое здоровье» – состояние, не характерное для большинства врачей [72, 79]. Так же не принято упоминать о том, что помимо основных обязанностей, врачу – специалисту в соматической патологии – приходится в своей профессиональной деятельности выполнять несвойственные ему функции психолога и психотерапевта. В этой связи врач испытывает значительную психоэмоциональную нагрузку, зачастую приводящую к быстрому истощению его собственных психических и эмоциональных ресурсов, что и проявляется в виде синдрома выгорания, личностной отстраненности к своей работе в целом. Из-за больших нагрузок, моральной ответственности, нервного напряжения, профессионального долга врачи чаще других переносят болезни «на ногах», понимая опасности симптоматического лечения, что приводит к

осложнениям и рецидивам болезней [14, 72].

Нельзя отрицать, что психологическое здоровье врача является очень важным как для самого медицинского работника, так и для его пациента. К. Маслач и С. Джексон – авторы наиболее распространенной трехфазной модели ПВ – конкретизируют одним из проявлений синдрома выгорания эмоциональное опустошение, которое практически реализуется через безразличие и циничное отношением к партнерам по профессиональному общению – ученикам, пациентам, коллегам, родственникам пациентов [61, 62]. Было выявлено, что врачи, показывающие высокие результаты по опроснику ПВ, в два раза чаще участвуют в инцидентах с безопасностью пациентов, в два раза чаще оказывают некорректную помощь пациентам и в три раза чаще получают низкие оценки обратной связи от пациентов, что повышает риск эмоционального истощения и снижения продуктивности [171]. Подобные данные свидетельствуют о необходимости введения методов помощи и самопомощи медицинскому персоналу с целью контроля симптомов эмоционального выгорания.

Дополнительной опасностью синдрома профессионального выгорания следует считать его свойство распространяться среди коллектива и передаваться от одного работника другому. Далеко не каждая организация поддерживает своих работников в развитии их профессиональных, в том числе творческих, способностей. Управление человеческими ресурсами в настоящее время направлено на стандартизацию личности, то есть развитию уже имеющихся способов и приемов реализации трудовой деятельности, а не расширение способностей и возможностей работников, таких как раскрытие потенциала, расширение зоны ответственности и т. д. Несовпадение стремлений и желаний работника и организации может провоцировать у персонала развитие профессиональных деформаций [113]. Все это, в свою очередь, повышает риск ошибок на рабочем месте и появления последующих судебных разбирательств, которые также влияют на риск ПВ медицинского работника. Помимо рисков для здоровья, высокий уровень профессионального стресса и выгорания у медиков связан с колоссальной экономической нагрузкой. Отмечается, что ежегодные

затраты на перераспределение часов работы, найм временного персонала, выплаты страховых исков и больничных составляют до 6,3 миллиарда долларов только на территории США [165].

Профессиональное выгорание тесно связано с риском развития различных заболеваний, в первую очередь заболеваний сердечно-сосудистой, эндокринной и желудочно-кишечной систем. Отмечается, что наличие у работника ПВ значительно повышает риски развития инфаркта миокарда и ишемической болезни сердца [95, 152]. Риск инфаркта миокарда выше при наличии выгорания, даже если пациент контролирует значения артериального давления, холестерина и отказывается от курения [153, 182]. Подобные данные дают представление о влиянии ПВ не только на психологические и социальные аспекты жизни, но и на физиологическое состояние. По этой причине ПВ признан фактором психосоматики, устранение признаков ПВ и его профилактика – актуальной задачей медицины.

Не менее сложной является и проблема постстрессовых состояний в профессиональной деятельности врачей с повышенной степенью профессионального риска (инфекционисты, хирурги), врачей по оказанию неотложной помощи, которым приходится довольно часто работать в экстремальных условиях. Эти условия характеризуются присутствием и агрессивным воздействием на психику широкого спектра неблагоприятных, дискомфортных и угрожающих факторов, порождающих повышенный уровень психологического стресса, значительный риск возникновения нервно-психических расстройств, известных как посттравматические стрессовые состояния. Такие расстройства описаны причиной срывов профессиональной деятельности, преждевременного увольнения, межличностных конфликтов, злоупотребления алкоголем и других негативных явлений [45].

Проблемы медицинских работников, связанные с профессиональной деятельностью, – стресс, эмоциональные изменения – хроническая усталость, истощение психологических резервов организма, плохое самочувствие, тревога в целом, имеют схожие характерные особенности не только в России, но и во

многих странах мира [48, 89, 103].

По мнению социологов наиболее подвержены СЭВ работники, высокомотивированные ориентированные на успех и высокие профессиональные достижения. Такие люди относятся к своей работе с полной отдачей физических и психических сил. Показано, что развитию СЭВ предшествует период повышенной активности, когда человек полностью поглощен работой, отказывается от потребностей, с ней не связанных, забывает о собственных нуждах [100].

При наличии СЭВ наблюдается потеря качества выполняемой работы, повышается сопротивление выходу на работу, растет неудовлетворенность собственной деятельностью. В такой ситуации человек не видит перспектив для собственного карьерного роста, перестает ставить профессиональные цели [15].

Профессиональное выгорание – динамический процесс, скорость развития которого определяется многими факторами, однако последовательные стадии эмоционального выгорания характеризуются достаточно четко. Например, в работе С. Maslach (1993) указывается, что «средний» сотрудник психиатрической клиники обнаруживает симптомы профессионального выгорания уже через 1,5 года после начала работы, социальный работник – через 2–4 года. Считается, что наиболее предрасположены к проявлению признаков ПВ медицинские работники молодого возраста в период профессиональной адаптации и профессионалы в возрасте 60 лет и старше [179].

Социологи описывают этапность развития ПВ следующим образом: На первом этапе у работников наблюдается положительное отношение к своей деятельности, они стараются вникнуть во все возможные детали, в них много мотивации и энтузиазма. Второй этап характеризуется небольшой апатией к работе, пропадает энтузиазм. Без какого-либо вида стимулирования снижаются показатели продуктивности. На этапе «хронический процесс» появляется сильная раздражительность, степень неудовлетворенности своим видом деятельности повышается, вместе с этим возникают чувство подавленности и бесперспективности. На этапе «кризис» здоровье ухудшается, появляются хронические заболевания. Невозможность полного самовыражения приводит к

затяжной депрессии. Работоспособность заметно снижается. И на пятой ступени возникшие, до этого и запущенные заболевания обостряются, создавая угрозу для жизни человека. Работник становится агрессивным и импульсивным, из-за чего страдает не только профессиональная деятельность, но и сфера взаимоотношений в семье и друзьями [186].

«Выгорание» представлено как распространенное явление в современном обществе, привлекающее все большее внимание исследователей и практиков. Однако вопрос о том, следует ли считать выгорание болезнью, остается предметом научных споров [64, 103]. Диагноз «выгорание» отсутствует в 5-м издании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5), при этом в 10-м издании Международной классификации болезней (МКБ10) выгорание имеет код Z73.0 и определяется как состояние жизненного истощения. В нескольких странах диагноз «выгорание» давно признан законным основанием для отпуска по болезни.

У ПВ имеется положительная сторона. ПВ рассматривают как профессиональную деформацию в качестве защитного механизма, выработанного личностью в ответ на психотравмирующие факторы своей профессиональной деятельности. Ранее считалось, что ПВ свойственно профессиям с высоким уровнем общения: медицинские работники, педагоги, социальные служащие, юристы и т. д. Но в последнее время доказано, что сфера ПВ значительно шире, и в нее входят инженерно-технический персонал, пилоты и т. д. [12, 32, 45]. «Выгорание» отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать ресурсы. В то же время, синдром выгорания негативно сказывается в сфере профессиональной деятельности, в сфере межличностных отношений, в сфере соматического здоровья [80]. В социально-психологические науки термин «профессиональная деформация» ввел социолог Питирим Сорокин в начале XX века, обозначив данным термином влияние профессиональной деятельности на человека, и, прежде всего, в ее негативном аспекте. Согласно мнению Г. А. Макаровой, синдром выгорания

является одним из аспектов профессиональной деформации личности и представляет собой приобретенный стереотип эмоционального поведения [80]. Считается, что эмоциональное выгорание возникает из-за продолжительных профессиональных стрессов умеренной и высокой интенсивности, что негативно отражается на выполнении рабочих задач, сопровождается ухудшением психического и соматического здоровья, а также проблемами в коммуникативной сфере [2, 19, 45, 134].

Анализ современных теоретических представлений о феномене профессионального выгорания как форме профессиональной деформации приводит к заключению, что в научной литературе данное явление трактуется главным образом как синдром. Этот синдром обладает закономерной стадийной динамикой развития и описывается комплексом внешне проявляющихся, объективно фиксируемых симптомов. В структуру профессионального выгорания входят следующие ключевые компоненты: психоэмоциональное истощение, деперсонализация (проявляющаяся в негуманных или циничных установках по отношению к окружающим), а также редукция профессиональных достижений (снижение чувства компетентности и продуктивности в работе). Динамика развертывания синдрома отличается усложнением симптоматической картины при переходе от начальных стадий к последующим. Основная задача исследователей ПВ – поиск главного компонента выгорания. По этой причине ПВ представляют как однофакторную, двухфакторную или трехфакторную модель. На сегодняшний день наиболее популярна трехфакторная модель ПВ, предложенная К. Маслач и С. Джексон, в которой приняты три основные компонента ПВ: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию личных достижений [20, 25]. Авторы однофакторной модели выгорания А. Пайнс и Е. Аронсон рассматривают выгорание как состояние физического, эмоционального и когнитивного истощения, вызванного длительным пребыванием в эмоционально перегруженных ситуациях. В качестве главного компонента выгорания авторы рассматривают истощение, остальные же проявления выгорания считают следствием [186]. Современные исследователи

выгорания среди медсестер, выделили в качестве основных компонентов выгорания эмоциональное истощение («аффективный» компонент, относится к сфере жалоб на свое здоровье, физическое самочувствие, нервное, эмоциональное напряжение, изнеможение) и деперсонализация («установочный» компонент, проявляется в изменении в отрицательную сторону отношения к партнерам по общению и/или к себе) [87]. В настоящее время наибольшим признанием пользуется модель выгорания К. Маслач и С. Джексон, выделяющая и описывающая в структуре выгорания три названных компонента. К. Маслач и С. Джексон рассматривают СЭВ в качестве ответной реакции на длительные профессиональные стрессы межличностных коммуникаций, включающей в себя три компонента: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию личных достижений [61, 180].

Эмоциональное истощение является первой составляющей синдрома выгорания, которое выражается в чувстве недовольства, вызванном собственной работой и некой эмоциональной опустошенностью, сопровождающейся усталостью. Человек чувствует, что больше не может отдаваться работе, как делал это раньше; возникает ощущение «приглушенности», «притупленности» эмоций, возможны эмоциональные срывы. Вторая составляющая – деперсонализация (или цинизм) – проявляется в деформации отношений с другими людьми. Она может выражаться как в повышении зависимости от окружающих, так и в преувеличенной отстраненности от людей, усилении негативизма, циничности установок и чувств по отношению к партнерам по общению (клиентам, пациентам, ученикам и пр.), бездушном, сугубо формальном отношении к ним. Сначала негативные тенденции могут носить скрытый характер и проявляться во внутреннем сдерживаемом раздражении, которое со временем, тем не менее, вырывается наружу в виде вспышек раздражения или конфликтных ситуаций. Третья составляющая выгорания – редукция личностных достижений – проявляется в тенденции занижать свои профессиональные достижения и успехи, снижении профессиональной и личностной самооценки, чувстве низкой компетентности и несостоятельности в профессии, а также уменьшении ценности

своей деятельности, проявлении к ней формального, безразличного отношения [115].

В рамках процессуальных моделей выгорания (Дж. Гинберг, М. Буриш, К. Чернисс, К. Кондо, Л. Холлсен и др.) эмоциональное выгорание рассмотрено как динамический процесс возрастания эмоционального истощения, вследствие которого возникают негативные установки по отношению к людям, с которыми связано профессиональное общение [80].

В большинстве публикаций в отношении характеристики развития профессионального выгорания исследователи придерживаются точки зрения Дж. Гринберг [29, 56]. Дж. Гринберг в динамике выгорания выделяет пять последовательных стадий, описывая их образно как «медовый месяц», «недостаток топлива», хронические симптомы, кризис, пробивание стены. Первая стадия развивается, когда возникновение рабочих стрессов приводит к все меньшей удовлетворенности своей работой у работника, который относится к работе с энтузиазмом, доволен профессиональными обязанностями и заданиями. В этой стадии постепенно снижается энергичность специалиста. При второй стадии специалист начинает испытывать сильную хроническую усталость, апатию, возникают трудности со сном. Для поддержания интереса к труду нужна дополнительная мотивация и стимулирование, продуктивность деятельности и привлекательность работы снижаются. Возможно возникновение отстраненности, дистанцирования от профессиональных обязанностей, а также нарушения трудовой дисциплины. В третью стадию продолжение работы без отдыха приводит к физическому и психическому измождению и подверженности заболеваниям, а также к хронической раздражительности, озлобленности или чувству подавленности, безысходности, «загнанности в угол». Данная стадия характеризуется постоянным ощущением нехватки времени. Четвертая стадия – кризис. Усиливается неудовлетворенность своей эффективностью и качеством жизни вообще. На данной стадии велик риск развития хронических заболеваний, в результате чего человек частично или полностью теряет работоспособность. В пятой стадии постоянные острые переживания могут спровоцировать развитие

различных заболеваний, угрожающих жизни человека. Вследствие большого количества физических и психологических проблем карьера подвергается серьезной угрозе [56].

А. Лэнгле предлагает рассматривать феномен эмоционального выгорания с позиции экзистенциального анализа. Под эмоциональным выгоранием автор понимает затяжное состояние истощения, возникающее в деятельности. Ведущей основной характеристикой эмоционального выгорания, от которой проистекают все другие симптомы, А. Лэнгле считает истощение. Состояние истощения сначала касается только самочувствия, затем оно начинает влиять непосредственно на переживание, а потом также и на мнения, позиции, установки, решения и действия человека. Продолжительное расстройство создает подавленный эмоциональный фон, на котором специфически воспринимается и все остальное. Переживание самого себя и мира характеризуется хроническим отсутствием телесно-психической силы, ощущением пустоты, сопровождающимся нарастающим ощущением утраты духовных ориентиров. К ощущению пустоты рано или поздно добавляется чувство бессмысленности, которое распространяется на все большее число аспектов жизни: не только на работу, но и на личную жизнь и свободное время, в итоге уже и сама жизнь переживается как бессмысленная. С точки зрения А. Лэнгле, эмоциональное выгорание – это результат того, что человек в профессии в течение длительного времени не проживает ценностей. Лучшей защитой от возникновения эмоционального выгорания по А. Лэнгле является истинная реализованность в работе, наполненность профессиональной деятельности смыслом [69].

Анализ исследований в области психологии труда показывает, что одно из центральных мест занимает диагностика комплексного состояния работника, особенно в ситуациях выраженного и продолжительного стресса, приводящего зачастую к полному или частичному ПВ. М. Буриш под выгоранием описывает симптомокомплекс последствий длительного рабочего стресса и определенных видов профессионального кризиса. В изложенной автором концепции так же отмечается стадийность развития выгорания: сначала, вследствие очень высокой

длительной установки на выполнение профессиональной деятельности, возникают значительные энергетические затраты; по мере развертывания синдрома выгорания появляется чувство усталости, на смену которому приходит разочарование и снижение интереса к своей деятельности. Автор замечает, что развитие выгорания носит индивидуальный характер, его особенности связаны с различиями в эмоционально-мотивационной сфере, а также условиями, в которых деятельность осуществляется [80]. ПВ не только создает условия для развития хронических заболеваний, но и снижает мотивацию к труду. В качестве последствий ПВ выделяется широкий спектр поведенческих реакций (снижение работоспособности, уход из организации и т. д.), изменения установок к труду и самоотношения. Наиболее широко последствия феномена и его динамика понимаются авторами как «нарушение оптимального функционирования личности в системе «субъект – профессия – организация – общество» [10]. Общественная значимость феномена ПВ врача делает необходимым дополнительное изучение феномена ПВ в медицине в контексте изменений, происходящих в организации и обществе.

1.2 Влияние условий труда и психосоциальных производственных факторов на состояние здоровья медицинских работников

По данным ВОЗ продолжительность жизни врачей во всём мире на 15–20 лет меньше средней продолжительности жизни [76]. Согласно Государственному докладу «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2021 году» в структуре впервые выявленной профессиональной заболеваемости работники здравоохранения и социальных услуг заняли второе место, составив 26,45 % от всех впервые выявленных профзаболеваний в России [92]. В здравоохранении РФ занято более 668 000 врачей и более 1 650 000 средних медицинских работников. Медицинский персонал любого лечебного учреждения ежедневно контактирует с различными факторами инфекционной и неинфекционной природы,

оказывающими влияние на его здоровье и работоспособность [123].

Немаловажно, что в здравоохранении трудится много женщин репродуктивного возраста. Во всем мире доля женщин в структуре врачебных и сестринских кадров составляет свыше 76 %. В сообществе врачей, в мире, женщины составляют немногим более 40 %, но их доля в структуре сестринского персонала достигает 90 % [76]. И. А. Наумов, Е. С. Лисок исследовали формирование уровней заболеваемости болезнями дыхательных путей у женщин-врачей терапевтов и акушеров-гинекологов в поликлиниках и стационарах в условиях неблагоприятного воздействия производственных факторов биологической природы (класс вредности 3.2.): трудовая деятельность в контакте с биоматериалами, обладающими труднопереносимым запахом (4 балла по шкале Райта), работа с микроорганизмами 3-4-й групп патогенности и высокая общая бактериальная обсемененность воздуха рабочей зоны. Максимальным последний показатель был в кабинетах врачей-терапевтов поликлиник ($214,7 \pm 12,48$) микробных тел в 1 м^3), а наименьшие значения были зарегистрированы в физиологических и обсервационных родильных залах ($123,1 \pm 7,21$) и ($194,1 \pm 14,19$) микробных тел в 1 м^3 соответственно), что превышало установленные нормативы. Это в условиях неизбежной постоянной циркуляции госпитальных штаммов и при прямом контакте врачей с биологическим материалом, составлявшем, согласно результатам исследования, от 68,0 % до 89,9 % продолжительности смены. Даже при соблюдении всех требований охраны труда, найденный факт не позволил женщинам обеих групп избежать поражений органов дыхания соответствующими инфекционными заболеваниями [75]. Соматическая патология хронического течения широко распространена у женщин-врачей. Учитывая, что возраст большей части работающих женщин относится к периоду фертильности, опросы охраны труда и укрепления здоровья медицинских работников женщин приобретают особую значимость среди проблем материнства и являются предметом отдельных исследований [27, 12].

По данным различных авторов, на протяжении многих лет наблюдения

заболеваемость медиков превышает таковую во многих ведущих отраслях промышленности [2, 35, 36, 178]. Отмечается высокая заболеваемость аллергиями, инфекционными болезнями [24, 55].

Для работников сферы здравоохранения к числу профессиональных факторов риска, общих для большинства медицинских специальностей, является гиподинамия, длительная статическая нагрузка, локальное перенапряжение отдельных групп мышц, воздействие физических, химических и биологических факторов, психо-эмоциональное и информационное напряжение, определяющие тяжесть и напряженность трудового процесса [36, 48, 55].

Независимо от специализации больниц, имеются общие неблагоприятные факторы производственной среды: нервно-эмоциональное напряжение, химические вещества, биологические агенты, высокое напряжение анализаторных систем, возможность травматизма, суточный режим работы, нарушающий биологический ритм [33, 35, 36, 54, 55, 89]. Непосредственными причинами возникновения заболеваний врачей являются повышенная чувствительность организма работника к ряду факторов, отсутствие или неэффективность средств индивидуальной защиты, контакт с инфицированными пациентами, несовершенство инструментария и оборудования [2, 24, 33]. Основные факторы профессиональной вредности для медицинских работников систематизированы по источникам их поступления и значимости влияния на состояние здоровья. Единого перечня неблагоприятных условий труда медработников не существует, поэтому в зависимости от того, на какие гарантии и компенсации претендует сотрудник, применяются разные перечни, в частности, утвержденные: приказами Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н, от 16.02.2009 № 45н, от 30.05.2003 № 225 и постановлениями Правительства РФ от 14.02.2003 № 101, от 06.06.2013 № 482. Так, согласно приказу Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н среди вредных и опасных производственных факторов выделяют химические факторы (аллергены, канцерогены и др.), биологические факторы (инфицированный материал, аллергены), физические факторы (ионизирующее излучение, электромагнитное излучение и другие виды

излучений). Приведенные данные неоспоримо свидетельствуют о чрезвычайно выраженной угрозе состоянию здоровья медицинских работников, связанной с особенностями профессиональной деятельности. Понимание этого должно лежать в основе организации целенаправленной и эффективно функционирующей системы обеспечения профессиональной безопасности и охраны здоровья медиков, обязательно учитывающей специфику не только каждого стационара, но и конкретно выполняемой медицинским персоналом работы [123, 196]. С целью поддержания здоровья медработников, работающих с вышеуказанными вредными производственными факторами, Федеральными законами установлены права отдельных групп медработников на льготы. Например, в связи с опасностью инфицирования предусмотрены уменьшение рабочего времени, дополнительные отпуск, оплата: медработникам, оказывающим противотуберкулезную помощь [27]; медработникам, осуществляющим диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных [113]. В связи с повышенной опасностью взаимодействия с лицами, страдающими психическим расстройством, медработники, оказывающие психиатрическую помощь, имеют право на сокращение рабочей смены, дополнительные отпуск и оплату труда [40]. Однако, установленные льготы не исключают воздействия, причем сочетанного характера, вредных факторов на здоровье врача в виду существенных особенностей каждого вида деятельности. Например, признано, что в процессе своего труда врачи и средний медицинский персонал станций скорой медицинской помощи имеют контакт с химическими веществами (лекарства, дезсредства и др.), обладающими аллергенными, психотропными, раздражающими, наркотическими свойствами [57, 89]. Однако при научном изучении специфики работа персонала выездных бригад на крупной подстанции г. Уфы было показано, что профессиональный риск здоровью формируют не лекарства и химсредства, а вибрация, превышающая нормативы, психоэмоциональные условия и высокая напряжённость труда. Именно эти факторы определили высокий коэффициент относительного риска и высокую степень производственной обусловленности болезней центральной нервной, костно-мышечной, сердечно-сосудистой и

пищеварительной систем врачей [58, 60, 88, 89]. За последние годы значительно выросла оснащенность медицинских учреждений сложным рентгеновским, радиологическим, электронным, лазерным и компьютерным оборудованием. Широко используются ультразвуковые и высокочастотные установки, барокамеры. Высокая техническая оснащенность, безусловно, способствует повышению эффективности лечебно-диагностической помощи. Однако новое техническое оснащение сформировало новые условия труда с малоизученным характером действия на медицинский персонал. Продолжительные исследования условий труда и состояния здоровья медицинских работников позволили установить, что работа в лечебных учреждениях предъявляет значительные требования к организму работника, его физическому состоянию и выносливости, объему оперативной и долговременной памяти, способности противостоять психическим, моральным и этическим перегрузкам [36, 58, 60, 88, 138]. В последние годы на характер труда и условия профессиональной деятельности медицинских работников существенное влияние оказывают социальные, политические и экономические изменения. Отсутствие финансирования, недостаток медикаментов и оборудования, необходимость постоянного выполнения своего профессионального долга в этих условиях не могут не усугублять негативного действия профессиональных факторов на здоровье и работоспособность медицинских работников [32, 90].

Многообразие условий труда, оказывающее неблагоприятное влияние на труд медицинских работников, привело к необходимости в гигиене труда выделять дополнительно к профессиональным заболеваниям патологию, профессионально обусловленную. Такие заболевания не вызываются непосредственно профессиональными факторами, но возникают чаще или протекают тяжелее под их воздействием. Например, на медицинский персонал, работающий в рентгенкабинетах, оказывают воздействие не только радиационные, но и неспецифические факторы (микроклиматические и др.). Влияние каждого из этих факторов, снижение предельно допустимой величины и при соблюдении техники безопасности и выполнении всех требований,

предъявляемых к рентгенкабинету, не представляет существенной опасности. Однако в сочетании эти факторы могут оказывать определенное влияние на организм, что необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий среди этой группы медицинских работников. Малые дозы ионизирующего излучения в сочетании с нерадиационными факторами могут оказывать раздражающее действие на ряд систем организма, вызывая явления дезадаптации со стороны нервной, сердечно-сосудистой систем и т. п., что может облегчать возникновение неспецифических заболеваний или обуславливать более длительное или более тяжелое их течение [48, 58, 62]. Представляет интерес оценка условий труда на рабочем месте самими сотрудниками здравоохранения. На примере труда работников здравоохранения государственных медицинских организаций на Дальнем Востоке России по данным медико-социологического опроса 835 человек было показано, что все группы респондентов считают, что в настоящее время отрасль здравоохранения России развита удовлетворительно. Участники опроса довольно низко оценивают текущее состояние ресурсов государственных учреждений здравоохранения. По результатам опроса работники здравоохранения дают неудовлетворительную оценку техническому состоянию зданий медицинских организаций, обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом. Среди предложенных мотивационных факторов трудовой деятельности, работники сферы здравоохранения сходятся во мнении и дают удовлетворительную оценку таким факторам как дисциплина труда, объем работы, соблюдение техники безопасности на рабочем месте, стабильность рабочего места и межличностные отношения с коллегами [58].

Одна из проблем практической работы врача – чрезмерное утомление при перегрузках на работе, что негативно сказывается на работоспособности человека. В таком состоянии врач способен выполнять на автомате действия не задумываясь, т. к. это привычная обстановка для него, но при этом специалист не готов к новой неожиданной и непривычной обстановке. Происходит разлад видов психической деятельности. При продолжении работы в таком состоянии утомление усугубляется, появляются врачебные ошибки. Длительная работа в

состоянии утомления может способствовать развитию хронических неинфекционных заболеваний.

Таким образом, производственные условия труда врачей включают в себя факторы, неблагоприятно действующие на здоровье. Однако, научные исследования условий работы врачей в конкретных условиях к важнейшим производственным факторам, оказывающим влияние на психическое и соматическое здоровье врача, относят в той или иной степени выраженности профессиональный стресс. Современные исследования подтверждают, что именно психосоциальные факторы (интенсивность, эмоциональная насыщенность, ответственность) вносят сопоставимый с физическими факторами вклад в формирование профессионального выгорания и нарушений здоровья [17, 10, 11, 19, 143].

1.3 Влияние стресса на психо-физиологические характеристики профессиональной деятельности человека

Профессиональный стресс – многообразный феномен, выражающийся в психических и соматических реакциях на напряженные ситуации в трудовой деятельности человека. В настоящее время он выделен в отдельную рубрику в Международной классификации болезней (МКБ-10: Z 73: «стресс, связанный с трудностями управления своей жизнью»). В рамках психофизиологического подхода Дж. Шарит и Г. Салвенди определяют профессиональный стресс как многомерный феномен, выражающийся (или отраженный) в физиологических и психологических реакциях на определенную трудовую ситуацию [95]. Производственный стресс – новый термин в отечественной психиатрии. В учебниках по психиатрии времён СССР практически невозможно найти упоминаний о производственном стрессе, а вот в странах Европы и в США данный термин широко изучен и применяется довольно часто уже более пяти десятилетий. Всё дело в том, что производственный стресс очень тесно связан с рыночной экономикой, которой присуща постоянная конкурентная борьба, а

также работа в нестабильных, часто меняющихся условиях. Удовлетворительный уровень стресса непосредственным образом положительно влияет на производительность труда в организации [156]. Возрастание нервно-эмоциональных нагрузок в процессе трудовой деятельности формирует состояния напряжения, а нередко и перенапряжения функционального состояния организма, что можно расценивать как формирование производственного стресса. Длительный, хронический умеренный профессиональный стресс имеет своим следствием ПВ. По данным ряда авторов, в настоящее время более 10 % работоспособного населения живет в условиях постоянного, не только профессионального, но и социального стресса [36, 54, 71, 97]. Синдром выгорания и профессиональный стресс являются «близкими» видами профессиональной деформации, приводят к снижению уровня работоспособности работников, потере стимулов к карьерному росту, эффективной деятельности и возникновению хронических заболеваний, не связанных с традиционными факторами вредных условий труда. Свойственное работникам современных динамично меняющихся предприятий переживание субъективной незащищенности в сфере труда, вызванное действием особого фактора стрессора – угрозы потери работы (количественный аспект) или важных ее характеристик (качественный аспект), также служит дополнительным фактором профессионального выгорания персонала, работающего в нестабильной экономической ситуации [115, 151, 197], что делает исследования феномена профессионального выгорания еще более актуальным.

Производственный стресс является неотъемлемой частью производственного процесса при оказании медицинской помощи. Однако проявление этой особенности предполагает воздействие комплекса неблагоприятных для здоровья факторов: условий труда, малоподвижный характер работы, интенсивности нагрузки, работа в ночное время, ограниченное время для принятия решения, высокая ответственность и т. д. Резко изменившиеся в социальных условиях стрессы стали повсеместным явлением, требующим не только научного и экономического осмысления, но и разработки

механизмов управления подобными процессами. Например, в одном из исследований Гимаева З. Ф. и соавторы при анкетировании установили, что наличие стресса на работе отмечали 74 % аппаратчиков, 63 % слесарей КИПиА и 57 % слесарей-ремонтников. При этом 38 % работников субъективно оценивали свою повседневную профессиональную деятельность как имеющую выраженный «стрессовый характер». В результате тестирования выявлены повышенные показатели по шкале тревоги (HADS) у 48 % работников различных профессий, по шкале депрессии (HADS) – у 23 %. Наиболее распространенной нозологической формой хронических неинфекционных заболеваний являлась гипертоническая болезнь (ГБ), которая определена у 46,1 % операторов, у 45,2 % слесарей по ремонту технологических установок. У 30,1 % слесарей КИПиА отмечается средняя степень обусловленности ГБ производственными факторами. Установлена прямая зависимость уровня дислипидемии от возраста и стажа работы [95].

Особенностью реакций человека на сочетанное воздействие разнообразных средовых, эргономических, психофизиологических факторов профессионального стресса является неспецифичность нарушений здоровья. Чем больше разнообразие факторов риска, тем более адекватно для их интегральной оценки использование неспецифических показателей здоровья, таких, как уровень общей работоспособности, частота хронических общесоматических заболеваний и заболеваний с временной утратой работоспособности, биологический возраст [63].

Выгорание – динамический процесс и возникает поэтапно, в полном соответствии с механизмом развития стресса, который Г. Селье рассматривал как неспецифическую (т.е. всеобщего действия) защитную реакцию организма в ответ на психотравмирующие факторы разного свойства. Ганс Селье описал стресс как общий адаптационный синдром, развивающийся вследствие воздействия на человека неблагоприятных факторов окружающей среды. Общий адаптационный синдром, обуславливающий патогенез различных синдромов и заболеваний, может объясняться стрессом, начальная фаза которого трактуется как

психоэмоциональный стресс. Стресс – это состояние напряжения, возникающее под влиянием любых сильных воздействий и сопровождающееся перестройкой защитных систем организма. Основоположником теории стресса был Ганс Селье, который определил стресс как реакцию организма на внешний или внутренний раздражитель любого генеза, который по силе превышает пределы текущей адаптивности. На основе данной концепции Селье утверждал, что стресс представляет собой не только вред. Стресс призван повышать сопротивляемость, тренировать защитные механизмы тела и психики [98]. Вред от стресса заключается в нарушении психологического состояния в результате травмирующих обстоятельств, негативных условий труда или других аспектов деятельности человека. Можно различить глубокий стресс, стресс средней тяжести и повседневный, или привычный стресс. Под повседневным стрессом понимаются кумулятивные особенности психики человека, особенно работающего в сложных условиях труда, неудовлетворительном производстве или в коллективе, не устраивающем работника. Стресс негативно влияет на физиологию человека, формирует многие психосоматические заболевания, излечить которые сложно, поэтому необходимо устранять первичную причину – стресс [99, 196].

Причин производственных стрессов много, можно разделить их на выделяют две группы причин – организационные и личностные. К организационным факторам относятся: перегрузка или недогрузка работника, которые приводят к накоплению физической и психической усталости, росту неудовлетворенности, ощущению материальных потерь; высокая динамичность событий, необходимость быстрого принятия решений; критические обстоятельства или риск при принятии решений; постоянная спешка, которая не позволяет вдумчиво решать проблемы и влечет недовольство собой, раздражение; со стороны руководства противоречивые или неопределенные требования; несоответствие норм и ценностей личности нормам и ценностям группы, осознание своей несостоятельности; неинтересная, рутинная работа, отсутствие перспектив; плохие условия работы: шум, низкое освещение, духота, отклонения

в температурном режиме. К личностным факторам относят резкие перемены в личной жизни: смерть близких, развод, увольнение с работы, неудачи близких людей, вступление в брак, появление нового члена семьи, уход на пенсию и др.

Формами проявления производственных стрессов могут быть: депрессии; агрессивность по отношению к коллегам; нежелание выходить на работу, прогулы; большое количество брака продукции; излишняя нагрузка на работе; гиперответственность и, как следствие, – конфликт с подчиненными и др. [60]. Все рассмотренные факторы являются стрессогенными, однако это вовсе не означает, что они абсолютно точно спровоцируют развитие стресса у сотрудника. Реакция каждого организма на любые негативные и положительные воздействия строго индивидуальна, поэтому у одного человека какие-то факторы вызывают болезненную реакцию, а для другого – являются дополнительным стимулом к работе [97].

Производственный, или профессиональный, стресс представляет собой многомерный феномен, выражающийся в физиологических и психологических реакциях на сложную рабочую ситуацию. Причинами производственных стрессов на предприятиях или в организациях являются весьма обычные элементы производственной деятельности, такие как: 1) перегруженность или незагруженность работой; 2) организационные перемены; 3) ролевая неопределенность и ролевой конфликт; 4) эпидемия психогенного заболевания; 5) истощение физических и духовных сил; 6) трудоголизм. При экстремальных условиях деятельности сотрудников или при появлении физико-химических, психологических (личностных), организационных факторов в организации производственный стресс может стремительно развиваться [116, 120]. Влияние стресс-факторов проявляется в изменении эмоционального фона, преобладании тревожности и напряженности, нарушении внимания, мышления, памяти, психомоторных и физиологических функций организма. Анализ результатов медицинского обследования летчиков показал, что чем ниже медицинский статус, тем выше значения в профиле FPI «Невротичности», «Эмоциональной нестабильности», «Тревожности» и «Импульсивности». То есть, перечисленные

характеристики в наибольшей степени соотносятся с нарушениями соматического здоровья [8, 95, 108, 115].

Эмоциональный стресс как одна из причин возникновения соматической патологии привлекает внимание исследователей достаточно давно. Профессиональную деятельность врача при оказании неотложной помощи можно отнести к экстремальным видам труда. Например, выявляется достаточно много общего с трудом железнодорожников локомотивных бригад: высокая ответственность за выполняемую работу, здоровье и жизни пассажиров (пациентов у врача), вероятность возникновения различных неожиданных ситуаций, высокий уровень внимания, постоянная бдительность, готовность к экстренному действию. Важнейшим фактором, способствующим формированию эмоционального стресса, является, безусловно, риск и для собственной жизни. Всё вышеперечисленное – обычные условия интенсивного труда, ежедневной работы железнодорожников и врачей, которые нередко обуславливают формирование соматических заболеваний. Вследствие особенностей труда на железной дороге, физических и психических нагрузок, влияния других неблагоприятных факторов железнодорожники являются группой повышенного риска развития различных соматических заболеваний [65, 71, 116]. Поскольку полностью избежать воздействия эмоционального стресса на здоровье работающих в экстремальных производственных условиях невозможно, рекомендовано проводить профилактические мероприятия для предупреждения межличностных конфликтов, развития соматических заболеваний, используя различные психотерапевтические методики (аутотренинг), регулярный активный отдых, достаточный ночной сон [71].

1.4 Состояние здоровья и комплексная профилактика профессионального выгорания с позиции доказательной медицины

В российской практике организации охраны труда основной акцент делается на анализе и профилактике профессиональных заболеваний, связанных с

нозологиями, возникающими у работников в результате длительного или одномоментного воздействия вредных факторов производства. Под ними традиционно рассматриваются хорошо изученные биологические, химические и физические факторы. Однако современный характер производства во все большей степени сокращает влияние традиционных факторов. По мнению многих исследователей на первый план в системе профилактики профессиональных заболеваний выходит оценка влияния психологических факторов [10, 77, 115].

Врачебная деятельность имеет ряд специфических особенностей – таких, как влияние и взаимодействие многочисленных меняющихся факторов, которые нередко невозможно формализовать, алгоритмизировать для анализа, внести в жестко структурированные схемы, а эффективность врачебных действий, особенно с точки зрения пациента, часто трудно оценить однозначно. Специфика проявления профессионального стресса у врачей связана, прежде всего, с особенностями содержательной стороны деятельности и субъективным отношением к профессиональной среде. Эти факторы обуславливают ту или иную степень полноценности адаптации специалистов к труду и в первую очередь подлежат коррекции и профилактике. Однако, нельзя не учитывать социальные причины, оказывающие существенное давление на личностную стрессоустойчивость.

Учитывая, что множество стрессовых для человека событий в современном Российском обществе произошло под влиянием рыночной экономики, вероятным оптимальным способом профилактики может быть стресс-менеджмент «западного» образца. Обычно он предполагает следующий набор: позитивное мышление; планирование времени; рациональный режим работы и отдыха; регулярная релаксация (медитация). Выполнение же общепринятых рекомендаций по управлению стрессом в условиях российской действительности не всегда эффективно, так как для российского работника подобные рекомендации оцениваются как надуманные, оторванные от жизни – подобно рекламным призывам. Часто человеку, находящемуся в состоянии стресса, хочется получить от специалиста что-то чудодейственное, дающее моментальный

эффект без особых затрат [41]. В соответствии со стратегией ВОЗ в качестве наиболее оптимальной методологии охраны здоровья работников и соблюдения должного уровня антропогенной безопасности, рассматривается мониторинг функциональных резервов, донозологическая диагностика на ранних стадиях развития адаптационного синдрома и своевременная коррекция функционального состояния с последующей оценкой ее эффективности. Основной медицинской целью психофизиологического обследования является выявление лиц, психофизиологические характеристики которых свидетельствуют о нарушениях адаптации, что может привести к нарушению профессиональной деятельности. В некоторых отраслях производства внедрено массовое профилактическое психофизиологическое обследование сотрудников, по результатам которого работники направляются на дополнительную психологическую помощь. Востребованность данного вида медицинских услуг демонстрирует следующие примеры: Вакулюк И. В. и соавторы в 2017 году провели 400 психофизиологических обследований работников атомной энергии. В результате в 5 случаях было вынесено заключение: «ограниченно годен». В 3 случаях заключение было дано после дополнительных расширенных психофизиологических обследований; эти же авторы провели обследование 1 072 спортсменов сборных команд РФ. На 1 октября 2018 года количество обследованных спортсменов составило 900 человек. Из числа обследованных 60 спортсменов (или 6,5 % от общего количества обследованных) нуждались в дополнительной консультативной психологической помощи [16].

Помимо психофизиологического обследования показана целесообразность анализа качества жизни работников. Л. Е. Смирнова, Л. Х. Шехаб в результате проведенного исследования установили, что почти у половины (46 %) обследованных работников с вредными условиями труда наблюдается ухудшение качества жизни различной степени выраженности, что сочетается с существенным снижением физической работоспособности у 33 % работающих, среди которых у 29 % выявляется умеренное снижение работоспособности, а у 4 % – значительное. С точки зрения авторов полученные данные убедительно свидетельствуют о

необходимости целенаправленных лечебно-профилактических мероприятий у данной категории лиц [111].

Организационные мероприятия профилактики стресса можно разделить на несколько этапов. При выявлении проблемы назначают ответственное лицо – конфликт-менеджера, деятельность которого направлена на решение эмоциональных проблем в организации. В большинстве случаев рекомендуют изучать не стресс как отдельный вид, а механизм его возникновения. Для этого вводят анкетирование работников по оценке удовлетворенности условиями труда на рабочих местах и оценки психоэмоционального состояния. По результатам анкетирования создают схему возникновения стресса, а затем начинают разрабатывать модель профилактики стресса [20]. В качестве профилактики стресса предлагают использовать творчество: арт-терапию и интермодальную терапию искусствами [102]. На сегодняшний день, как в России, так и за рубежом большую популярность приобретает организация релаксационных комнат, посещение которых возможно в период перерывов, предусмотренных расписанием режимов труда и отдыха. Преимуществом такой комнаты является не только приятная успокаивающая музыка, позволяющая забыть обо всех проблемах, мягкие массажные кресла, но и присутствие квалифицированного психолога, который может выслушать и дать совет по разрешению той или иной ситуации [29]. В настоящее время для борьбы со стрессом персонала используются различные методы и средства, которые можно рассмотреть как средства первичной и вторичной профилактики [20, 31, 33, 62, 63].

1. Первичная профилактика – удаление или уменьшение стрессоров, действующих на рабочем месте, изменение окружающей организационной среды или изменение условий труда. Первичное вмешательство может осуществляться в таких действиях руководства, как изменение характеристик организации, например процедуры обучения или отбора; изменение ролевых характеристик, например расширение возможности работников в принятии решений; изменение характеристик рабочих задач, например усиление контроля над способами и длительностью их выполнения.

2. Вторичная профилактика – принятие мер, ослабляющих влияние проявлений симптомов стресса у работников, нацеленных на снижение или устранение напряжения. В программу тренингов по борьбе со стрессом традиционно включаются: обучение навыкам релаксации, медитации, позитивного мышления (замена негативных или иррациональных мыслей на более позитивные и конструктивные), акцептивности, информирование людей об уровне их переутомления и о последствиях, которые может оказывать на человека стресс, управление временем и стратегии разрешения конфликтов. Одним из направлений профилактики профессионального выгорания у врачей и медицинского персонала могут стать психологические тренинги [29, 177]. Мета-анализы последних лет подтверждают эффективность различных индивидуально-ориентированных вмешательств, включая тренинги осознанности (mindfulness), когнитивно-поведенческую терапию и программы управления стрессом, для снижения уровня выгорания у медицинских работников [125, 158, 162, 166, 163]. Есть данные исследования о результатах тренинга профилактики ПВ в Рочестере и в Норвегии. В этом исследовании обучение было изначально довольно интенсивным, около восьми недель 2,5 часа в неделю, а затем 2,5 часа в месяц в течение десяти месяцев [144]. По результатам самооценки своего состояния в результате тренингов, уровень выгорания у врачей снизился. Однако отсутствие сравнительных данных с контрольными группами не позволяет использовать полученные результаты без дополнительных исследований. Методом, применяемым для профилактики выгорания медицинских сестер, имеющих сходные выраженные признаки выгорания, являлся метод SMART-терапии, подразумевающий изучение факторов профессионального выгорания и стресса на рабочем месте, а также комплекса техник профилактики, куда входили, например, релаксационные техники. Так, была показана высокая эффективность данного метода, отмечалось снижение выраженности профессионального выгорания, тревоги, депрессии [159]. В то же время, исследователи подчеркивают необходимость сочетания индивидуальных стратегий с организационными изменениями для достижения устойчивого

эффекта [144, 158, 200].

Большой объем и неуклонный рост зарубежных исследований на тему ПВ у медиков очень остро ставит вопрос о необходимости интенсификации отечественных исследований на эту тему [29], а также вопрос о необходимости изменений в системе здравоохранения и внедрения эффективных методов психологической помощи медицинским работникам [123]. Целесообразно проводить у врачей периодическое психологическое тестирование, включаемое в процесс общей диспансеризации, на предмет выявления синдрома эмоционального выгорания. Кроме того, полезным может быть проведение курса образовательных и разгрузочных занятий, направленных на профилактику этого вида профессиональной патологии и профессиональной деформации личности, включающего обучение психокоррекционным методам, помогающим сохранять собственное благополучное психическое состояние, вырабатывать способность проявлять психологическую устойчивость в сложных и экстремальных условиях, применять методы эмоциональной и когнитивной регуляции для оптимизации собственной деятельности и психологического состояния. Эти занятия могут быть дополнены обучением медиков специальным релаксационным и ресурсным приемам, позволяющим снизить профессиональную эмоциональную и коммуникативную перегрузку. Полезным видится и проведение психологами, психотерапевтами периодических учебных семинаров для врачей этой категории с целью обучения тактикам поведения в конфликтных ситуациях и работе с трудными больными, имеющими различные психоэмоциональные проблемы. Разработка и внедрение комплексных программ профилактики, учитывающих как индивидуальные факторы (копинг-стратегии, эмоциональный интеллект), так и организационные (стиль руководства, рабочая нагрузка), признается сегодня наиболее перспективным направлением [2, 3, 32, 90, 131].

ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диссертационное исследование выполнено на кафедре неотложной терапии с эндокринологией и профпатологией ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России в соответствии с планом научно-исследовательской работы а по теме «Клеточно-молекулярные и цитогенетические механизмы профессиональных, сердечно-сосудистых и респираторных заболеваний в трудоспособном возрасте. Подходы к профилактике», номер государственной регистрации АААА-А19-119070390017-8. Исследование проведено за 2020–2023 гг., набор и анализ материала произведен автором лично.

В исследовании использованы данные анкетирования, нормативной документации учреждений, касающиеся 346 врачей из лечебных учреждений г. Новосибирска за 2020–2021 год: ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 1»; ГБУЗ НСО «Госпиталь ветеранов войн № 1»; ГБУЗ НСО «Госпиталь ветеранов войн № 2»; ГБУЗ НСО «Госпиталь ветеранов войн № 3»; ГБУЗ НСО «Консультативно-диагностическая поликлиника № 27», ГБУЗ НСО «Консультативно-диагностическая поликлиника № 1», а также врачей клинических ординаторов второго года обучения хирургической специальности «Оториноларингология» (20 врачей, из них 9 мужчин и 11 женщин) на кафедре оториноларингологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (зав. кафедрой – д-р мед. наук, профессор Киселев А. Б.)

Нормативно-этические аспекты исследования утверждены на заседании Комитета по этике ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол № 129 от 30.11.2020).

2.1 Организация и дизайн исследования

Стратегия научно-исследовательской работы включает в себя следующие этапы проведения исследования:

Подготовительный этап. Научное обоснование актуальности цели и задач исследования, определение рабочей гипотезы, выбор объекта и единиц наблюдения, определение объема наблюдения, формирование методики и описание методов исследования; определение последовательности проведения научно-исследовательской работы.

Основной этап. Поиск значимых зависимостей между параметрами психо-эмоционального состояния врача и действующими факторами трудового процесса.

На данном этапе проведено:

- оценка условий труда и показателей здоровья врачей государственных лечебных учреждений: анализ условий труда врачей по картам специальной оценки условий труда (карта СОУТ), экспертным заключениям по идентификации опасных и вредных производственных факторов (ОВФП) на рабочем месте, протоколов проведения исследований (испытаний) и измерений биологического фактора и хронометражным картам фактической профессиональной деятельности (в дальнейшем – «хронометражная карта»), сведения о наличии соматических заболеваний по данным из Ведомостей проведения медицинских осмотров (ведомость ПМО) и сведений анкетирования оценки качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем, согласно стандартизированному опроснику SF-36;

- анкетирование врачей и экспертная оценка результатов. Используются: когнитивно-поведенческая оценка по опроснику авторов О. М. Родина, М. А. Дмитриева «Оценка профессиональной дезадаптации», который позволяет оценить психо-физиологическую профессиональную дезадаптацию врача; опросник авторов Н. Е. Водопьяновой, Е. С. Старченковой, А. Д. Наследова «Профессиональное выгорание» [21], позволяющий оценить интегрально профессиональное выгорание для женщин и мужчин; четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4DSQ) [133]; шкалу оценки симптомов усталости D-FIS (Daily Fatigue Investigation Scale) [167] для оценки степени усталости, которую испытывает врач к моменту окончания трудового дня;

- оценка условий труда, психо-социальных производственных факторов и состояния здоровья у врачей с выраженными и с минимальными признаками эмоционального выгорания в возрастные периоды «молодость», «зрелый возраст» и «пожилой возраст»;
- оценка дистресса, депрессии, тревоги и соматизации врачей – клинических ординаторов на этапе профессионального становления (второй год обучения в клинической ординатуре).

Заключительный итоговый этап. Разработка рекомендаций и организационных решений в виде (практические рекомендации) для подготовки методических рекомендаций, способствующих оптимизации технологий оздоровления и сохранения здоровья медицинского персонала, совершенствованию системы медицинского мониторинга работников медицинских организаций. В Таблице 1 приведены сведения об объеме выполненной работы.

Таблица 1 – Материал и объем исследования

Этап 1. Подготовительный	
материал исследования	количество
Научные печатные публикации российских и зарубежных ученых	200
База данных патентной литературы Федерального института промышленной собственности (ФИПС) России, адрес: http://www1.fips.ru/wps/wcm/connect/content_ru/ru;	1
База данных научной литературы: (e-library, Pubmed, dissercat.ru)	3
Нормативно-правовые документы по охране здоровья медицинских работников: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ; Приказ Минтруда России от 18.12.2020 № 928н «Об утверждении Правил по охране труда в медицинских организациях»; Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г. № 302н, прил. 1, п. 2.4.; прил. 2, п. 17.;	4

Продолжение Таблицы 1

Этап 1. Подготовительный	
материал исследования	количество
Приказ Минздрава России от 22.11.2021 № 1083н «О порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории».	
Трудовой Кодекс РФ: раздел IV, глава 21, ст. 147; раздел V, глава 19, ст. 117.	1
Этап 2. Основной.	
2.1 Анализ условий труда и показателей здоровья врачей	
Анкета врача (Приложение А)	346
Опросник SF-36	346
Анкета врача по COVID-19	346
Карта СОУТ	229
Экспертное заключение ОВФП	229
Протоколы исследования биологического неблагоприятного фактора	229
Ведомость ПМО	229
Хронометражная карта (Приложение Б)	346
2.2 Оценка психо-эмоционального статуса	
Опросник «Оценка профессиональной дезадаптации»	346
Опросник «Профессиональное выгорание»	186
Опросник 4DSQ, русскоязычная версия 4ДДТС	346
Шкала оценки симптомов усталости D-FIS	346
2.3 Оценка условий труда, психо-социальных производственных факторов и состояния здоровья у врачей с выраженными и с минимальными признаками эмоционального выгорания	
Анкета врача	—
Опросник SF-36	—
Анкета врача по COVID-19	—
Ведомость ПМО	—
Хронометражная карта	—
Опросник «оценка профессиональной дезадаптации»	—
Опросник «профессиональное выгорание»	—
Опросник 4DSQ	—
Шкала оценки симптомов усталости D-FIS	—

Окончание Таблицы 1

2.4 Оценка дистресса, депрессии, тревоги и соматизации врачей -клинических ординаторов	
Опросник 4DSQ	20
Этап 3. Заключительный. Научное обоснование профессионального эмоционального выгорания у врачей	
Модель прогнозирования риска развития профессионального эмоционального выгорания врача	1
Практические рекомендации профилактики профессионального эмоционального выгорания врачей	1

2.2 Социально-демографическая характеристика объекта исследования

Согласно поставленной цели и задачам определен объект исследования – врачи, работающие полный рабочий день как основные сотрудники медицинских учреждений – 346 человек возраста от 24 до 75 лет, средний возраст ($42,97 \pm 1,33$) года. Из 346 опрошенных врачей 61 – мужчины (17,6 %) и 285 (82,37 %) – женщины. Возрастной диапазон у врачей мужчин составил 24–75 лет, средний возраст ($38,63 \pm 11,87$) года. Возрастной диапазон женщин определен в пределах 24–74 лет, средний возраст ($43,91 \pm 12,57$) года. Согласно общепринятым возрастным периодам, большинство врачей, а именно 186 человек (53,76 %) находились в зрелом возрасте (период 35–60 лет). К периоду «молодость» (22–35 лет) отнесены 119 врачей (34,39 %). 41 врач (11,85 %) соответствовали возрастной категории «преклонный» или «пожилой» возраст (диапазон 60–80 лет).

Оценка профессионального эмоционального выгорания немыслима без учета длительности профессиональной деятельности врача. Несмотря на существенно различающиеся мнения о влиянии стажа на ПВ врача, наиболее популярной является точка зрения, что длительный многолетний стаж в профессии является одним из важнейших факторов развития эмоционального выгорания. Малый стаж в профессии также оказывает существенное влияние на профессиональную самооценку молодого врача, физиологическое состояние

организма в стрессовых ситуациях, психо-эмоциональные реакции и мотивацию к труду и поощрению. Во врачебной работе важным моментом наращивания и признания профессионализма является этапная аттестация с присвоением врачебной категории, которая напрямую зависит от трудового врачебного стажа. Согласно приказу Минздрава России от 22.11.2021 № 1083н [85] присвоение категорий возможно: вторая категория – стаж от 3 лет, первая категория – стаж от 7 лет, высшая категория – стаж от 10 лет. Согласно анкетированию, количество врачей с врачебным трудовым стажем от одного до трех лет определено 30 человек (8,67 %) – это врачи без квалификационной категории. Врачей с трудовым стажем от трех до семи лет определено 37 человек (10,69 %) – это врачи второй квалификационной категории. Трудовой стаж от семи до 10 лет включительно определен у 19 врачей (5,49 %), что соответствует наличию первой врачебной категории. Остальные 239 врачей (69,08 %) отметили стаж от 11 до 54 лет, что соответствует высшей квалификационной категории. Ученая степень кандидата медицинских наук определена у 6 врачей (1,73 %).

Распределение врачей согласно профессиональной специализации отражено в Таблице 2. Согласно полученным данным в исследовании приняли участие 212 врачей общетерапевтического профиля (61,27 %) и 134 врачей (38,72 %) узких специальностей.

Таблица 2 – Специализация обследованных врачей (описательная статистика качественных показателей)

Специальность	Абсолютное количество специалистов	% от общей выборки
Акушер-гинеколог	4	1,16
Функциональный диагност	20	5,78
Уролог	3	0,86
Стоматолог	6	1,73
Эндокринолог	8	2,31
Невролог	8	2,31
Кардиолог	4	1,16
Хирург	29	8,38

Продолжение Таблицы 2

Специальность	Абсолютное количество специалистов	% от общей выборки
Терапевт	121	34,97
Педиатр	91	26,3
Травматолог	5	1,45
Оториноларинголог	7	2,02
Офтальмолог	4	1,16
Врач-лаборант	6	1,73
Рентгенолог	9	2,60
Врач ЛФК	1	0,29
Гериатр	4	1,16
Эндоскопист	3	0,86
Онколог	4	1,16
Инфекционист	2	0,59
Физиотерапевт	4	1,16
Гастроэнтеролог	2	0,59
Эпидемиолог	1	0,29
Всего	346	100

Социальная характеристика анкетированных врачей представлена в Таблице 3.

Таблица 3 – Социальные показатели обследованной группы врачей, n = 346

Показатель	Абсолютный показатель	Частота встречаемости, %
Семейное положение		
<i>В браке не состоял</i>	83	23,99
<i>Разведен</i>	49	14,16
<i>Замужем/женат</i>	208	60,12
<i>Вдова/вдовец</i>	6	1,73
Условия проживания		
<i>Дом</i>	30	8,67
<i>Квартира</i>	308	89,02
<i>Общежитие</i>	3	0,87

Продолжение Таблицы 3

Показатель	Абсолютный показатель	Частота встречаемости, %
Количество детей		
<i>Нет детей</i>	99	28,61
<i>Один ребенок</i>	115	33,24
<i>Два ребенка</i>	111	32,08
<i>Многодетный родитель</i>	21	6,07

2.3 Используемые в исследовании стандартизированные опросники и нормативная документация

Достаточно часто синдром выгорания рассматривают как следствие профессионального стресса с многообразными симптомами, проявляющимися в определенных стрессовых ситуациях или профессиональных обстоятельствах. Особенность сложности диагностики ПВ заключается в том, что симптомы ПВ появляются не одновременно, имеют индивидуальные особенности и растянуты по времени [74]. Будучи тесно связанным с действием стрессовых факторов рабочего процесса и рабочей среды, выгорание отличается от стресса как концептуально, так и эмпирически [64, 103]. Психическое выгорание может зарождаться в механизмах стрессового реагирования на факторы трудных жизненных или рабочих ситуаций. Поэтому на некоторых этапах его развития обнаруживаются общие признаки со стрессовыми состояниями. Однако, профессиональное выгорание проявляется не только на уровне психических состояний, но также и на трансцендентном уровне – смыслов, ценностей, духовности. Поэтому дистресс можно рассматривать как сложную психическую реакцию, а эмоциональное выгорание – как стойкую деформацию психики личности. По этой причине разработка мер профилактики эмоционального выгорания должна быть основана на анализе когнитивно-поведенческих, психо-эмоциональных реакций, продемонстрированных обследованным врачебным сообществом на основе объективных данных состояния здоровья и факторов окружающей социальной среды.

2.3.1 Документально-методическое обеспечение для комплексной оценки состояния здоровья обследованных врачей

Для изучения обеспечения врачей ежегодным медицинским осмотром использованы ведомости ПМО с регистрацией выявленных/имеющихся хронических соматических заболеваний с установленным диагнозом.

Для исследования реального качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем, использован международный стандартизированный опросник SF-36. Опросник универсальный, позволяет оценивать качество жизни, связанное со здоровьем, при различной патологии у человека.

Тридцать шесть пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100 баллами, где 100 баллов представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие.

Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ.

Количественно оценены:

1) физическое функционирование (Physical Functioning – PF) – степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. д.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничена состоянием его здоровья;

2) ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP) – влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале указывают на то, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием

пациента;

3) интенсивность боли (Bodilypain – BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале указывают на то, что боль значительно ограничивает активность пациента;

4) общее состояние здоровья (General Health – GH) – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья;

5) жизненная активность (Vitality – VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы говорят об утомлении пациента, снижении жизненной активности;

6) социальное функционирование (Social Functioning – SF), определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы указывают на значительное ограничение социальных контактов, снижение уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния;

7) ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional – RE) предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т. п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния;

8) психическое здоровье (Mental Health – MH), характеризует настроение наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Шкалы группируются в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья»:

9) физический компонент здоровья (Physical health – PH) включает в себя

шкалы «Физическое функционирование» и «Рольное функционирование», «Интенсивность боли», «Общее состояние здоровья» обусловленное физическим состоянием;

10) психологический компонент здоровья (Mental Health – МН) включает в себя шкалы «Психическое здоровье», «Рольное функционирование», «Социальное функционирование» и «Жизненная активность» обусловленные эмоциональным состоянием.

Чем больше число набранных баллов, тем выше связанное со здоровьем качество жизни.

Учитывая проведение исследования в период пандемии COVID-19, проведено анкетирование на предмет выявления лиц, перенесших COVID-19 за период 2020–2021 гг., и выявление долгосрочного влияния перенесенной инфекции на функциональное состояние организма, а именно на состояние сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, скелетно-мышечной систем и появление когнитивных нарушений

2.3.2 Оценка когнитивно-поведенческих реакций

Когнитивные функции человека во многом определяют свойства личности, в том числе, ее устойчивость к профессиональному стрессу. Учитывая планирование профилактической направленности работы, важно определить исходный уровень проблемы, при которой проводится исследование. Для этой цели (для оценки профессиональной дезадаптации) использован опросник О. Н. Родиной [116], в котором испытуемый дает как можно более определенный ответ соответствия своего состояния на каждое сформулированное утверждение. Всего 64 утверждения. В соответствии с ключом к тесту присваиваются баллы за каждый ответ. Подсчитывается общее количество баллов.

Степень выраженности профессиональной дезадаптации определяется количеством набранных баллов:

- 96 баллов и более – высокий уровень дезадаптации, требует принятия

неотложных мер (психологических и медицинских);

- от 65 до 95 баллов – выраженный уровень дезадаптации, требует обязательного вмешательства специалистов, смены профессии или проведения программы по реадaptации;
- от 32 до 64 баллов – умеренный уровень дезадаптации, требует оказания помощи специалистов по проведению реадaptации;
- до 32 баллов – низкий уровень дезадаптации, полезно проведение консультативной работы специалистов.

Сумма баллов по отдельным признакам определяет степень их влияния на общий уровень профессиональной дезадаптации.

Для определения текущего психо-физиологического состояния использован четырехмерный опросник дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (The Four-Dimensional Symptom Questionnaire – 4DSQ), разработанный В. Terluin и соавт., 1996, стандартизированная русскоязычная версия – 4ДДТС) [133], который включает в себя жалобы и симптомы, которые могли иметь место в течение последних семи дней. Форма подсчета баллов опросника 4DSQ: «нет» – 0 баллов, «регулярно» – 2 балла, «иногда» – 1 балл, «часто» – 2 балла, «очень часто или постоянно» – 2 балла. Анкета рекомендована к использованию в скрининговых исследованиях. Разработчиками опросника 4DSQ предложены критерии оценки результатов по отдельным признакам, вносящих свой вклад в общий уровень профессиональной дезадаптации (Таблица 4), а также интерпретация суммарной оценки набранных баллов.

Дистресс: номера вопросов – 17, 19, 20, 22, 25, 26, 29, 31, 32, 36, 37, 38, 39, 41, 47 и 48.

Депрессия: номера вопросов – 28, 30, 33, 34, 35 и 46.

Тревога: номера вопросов – 18, 21, 23, 24, 27, 40, 42, 43, 44, 45, 49 и 50.

Соматизация: номера вопроса – 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 и 16.

Таблица 4 – Интерпретация результатов теста 4DSQ

Уровень	Дистресс	Депрессия	Тревога	Соматизация
Умеренно повышенный	> 10	> 2	> 8	> 10
Сильно повышенный	> 20	> 5	> 12	> 20
Низкий	≤ 10	≤ 2	≤ 8	≤ 10

Высокий уровень профессиональной дезадаптации соответствует 96 баллам и выше. Выраженный уровень дезадаптации наблюдается при общей сумме 65–95 баллов. Умеренный уровень дезадаптации имеет место при суммарных баллах в диапазоне 32–64 балла. Низкий уровень дезадаптации наблюдается при сумме баллов до 32.

С целью выявления профессионально обусловленных чувств и переживаний, связанных с выполнением рабочей деятельности использован опросник «Профессиональное выгорание» в русскоязычной версии Н. Водопьяновой, Е. Старченкова [20]. Тест разработан на основе трехфакторной модели синдрома психического выгорания К. Маслач и С. Джексон и широко используется при исследованиях воздействия профессионального стресса на человека [180]. Опросник содержит 22 утверждения о чувствах и переживаниях, связанных с рабочей деятельностью. Утверждения сгруппированы в виде трех субшкал: эмоциональное истощение, деперсонализация и профессиональные достижения. Ответы оцениваются по семибалльной шкале от «0» – никогда, до «6» – всегда. О наличии высокого уровня выгорания свидетельствуют высокие оценки по субшкалам «эмоциональное истощение» и «деперсонализация» и низкие оценки по субшкале «профессиональная эффективность».

Важной оговоркой к интерпретации теста является влияние возрастных и гендерных особенностей. Так, для лиц пожилого возраста к нормальным возрастным изменениям следует отнести эмоциональное истощение, а период становления профессионализма у молодых лиц сопровождается адекватным осознанием недостаточности своих знаний и умений для практической работы.

Тест применен для подвыборки данных, полученных от врачей,

относящихся к зрелому возрасту ($n = 186$), с исключением анкет лиц молодого и пожилого возраста. Результаты теста получают в соответствии с общим ключом в виде суммы баллов для каждого субфактора (Таблица 5).

Таблица 5 – Общий ключ к опроснику «Профессиональное выгорание»

Субшкала	Номер утверждения	Максимальная сумма баллов
Эмоциональное истощение	1, 2, 3, 6*, 8, 13, 14, 16, 20	54
Деперсонализация	5, 10, 11, 15, 22	30
Профессиональная успешность	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	48
Примечание: * – «обратный вопрос», считается в обратном порядке.		

Шкалы учитывают гендерные отличия, в связи с чем подсчет показателей проведен для мужчин и женщин отдельно. Оценка признаков ПВ рассчитана как для каждого показателя как отдельно, так и интегрально, суммированием показателей субшкал (Таблица 6).

Таблица 6 – Уровни показателей профессионального выгорания

Субшкала	Группы	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий
Шкальные оценки		1 балл	2 балла	3 балла	5 баллов
Эмоциональное истощение	мужчины	5–15	16–24	25–34	> 34
	женщины	6–16	17–25	26–34	> 34
Деперсонализация	мужчины	2–4	5–12	13–15	> 15
	женщины	1–4	5–10	11–13	> 14
Профессиональная успешность	мужчины	37–48	34–28	27–23	≤ 22
	женщины	37–48	35–28	27–22	≤ 21

Для интегральной оценки складываются шкальные оценки трех показателей и соотносятся с тестовыми нормами.

Таблица 7 – Тестовые нормы интегрального показателя выгорания

Низкая степень	Средняя степень	Высокая степень	Крайне высокая степень
3-4 балла	5-6 баллов	7–9 баллов	10 баллов и больше

Для сравнения гендерных отличий сырые баллы показателей шкал ПВ переведены в шкалу стандартную шкалу стенов от 1 до 10 со следующими параметрами: среднее = 5,5, стандартное отклонение = 2. При переводе сырых баллов в шкалу стенов используется формула:

$$2 \times (X - M) \div S + 5,5,$$

где X – сырой балл;

M и S – значения среднего и стандартного отклонения, полученные на выборке стандартизации.

Для оценки уровня эмоционального выгорания важно оценить уровень такого психического явления как усталость, развивающуюся при обычном графике работы к концу трудовой смены. Усталость – психическое явление, переживание, вызываемое утомлением. Отечественный физиолог А. А. Ухтомский, автор нейрогенной теории утомления, писал, что усталость является «чутким натуральным предупредителем о начинающемся утомлении». Последнее определяет у человека защитную реакцию – отказ от деятельности, отдых. Этот сигнал может быть заторможен волевым усилием человека. Однако это не снимает утомления, а лишь отдаляет его [36]. Для оценки симптома усталости использована шкала ежедневного усталостного воздействия D-FIS, которая содержит 8 пунктов (физические, когнитивные и психосоциальные) [167]. Порогового значения клинически значимой усталости у данной шкалы нет, более высокие баллы указывают на большие ограничения в функционировании.

Ключ (Интерпретация) шкалы D-FIS:

показатели 10–21: отсутствие усталости (нормальный);

показатели 22–32: существенная или чрезмерная усталость.

2.3.3 Оценка факторов рабочей и социальной среды, оказывающих дисстрессовое влияние на эмоциональное состояние врача и методы компенсации дисстресса

Для оценки взаимосвязи условий труда, психосоциальных факторов риска, состояния здоровья, работоспособности и профессионального выгорания использованы экспертные заключения по ОВФП на рабочем месте, оценка карт СОУТ, заполненные врачами хронометражные карты, опросник «Анкета врача», результаты ПМО, опросники 4DSQ и SF-36.

Вредный производственный фактор (ВПФ) – производственный фактор, воздействие которого на работника может привести к его заболеванию (ст. 209 «Трудового кодекса Российской Федерации» от 30.12.2001 № 197 – ФЗ) [121]. По определению, данному в «Руководстве по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда» Р 2.2.2006-05 [96], вредные условия труда характеризуются наличием вредных производственных факторов, оказывающих неблагоприятное воздействие на организм работника и (или) его потомство. Согласно экспертным заключениям ОВФП на рабочем месте всех врачей выявлен ОВФП – биологический фактор (класс условий труда – 3.2.). По картам СОУТ на всех исследованных рабочих местах установлен вредный и опасный биологический фактор (класс 3.2.–3.3.) и у 19 врачей узких специальностей установлено действие химического фактора (дезинфицирующие средства и антисептики) – 2 класс. Допустимые условия труда (2 класс) – это условия труда, при которых на работника воздействуют вредные и (или) опасные производственные факторы, уровни воздействия которых не превышают уровни, установленные нормативами (гигиеническими нормативами) условий труда, а измененное функциональное состояние организма работника восстанавливается во время регламентированного отдыха или к началу следующего рабочего дня (смены). Соответственно, химический фактор (дезинфицирующие средства и антисептики) оказывает вредное воздействие на организм врача на работе, но его сила не превышает санитарно-гигиенические

нормы. Для восстановления врачу достаточно соблюдать рабочий режим, то есть не работать больше установленного количества часов и не пренебрегать выходными и отпуском. В этом случае функциональность и работоспособность человека не снизится. Вредные условия труда относят к классу 3.2., если влияние отрицательных факторов настолько сильное и долгое, что в организме работников происходят стойкие изменения. Со временем появляются ассоциированные с профессией заболевания, но проявляются они в легкой форме. Утраты работоспособности в перспективе не происходит. Свои служебные обязанности сотрудник может выполнять долгие годы, но регулярный медицинский контроль за его состоянием обязателен. Подкласс 3.3. отличается от подкласса 3.2. тем, что от регулярного отрицательного воздействия вредного фактора в организме развиваются профессиональные заболевания не только легкой, но и средней тяжести. Это значит, что со временем трудоспособность серьезно падает или может теряться полностью.

Фактическое проведение ежегодных медицинских осмотров у обследованных лиц установлено по ведомостям ПМО, в которых фиксировано состояние здоровья с указанием диагнозов. В исследовании использован диагноз «Здоров» и топика поражения системы организма (заболевание сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной, пищеварительной, эндокринной, мочеполовой, опорно-двигательной систем, заболевания ЛОР органов, офтальмологические, онкологические, дерматологические).

Учитывая особенности условий труда, обследованные врачи законодательно обеспечены следующими мотивирующими гарантиями и компенсациями: повышенная оплата труда (ст. 147 ТК РФ, раздел IV, глава 21) [121], ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск (ст. 117 ТК РФ, раздел V, глава 19) [121], право на досрочное назначение страховой пенсии (Глава IV, ст. 30 ФЗ от 28.12.2013 № 400-ФЗ) [125], проведение медицинских осмотров (Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н, прил. 2, п. 17. 1 раз в год) [85]. Согласно выявленным ОВФП в картах СОУТ имеют место рекомендации по улучшению условий и режимам труда: проведение технологических,

санитарно-технических, лечебно-профилактических мероприятий и применение средств индивидуальной защиты (снижение вредности).

Фактический режим труда отражен при самооценке и заполнении опросника «Хронометражная карта» (Приложение Б), в котором в часах и минутах отражены элементы трудового процесса с указанием нормированного и ненормированного рабочего времени, информационное самообучение, работа с документацией; рабочая поза, голосовые нагрузки в течение анализируемого дня, а также наличие работ в ночные смены, наличие личного необходимого времени в ЛПУ для обеспечения физиологических нужд. В связи с тем, что в ряде случаев провести четкую грань между деятельностью врачей узких специальностей практически невозможно (например, гинеколог и акушер-гинеколог), а также ввиду малочисленности отдельных специальностей, для статистической однородности групп специалисты были сгруппированы по основным профессиональным признакам с учетом их численности: врачи хирургического и диагностического профиля, выполняющие профильные манипуляции (в том числе – инвазивные), инструментальный осмотр, аппаратную диагностику и лечение – хирург, травматолог, лор, окулист, функциональный диагност, гинеколог, онколог; врачи терапевтического профиля – терапевт, педиатр, дерматолог, гериатр.

Самооценка врачами рабочих факторов, влияющих на эмоциональное состояние, проведена на основании опросников «Анкета врача» включала в себя вопросы, требующие указания количественных показателей (например: укажите наиболее частое количество пациентов в течение одного рабочего дня; сколько часов в неделю Вы тратите на самообразование?) или ответов по принципу биномиального распределения (да/нет). Всего анкета содержит 54 вопроса, касающиеся межличностных отношений и руководства; организация работы и ее содержание; взаимодействие работы и личной жизни, требования на работе, ценности на уровне конкретного рабочего места, оскорбительное поведение.

2.4 Этический аспект исследования

Данное исследование проведено лично автором одновременно в независимых лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) г. Новосибирска с устного разрешения администрации ЛПУ по единому разработанному плану в рамках реализации научно-исследовательской работы кафедры, в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации.

Исследование проведено после получения выписки Комитета по этике ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России от 30.11.2020 № 129, с положительным этическим заключением и одобрением проведения данного клинического исследования. В анкетировании участвовали только лица с окончанным высшим образованием. Участие лиц младше 18 лет было исключено.

До включения в исследование участники исследования были ознакомлены с информацией об исследовании и собственноручно подписывали форму добровольного информированного согласия, что являлось одним из критериев включения добровольца в исследование.

2.5 Статистическая обработка данных

Полученный в ходе анкетирования материал был подвергнут цифровой обработке, сведен в таблицы и проанализирован статистически. Анализ данных осуществлялся с применением пакета специализированных компьютерных программ. В исследовании использовались методы как параметрической, так и непараметрической статистики.

Для установления достоверности различий средних статистических величин применялся t-критерий Стьюдента. Уровень статистической значимости (надежности) для данного медико-социального исследования был установлен на уровне доверительного интервала $\geq 95\%$ ($p < 0,05$). Доверительная вероятность ошибки соответствовала вероятности безошибочного прогноза в 95 %, что

эквивалентно предельной ошибке показателя в 5 % и доверительному коэффициенту, равному 2.

Сравнение независимых выборок проводилось с использованием статистики χ^2 (хи-квадрат), а значимость различий дисперсий оценивалась по критерию Фишера. Непараметрический анализ данных выполнялся по критериям Манна – Уитни и Т-критерию Вилкоксона.

Достоверность результатов оценивалась стандартными статистическими методами, включая расчет средней ошибки средней величины (m), среднего квадратического отклонения (σ), t-критерия Стьюдента и Z-статистики.

Вся статистическая обработка была проведена с использованием стандартных методик и программного обеспечения SPSS 17.0. При сравнении количественных признаков (относительных величин) различия считались статистически значимыми при уровне $p < 0,05$.

ГЛАВА 3 РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Общепринятой является точка зрения, что профессиональное эмоциональное выгорание – процесс многофакторный. К нему причастны профессиональные, организационно-ситуативные, личностные, статусно-ролевые факторы, которые нарушают энерго-информационные взаимодействия человека как субъекта профессиональной деятельности в профессиональном социуме [80, 95, 115, 151], что требует детального рассмотрения каждого фактора.

3.1 Действующие факторы трудового процесса и состояние здоровья врачебного персонала

Среди основных факторов профессиональной вредности у врачей встречаются практически все вредности, характерные для большинства неблагоприятных производств: биологические, химические факторы, высокий уровень напряженности и тяжести трудового процесса.

3.1.1 Оценка условий труда врачей государственных лечебных учреждений по картам специальной оценки условий труда, экспертным заключениям по идентификации опасных и вредных производственных факторов на рабочем месте

По данным карт СОУТ наиболее распространёнными неблагоприятными факторами производственной среды обследованных врачей определены биологический (3.2.–3.3. класс), химический (2–3.2. класс), тяжесть трудового процесса (1–3.1.) и напряженность трудового процесса (1–3.1.).

В соответствии с проведённой оценкой условий труда врачей ГБУЗ НСО «Детская городская клиническая больница № 1» детализированы характеристики рабочих мест специалистов различных профилей по службам и подразделениям (Таблица 8).

Таблица 8 – Выявленные классы действия вредных производственных факторов на рабочих местах врачей в ГБУЗ НСО «Детская городская клиническая больница № 1» по картам СОУТ

Специализация	Всего специалистов по профилю n = 43	Вид вредного производственного фактора			
		биологический	химический	тяжесть трудового процесса	напряженность
Клиническая, лабораторная функциональная диагностика	6	3.1.–3.3.	3.1.–3.2.	3.1.	2–3.1.
Врачи-детские хирурги	19	3.3.	—	3.1.	3.1.
Инструктор ЛФК	1	3.2.	—	—	—
Уролог-детский андролог	1	3.3.	—	—	—
Врачи педиатры	3	3.2.	—	—	—
Врач приемного отделения	11	3.3.	—	—	—
Врач неонатолог	1	3.3.	—	—	—
Медицинский психолог	1	3.2.	—	—	—

Для трудового процесса врачей клинической, лабораторной и функциональной диагностики характерно воздействие химических факторов (хлор, бром, йод, соединения с водородом, оксиды, спирты алифатические одно- и многоатомные, ароматические и их производные, этанол, этиленгликоль, пропиленгликоль и прочие; альдегиды алифатические и ароматические (формальдегид и прочие), оксиды органические и перекиси, кислоты органические, металлы щелочные: натрий, калий, рубидий, цезий, кальций, магний, стронций, барий, и прочие; серы оксиды, кислоты) – химический фактор 3.1.–3.2. Сенсорные нагрузки представляют собой работу с оптическими приборами (микроскопами, лупами и др.) – класс 3.2. Напряженность трудового процесса – класс 2 или 3.1.; тяжести трудового процесса (физические перегрузки, фиксированная рабочая поза) – класс 3.1. Определено воздействие биологических факторов: инфицированный материал и материал, зараженный или

подозрительный на заражение 3-4 групп патогенности (опасности) или гельминтами, материалы, зараженные или подозрительные на заражение микроорганизмами 1-2 групп патогенности (опасности), материалы, зараженные или подозрительные на заражение вирусами гепатита В и С, СПИДа, что соответствует классу 3.2., согласно «Руководству по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда» Р 2.2.2006-05 [96].

Для трудового процесса врачей – детских хирургов, врача уролога-детского андролога характерно воздействие биологического фактора класса 3.3. Класс условий труда по напряженности трудового процесса (сенсорные нагрузки, монотонность) и тяжести трудового процесса (физические перегрузки, общая физическая динамическая нагрузка, стереотипные рабочие движения, статическая нагрузка при удержании груза, неудобная рабочая поза, стоя) на рабочих местах всех врачей-хирургов соответствовал классу 3.1. условий труда. Профессиональная деятельность врача хирургического профиля включает разнообразные элементы: осмотр больных и выполнение диагностических процедур, подготовку и проведение оперативных вмешательств, перевязки, обход. Много времени у врачей занимает работа с документацией, служебные разговоры, включая утренние конференции, обсуждение состояния больных, предполагаемых оперативных вмешательств, беседы с родственниками пациентов. Оперативная деятельность – основной элемент профессии, выделяющий врачей хирургического профиля из всей группы медицинских работников. Отличительным элементом профессиональной деятельности врачей хирургического профиля являются ночные дежурства, частота которых для хирургов составила в среднем 3,8 в месяц. Доля хирургов, выполняющих 3-4 ночных дежурства в месяц, превышает 50 %. С повышением степени квалификации специалиста частота дежурств снижается.

Врачи приемного покоя на рабочих местах находятся под воздействием биологического фактора класса 3.3., подвергаясь контакту с патогенными микроорганизмами следующих групп патогенности: II группа – возбудители

высоко контагиозных эпидемических заболеваний человека, III группа – возбудители инфекционных болезней, выделяемые в самостоятельные нозологические группы, IV группа – условно-патогенные микроорганизмы (возбудители оппортунистических инфекций).

В группе врачей клинических специальностей различных профилей характерно воздействие биологических факторов: инфицированный материал и материал, зараженный или подозрительный на заражение 3-4 групп патогенности (опасности) или гельминтами, материалы зараженные или подозрительные на заражение микроорганизмами 1-2 групп патогенности (опасности), материалы, зараженные или подозрительные на заражение вирусами гепатита В и С, СПИДа, что соответствует классу 3.2., согласно «Руководству по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда» Р 2.2.2006-05 [96].

Таким образом, в соответствии с общей оценкой условий труда врачебного персонала в ГБУЗ НСО ДГКБ №1 испытываемая вредность от производственных факторов среды в рабочем врачебном коллективе распределена следующим образом:

- 1) врачи, имеющие 2 класс условий труда (допустимые), составили 0 %;
- 2) врачи, отнесенные к 3 классу 1 степени – 2,32 %;
- 3) врачи, имеющие 3 класс 2 степени вредности – 11,63 %;
- 4) врачи с условиями труда 3 класса 3 степени – 86,05 %.

Оценка условий труда врачей, оказывающих квалифицированную медицинскую помощь в условиях амбулаторного приема в ГБУЗ НСО «Госпиталь ветеранов войн № 1», ГБУЗ НСО «Госпиталь ветеранов войн № 2», ГБУЗ НСО «Госпиталь ветеранов войн № 3», ГБУЗ НСО «Консультативно-диагностическая поликлиника № 27» и ГБУЗ НСО «Консультативно-диагностическая поликлиника № 1» выявлены следующие характеристики врачебных рабочих мест специалистов различных профилей (Таблица 9).

Таблица 9 – Классы действия вредных производственных факторов на врачебных рабочих местах амбулаторного профиля

Специализация	Всего специалистов по профилю n = 303	Вид вредного производственного фактора			
		биологический	химический	тяжесть трудового процесса	напряженность
Диагностическая служба	32	3.2.–3.3.	—	1–3.1.	2
Хирурги/урологи	28	3.2.	2	2	2
Педиатры	39	3.2.	—	—	—
Терапевты	89	3.2.	—	—	2
Неврологи	24	3.1.	2	—	2
Гинекологи	12	3.3.	2	—	2
Оториноларингологи	21	3.2.	—	—	2
Офтальмологи	12	3.2.	—	—	2
Гериатры	5	3.1.–3.3.	—	—	—
Дерматовенерологи	11	3.2.	2	—	2
Гастроэнтерологи	10	3.2.	2	—	2
Физиотерапевты, ЛФК	18	3.2.	—	2	2
Стоматологи	3	3.2.	2	—	—
Травматологи	16	3.2.	2	2	2
Онкологи	5	3.2.	—	2	2
Кардиологи	5	3.1.	2	—	2
Инфекционисты	17	3.2.	—	—	—

В трудовом процессе всех врачей амбулаторного звена наиболее распространено действие вредного бактериологического фактора на уровне класса 3.1.–3.3. (100 % врачей), неблагоприятных условий световой среды на уровне 2 класса (78,9 % врачей) и химического фактора на уровне 2 класса (25,43 %). Наиболее подвержен воздействию неблагоприятных производственных факторов труд врачей рентгенологов и эндоскопистов.

Для трудового процесса врачей – рентгенологов характерно воздействие

биологических факторов (инфицированный материал и материал, зараженный или подозрительный на заражении 3-4 групп патогенности (опасности) или гельминтами) – класс 3.2.; химических факторов (свинец и его неорганические соединения, озон, хлор, бром, йод, соединения с водородом, оксиды, углеводородов алифатических галогенпроизводные, в том числе дихлорметан, 1,2-дихлорэтан, тетрахлорметан, трихлорметан, хлорметан, трихлорэтан, тетрафторэтан, 4-хлорбензол, и др.); физических факторов (ионизирующее излучение, радиоактивные вещества и другие источники ионизирующих излучений) – класс 2; напряженности трудового процесса класс 1 или 3.1.; тяжесть трудового процесса (физические перегрузки) – класс 3.1.

Для трудового процесса врачей – эндоскопистов характерно воздействие биологических факторов (инфицированный материал и материал, зараженный или подозрительный на заражении 3-4 групп патогенности (опасности) или гельминтами) – класс 3.2.; химических факторов класс 2; напряженность трудового процесса – класс 2; тяжесть трудового процесса (неудобная поза) – класс 2.

В соответствии с общей оценкой условий труда в обследованных учреждениях здравоохранения врачебный персонал по испытываемой на рабочем месте степени вредности производственных факторов распределился следующим образом:

- 1) врачи, имеющие 2 класс условий труда (допустимые), составили 0 %;
- 2) врачи, отнесенные к 3 классу 1 степени – 10,23 %;
- 3) врачи, имеющие 3 класс 2 степени вредности – 78,55 %;
- 4) врачи с условиями труда 3 класса 3 степени – 11,22 %.

Таким образом, неблагоприятные производственные факторы врачебных рабочих мест существенно тяжелее в условиях работы в стационаре (Рисунок 1). По степени нагрузки ОВФП классов 3.1.–3.2. условия труда врачей при оказании амбулаторной и стационарной медицинской помощи существенно отличаются: условия труда в стационаре характеризуются более высокой степенью действия ОВФП ($\chi^2 = 4,375$, $\alpha = 0,02$, $p < 0,05$).

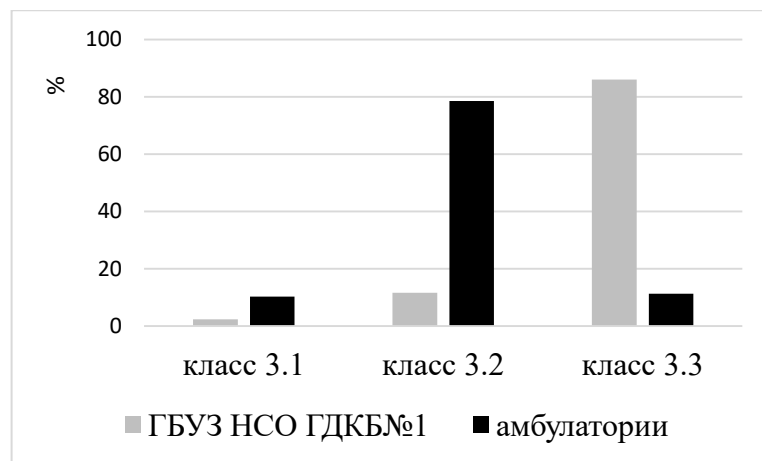


Рисунок 1 – Классы условий труда врачей в учреждениях стационарного и амбулаторного типов

В общей изучаемой выборке ($n = 346$) большинство прошедших тестирование врачей находились под воздействием ОВФП класса 3.2. (Таблица 10).

Таблица 10 – Долевое распределение врачей изучаемой выборки по испытываемой нагрузке вредных условий труда класса 3.1.–3.3. ($n = 346$)

Уровень действия опасных и вредных факторов производства	Количество врачебных рабочих мест	
	абс.	%
Класс 3.1.	32	9,25
Класс 3.2.	243	70,23
Класс 3.3.	71	20,52

3.1.2 Оценка условий труда врачей по хронометражу фактической профессиональной деятельности

Классификатор специальной оценки условий труда по ОВФП не содержит в своем перечне таких факторов как интеллектуальные и эмоциональные нагрузки. В этой связи использован метод анкетирования по фактически исполняемой врачебной нагрузке и метод хронометражных наблюдений, результаты которых

оценивались в соответствии с Руководством Р 2.2.2006-05 [96].

Максимальная продолжительность рабочего времени, установленная в статье 350 Трудового кодекса РФ [121], составляет не более 39 часов в неделю для любого работника здравоохранения, при этом описаны категории врачебных должностей с сокращением часов рабочей недели. В анкетах из 346 опрошенных врачей 237 (68,42 %) отметили еженедельную рабочую нагрузку 39 часов в неделю; 93 врача (26,88 %) отметили 36 часовую рабочую неделю, и 16 врачей (4,62 %) отметили 18 рабочих часов в неделю. При этом нагрузка на одного врача количеством курируемых пациентов (врачебных участков) соответствовала у 9 врачей (2,60 %) – более 1,5 ставок; 1,5 ставкам – у 91 (26,30 %) врачей, 1 ставке – у 223 (64,45 %) врачей; 0,5 ставки – у 16 (4,62 %) врачей. Таким образом, сопоставляя время рабочих часов в неделю и возложенную нагрузку обслуживания пациентов, интенсивность труда врача можно представить следующим образом: 69,07 % врачей (64,45 % + 4,62 %) оказывают услуги по оказанию медицинской помощи в режиме интенсивности, предусмотренным оптимальным режимом. В режиме повышенной интенсивности труда работают 30,93 % врачей.

Важно учесть, что из опрошенных специалистов Наличие дежурств по экстренной и неотложной помощи отметили 98 врачей (28,32 %), что существенно увеличивает продолжительность рабочего времени и оказывает влияние здоровье и психо-эмоциональное состояние специалистов.

Работа врача требует постоянного самообразования, поэтому большинство опрошенных специалистов отметили дома вечернюю или ночную работу по подготовке к своей практической профессиональной деятельности (Таблица 11). Суммируя индивидуальные усредненные показатели времени, затраченные на профессиональную деятельность, получено значительное увеличение усредненного показателя продолжительности рабочего дня обследованных врачей (в среднем $11,27 \pm 1,32$ ч).

Таблица 11 – Количество часов самоподготовки врачей к практической трудовой деятельности в неделю

Количество часов в неделю	Всего специалистов (n = 346)	%
До 1 часа	27	7,8
1,5–2,0	34	9,83
Более 2 менее 4	101	29,19
Более 4 менее 6	159	45,95
Более 6 менее 10	16	4,62
Более 10	9	1,73

Соответственно по показателю напряженности трудового процесса, в частности, режима работы: фактической продолжительности рабочего дня, условия труда соответствуют классу 3.2. [96].

Суммарное время голосовой нагрузки в течение рабочего дня между врачами стационара и амбулаторной помощи не имело существенных отличий ($\chi^2 = 0,091$; $\alpha = 0,05$; $p < 0,8$), поэтому показатель рассмотрен детально на всей выборке специалистов.

Среднесуточная голосовая нагрузка среди участников исследования достигала ($7,8 \pm 0,40$) часа. Данный показатель существенно превышал установленные недельные нормы нагрузки на голосовой аппарат (свыше 25 часов в неделю) и соответствовал 3.2. классу условий труда по критерию тяжести трудового процесса [96].

Анализ распределения нерегламентированного рабочего времени по видам деятельности у всех обследованных специалистов выявил следующую структуру затрат:

- проведение служебных совещаний и взаимодействие с администрацией занимало в среднем ($1,25 \pm 0,21$) часа в день;
- прочие служебные разговоры (с родственниками пациентов, коллегами, персоналом, а также телефонные переговоры) отнимали ($1,54 \pm 0,18$) часа в день;
- работа с документацией (заполнение истории болезни, амбулаторных

карт, оформление справок) требовала ($2,67 \pm 0,48$) часа в день;

- время, затраченное на использование интернет-ресурсов в рабочих целях, составило ($1,92 \pm 0,32$) часа в день;

- прочие виды нерегламентированной деятельности, включая удовлетворение физиологических потребностей (прием пищи, личная гигиена), занимали ($0,88 \pm 0,15$) часа в день.

Таким образом, совокупный объем нерегламентированного рабочего времени в среднем достигал ($7,61 \pm 0,12$) часа в сутки (Рисунок 2).



Рисунок 2 – Структура ненормированного рабочего времени обследованных врачей

Проведенное хронометражное исследование позволило установить наличие вредных условий труда у обследованного контингента врачей по ключевым параметрам, а именно: по показателю напряженности трудового процесса (режиму работы) и суммарной голосовой нагрузке, каждому из которых был присвоен 3.2. класс опасности.

Анализ условий труда и профессиональных факторов риска в медицинской деятельности приводит к заключению, что труд врача не только относится к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности, отличаясь высокой интеллектуальной и голосовой нагрузкой, но в ряде случаев сопряжен также со значительными физическими нагрузками и требованием выносливости. Все

специалисты (хотя степень риска варьирует в зависимости от профиля) подвержены опасности воздействия биологических патогенов. Именно поэтому в группу профессиональных заболеваний, вызванных влиянием биологических факторов, включены инфекционные и паразитарные болезни, идентичные тем, с которыми медработники контактируют в ходе профессиональной деятельности. К их числу относятся туберкулез, токсоплазмоз, вирусный гепатит, микозы кожи, сифилис, ВИЧ-инфекция [65].

При этом патологии голосового аппарата и психоэмоциональные расстройства в действующей классификации профессиональных заболеваний врачей не признаются профпатологией.

3.1.3 Сведения о наличии соматических заболеваний по данным из Ведомостей проведения медицинских осмотров.

Медицинская среда расценивается как чрезвычайно агрессивная микробиологическая сфера. По данным И. В. Сергеевой и соавторов [39] наблюдается повышенная заболеваемость среди медицинских работников в отделениях гнойной хирургии, ожоговых центрах, где основными этиологическими агентами являются золотистый стафилококк и синегнойная палочка, при этом показатель заболеваемости гнойно-воспалительными болезнями кожи, слизистых оболочек, пневмониями у персонала в 7 раз выше, чем у населения. Наиболее высокая заболеваемость наблюдается в первые годы работы в лечебном учреждении медицинского работника. Интересно, что в гастроэнтерологических отделениях у специалистов, проводящих эндоскопические процедуры (гастро-, дуоденоскопия), IgM и IgG на хеликобактериоз определялись существенно чаще, чем у населения. По актуальным опубликованным данным ФБУН «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья» Роспотребнадзора в современной России у работников здравоохранения заболевания инфекционной этиологии занимают первое место среди профессиональных заболеваний, на втором месте –

аллергические заболевания (контактный дерматит, бронхиальная астма и др.), на третьем – интоксикации и болезни опорно-двигательного аппарата [78]. Определённую часть профессиональных заболеваний медицинского персонала составляют заболевания, обусловленные тяжестью выполняемого труда, например, в результате постоянного пребывания в нерациональной и вынужденной рабочей позе. Если анализировать общую заболеваемость медицинских работников, то наибольший вклад в неё вносят болезни органов дыхания (46 %), системы кровообращения (14 %), мочеполовой системы (13 %) и органов пищеварения (13 %).

Ключевым средством для своевременного выявления и предупреждения заболеваний служат периодические медицинские осмотры. Однако их качество на текущий момент не соответствует оптимальному уровню [82, 123]. Снижение эффективности связано с современными преобразованиями в экономической сфере, включающими смену организационно-правовых форм собственности и отход от ранее действовавшего результативного цехового принципа организации здравоохранения. Дополнительным негативным фактором является отсутствие к настоящему моменту единой и оптимальной модели обеспечения медицинской помощью сотрудников медицинских организаций [148, 163]. Несмотря на удовлетворительные количественные показатели охвата осмотрами (на уровне 90–95 %), в большинстве случаев существует вероятность их формального проведения, что ставит под сомнение реальную эффективность.

Среди 346 опрошенных врачей подлежат ежегодному профилактическому медицинскому осмотру и действительно прошли ежегодный медицинский осмотр 100 % специалистов. Здоровыми признаны 140 специалистов (40,5 %). У 206 специалистов имеют место 259 нозологических форм патологии здоровья. Онкологические заболевания имеют место у 5 специалистов. Выявленные нозологии (неонкологические) у 206 специалистов изложены согласно системам поражения в Таблице 12.

Таблица 12 – Наличие соматических заболеваний по данным из Ведомостей проведения медицинских осмотров, абс.

Топический уровень патологии	Выявленное количество случаев
Сердечно сосудистая система	72
Дыхательная система	12
Пищеварительная система	31
Эндокринная система	58
Мочеполовая система	19
Опорно-двигательный аппарат	23
Система крови	4
ЛОР органы	7
Глаза	15
Нервная система	10
Дерма	3
Всего:	254

Полученные данные хотя и отличаются от среднестатистических сведений по России, указанных Н. Н. Петрухиным [78], но в тройку наиболее распространенных заболеваний вошли патология сердечно-сосудистой и пищеварительной систем. По степени распространенности преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы (28,35 %), на втором месте – заболевания эндокринной системы (22,8 %), третьем месте – заболевания пищеварительной системы (12,2 %). Болезни дыхательной системы составили 4,72 %, что реже, чем болезни мочеполовой системы (7,48 %) и болезни глаз (5,91 %).

Всего обследованы 61 мужчина и 285 женщин. Среди признанных здоровыми выявлено 18 мужчин и 122 женщины, что соответственно составило 29,51 % от общего числа мужчин и 42,81 % от общего числа женщин. Исследование гендерных групп по статистике χ^2 показало значимость влияния пола на распространенность выявленных заболеваний ($\chi^2 = 24,72$; $\alpha = 0,01$; $p < 0,001$). Женщины-врачи болеют чаще, чем мужчины-врачи. Степень

распространенности патологических нарушений в организме оценена по вовлеченности систем организма в патологические процессы (Таблица 13).

Таблица 13 – Вовлеченность функциональных систем организма в патологические процессы соматической патологии по данным профилактического медицинского осмотра

Гендерная принадлежность	Вовлеченность систем организма в патологические процессы разных нозологий			
	1 система	2 системы	3 системы	более 3 систем
Мужчины, n = 43	32	3	3	5
Женщины, n = 163	47	101	59	4
Всего	79	104	62	9

Согласно полученным данным, гендерная принадлежность не оказывает существенного влияния на факт наличия заболеваний одной или нескольких функциональных систем организма ($\chi^2 = 0,178$; $\alpha = 0,05$; $p > 0,5$). С возрастом количество болезней увеличивается. У исследованных специалистов врачей эта характерная особенность также прослеживается с $g_{выб} = 0,350$, что соответствует слабой положительной коррелятивной связи (Таблица 14).

Таблица 14 – Распространенность заболеваний в зависимости от возрастного периода

Возрастной период	Здоровые лица		Лица с соматической патологией	
	абс	% от здоровых лиц	абс	% от лиц с патологией
От 22 до 35 лет, n = 119	77	55	42	20,4
От 35 до 60 лет, n = 186	62	44,3	124	60,2
Старше 60 лет, n = 41	1	0,7	40	19,4
Всего	140	100	206	100

Исследована долевая структура здоровых лиц и лиц с выявленной патологией в зависимости от особенностей профессиональной деятельности, а

именно: у специалистов, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях или с плановым характером работы в стационаре и у специалистов, работающих амбулаторно или в стационаре с дежурствами по оказанию экстренной и неотложной медицинской помощи (Таблица 15).

Таблица 15 – Возраст специалистов, оказывающих плановую, экстренную и неотложную медицинскую помощь

Исследуемая выборка по возрастным периодам	Характер выполняемой работы по оказанию квалифицированной медицинской помощи	
	плановая + экстренная и неотложная	плановая
Лица молодого возраста, n = 119	34	85
Лица зрелого возраста, n = 186	45	141
Всего, n = 305	n = 79	226

При анкетировании наличие дежурств по оказанию экстренной и неотложной медицинской помощи указали 19 хирургов, 36 терапевтов и 24 педиатра. Возраст указанных специалистов определен в пределах 24–48 лет, в среднем – $(32,14 \pm 3,61)$ года, т. е. дежурства несут врачи молодого и зрелого возраста.

Всего количество здоровых лиц в группах указанных возрастных периодов составило 139 человек (Таблица 16).

Таблица 16 – Доля здоровых лиц молодого и зрелого возраста при работе по оказанию экстренной и неотложной медицинской помощи

Возрастные периоды	Характер медицинской помощи	абс	Доля от общего количества здоровых лиц, %
Молодой возраст	плановая (n = 85)	59	42,45
	плановая + экстренная (n = 34)	18	12,95
Зрелый возраст	плановая (n = 141)	54	38,85
	Плановая + экстренная (n = 45)	8	5,75
Всего здоровых лиц		139	100

Хотя работа по оказанию экстренной и неотложной медицинской помощи во многом считается более тяжелой по психо-эмоциональной нагрузке, по статистике χ^2 количество здоровых лиц в исследованных возрастных группах не найдено статистически значимым ($\chi^2 = 1,71$; $df = 1$; $p < 0,2$). Результат вероятно объясним тем, что исследован только факт наличия дежурств, а не доля работы по оказанию экстренной и неотложной помощи в профессиональной деятельности, к тому же выявлена слабая положительная коррелятивная связь роста заболеваний и возраста врача.

3.1.4 Состояние качества жизни, связанного со здоровьем, у обследованных врачей по опроснику SF-36

В соответствии с методикой международного стандартизированного опросника SF-36, максимально возможные 100 баллов соответствуют идеальному здоровью. Обратная зависимость показывает, что снижение количества баллов напрямую коррелирует с ухудшением как физического, так и психического благополучия. Диапазон измерений для всех шкал установлен от 0 до 100 баллов. На начальном этапе исследования были зафиксированы представленные ниже средние значения по показателям физического здоровья.

Физическое функционирование (PF). Данная шкала количественно определяет ограничения в осуществлении физических нагрузок (таких как самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, перемещение тяжестей), налагаемые текущим состоянием здоровья. Средний результат составил $PF_{sum} = (28 \pm 0,86)$ балла, что соответствует $PF = 90 \%$ ($ZPF = 0,24$). Полученные высокие значения позволяют заключить, что у большинства обследованных врачей физическая активность не имеет существенных ограничений по причине состояния здоровья.

Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP). Шкала отражает степень влияния физического здоровья на выполнение повседневных рабочих и бытовых обязанностей. Усредненный показатель

RPsum = $(7,95 \pm 0,13)$ балла (RP = 98,75 %, ZRP = 0,52) также свидетельствует о благоприятном физическом состоянии, не препятствующем привычной деятельности.

Интенсивность боли (BP). Параметр оценивает уровень телесной боли и ее воздействие на повседневную активность, причем низкие баллы указывают на значительное ограничение. Среднее значение оказалось сравнительно высоким: BPsum = $(10,6 \pm 0,71)$ балла (BP = 86 %, ZBP = -0,45).

Общее восприятие здоровья (GH). Шкала фиксирует субъективную оценку респондентами текущего состояния здоровья и его прогноза. Средний балл GHsum = $18,3 \pm 0,46$ (GH = 60 %, ZGH = -0,61) оказался значительно ниже объективных показателей физического (PF) и ролевого (RP) функционирования (≥ 90 %). Такое расхождение, когда самооценка здоровья находится на уровне 60 % от благополучия при высоких функциональных возможностях, может косвенно указывать на психосоматическую составляющую.

Показатели жизненной активности и психосоциального функционирования

Шкала Жизненная активность (Vitality – VT) оценивает уровень субъективно ощущаемой энергии и жизненных сил, где низкие значения указывают на состояние утомления и снижение тонуса. Средний результат по этой шкале составил VTsum = $(19,54 \pm 1,14)$ балла при максимуме в 24 балла, что соответствует VT = 75 % (ZVT = 0,67).

Шкала Социальное функционирование (Social Functioning – SF) определяет, насколько физическое или эмоциональное самочувствие ограничивает социальные взаимодействия и общение. Снижение баллов отражает существенное ограничение социальных контактов. Усредненный показатель определен как SFsum = $(8,4 \pm 0,21)$ балла, что эквивалентно SF = 74 % (ZSF = -0,43).

Шкала Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional – RE), измеряет степень, в которой эмоциональные трудности (например, подавленность, тревога) препятствуют выполнению профессиональных и повседневных обязанностей, влияя на продуктивность и качество работы. Низкие показатели свидетельствуют об ограничениях в деятельности из-за эмоционального неблагополучия. Среднее значение составило

REsum = $(4,7 \pm 0,08)$ балла, или RE = 66,7 % (ZRE = -0,44).

Шкала Психическое здоровье (Mental Health – МН) характеризует общий эмоциональный фон, включая наличие симптомов депрессии, тревоги и переживание положительных эмоций. Низкие баллы являются индикатором психического неблагополучия. Усредненный показатель равен МНsum = $(19,09 \pm 1,14)$ балла, что соответствует МН = 56,36 % (ZМН = -1,03).

Интегральные показатели качества жизни

На основе полученных первичных данных были сформированы два сводных индекса, связанных со здоровьем:

1) физический компонент здоровья, объединяющий показатели физического функционирования (PF), ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP), интенсивности боли (BP) и общего состояния здоровья (GH);

2) психологический компонент здоровья, в структуру которого входят показатели психического здоровья (МН), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE), социального функционирования (SF) и жизненной активности (VT).

Физический компонент здоровья

$$\begin{aligned} \text{PH-sum} = & (0,24 \times 0,42402) + (0,52 \times 0,35119) + (-0,45 \times 0,31754) + (-0,61 \times \\ & \times -0,00753) + (-1,03 \times -0,22069) + (-0,44 \times -0,19206) + (0,67 \times 0,02877) + (-0,61 \times \\ & \times 0,24954) = 0,101 + 0,183 - 0,143 + 0,152 + 0,227 + 0,085 + 0,019 + 0,152 = 0,919 \end{aligned}$$

$$\text{PH} = (0,919 \times 10) + 50 = 59,19$$

Значение показателя «Психический компонент здоровья (МН)» рассчитывается по формулам:

$$\begin{aligned} \text{МНsum} = & (0,24 \times -0,22999) + (0,52 \times -0,12329) + (-0,45 \times -0,09731) + (-0,61 \times \\ & 0,26876) + (-1,03 \times 0,48581) + (-0,44 \times 0,43407) + (0,67 \times 0,23534) + (-0,61 \times \\ & -0,01571) = -0,055 - 0,064 + 0,044 - 0,164 - 0,50 - 0,19 + 0,158 + 0,009 = -0,762 \end{aligned}$$

$$\text{МН} = (-0,762 \times 10) + 50 = 50 - 7,62 = 42,38$$

Таким образом, состояние здоровья оказывает существенное влияние на качество жизни обследованных врачей, снижая физический компонент здоровья до 59,19 % от возможных 100 % благополучия. В еще большей степени состояние здоровья снижает психологический компонент качества жизни – до 42,38 % от возможных 100 % благополучия.

3.1.5 Оценка связанного со здоровьем качества жизни у врачей, перенесших COVID-19, согласно стандартизированному опроснику SF-36

До декабря 2019 г. о новом вирусе SARS-CoV-2 и вызываемом им заболевании COVID-19 известно не было. Вспышка новой коронавирусной инфекции COVID-19 началась в середине декабря 2019 года в Китае, в городе Ухань и распространилась на многие города Китая, Юго-Восточной Азии, а также по всему миру. В первые месяцы коронавирус расценивали как эпидемию со множественными вспышками. 11 марта 2020 года в Женеве глава ВОЗ Теодрос Адханом Гебрейсус заявил: распространение нового коронавируса носит характер пандемии, государства должны предпринять срочные и агрессивные действия для борьбы с коронавирусом [125].

COVID-19 («Coronavirus disease 2019») – официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом, присвоено ВОЗ 11 февраля 2020 года. В МКБ – 10 присвоены коды:

U07.1 – Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован (подтвержден лабораторным тестированием независимо от тяжести клинических признаков или симптомов);

U07.2 – Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус не идентифицирован (COVID-19 диагностируется клинически или эпидемиологически, но лабораторные исследования неубедительны или недоступны).

Заболеваемость COVID-19 работников здравоохранения на всех этапах распространения инфекции была существенно выше по сравнению с другими категориями [38]. Исследования, проведенные в мае-июне 2020 г., показали, что

частота инфицирования медицинских работников достигала 14 %, при этом у 7,1 % сотрудников имело место выделение возбудителя при отсутствии клинических проявлений заболевания, что было выше, чем при популяционных исследованиях [173].

До настоящего времени изучение клинических особенностей COVID-19 и последствий для организма человека не закончено. Наблюдения показали, что, в среднем, у 50 % инфицированных заболевание протекает бессимптомно. У 80 % пациентов с наличием клинических симптомов заболевание протекает в легкой форме ОРВИ. Позднее, как следствие строгих карантинных мероприятий, определена частичная потеря коллективного иммунитета к сезонным респираторным инфекциям. У лиц, перенесших COVID-19, находят стойкие постковидные иммунные расстройства в течение 8 месяцев, длительно персистирующее воспаление даже после легких форм COVID-19, хроническую активацию с последующим истощением резервов периферического иммунитета.

COVID-19 перенесли 171 из 346 опрошенных врачей, что составило 49,4 %. В 2020 г. переболели COVID-19 111 врачей, в 2021 г. – 60 врачей. Выявлено, что 143 врача перенесли заболевание однократно, 26 врачей переболели двукратно, 2 врачей перенесли инфекцию трехкратно. Возраст врачей, перенесших COVID-19, определен от 38 до 63 лет, средний возраст ($47,82 \pm 4,61$) года, что соответствует зрелому возрасту. Возраст врачей, не болевших COVID-19, определен от 24 до 74 лет, средний возраст ($42,53 \pm 6,23$) года. Течение заболевания было отнесено к легкой и средней степени тяжести у 165 врачей, тяжелое течение у 6 врачей. Длительность дней с симптомами, ассоциированными с COVID-19, варьировала от 14 до 64 дней, в среднем оценена как ($28 \pm 4,27$) сут. Усредненные показатели связанного со здоровьем качества жизни врачей, перенесших COVID-19 за период 2020–2022 гг., и врачей, не болевших инфекцией COVID-19 приведены в Таблице 17.

Таблица 17 – Связанное со здоровьем качество жизни врачей, перенесших COVID-19, $M \pm S$

Показатели здоровья по SF-36	Врачи, перенесшие COVID-19 n = 171	Врачи, не переносившие COVID-19 n = 175
РН	51,42 ± 1,49*	64,21 ± 3,12
МН	38,54 ± 2,08*	46,13 ± 1,94
Примечание: * – $p < 0,05$ относительно показателей врачей, не переносивших COVID-19.		

Приведенные показатели демонстрируют достоверное снижение связанного со здоровьем качества жизни врачей, перенесших COVID-19 в 2020–2022 гг. Следует отметить, что у переболевших COVID-19, наиболее низкий показатель физического здоровья определен в ролевом функционировании ($RP = (84 \pm 3,08) \%$), которое отражает влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность – работу и выполнение повседневных обязанностей.

3.2 Факторы, придающие особенности профессиональной дезадаптации во врачебной деятельности

Согласно оценке уровня профессиональной дезадаптации по опроснику О. Н. Родиной [116] обследованные специалисты разделены на три группы в соответствии с количеством набранных суммарных баллов (Таблица 18):

Таблица 18 – Распределение обследованных специалистов по уровню профессиональной дезадаптации, абс

Количество баллов	Уровень профессиональной дезадаптации	Количество врачей
65–95	выраженный	1
32–64	умеренный	32
До 32	низкий	313

Возраст специалиста с выраженным уровнем профессиональной дезадаптации 42 года. Поскольку количество лиц с выраженной дезадаптацией крайне мало для объединения их в отдельную группу (один случай), статистический анализ проведен среди групп с умеренным/выраженным и низким уровнем профессиональной дезадаптации. Важно, что при выраженном уровне профессиональной дезадаптации требуется смена профессии или проведение программы по реадаптации, а не профилактика, поэтому разработка профилактики профессионального выгорания должна быть направлена на специалистов с низким уровнем профдезадаптации.

Нужно отметить, что явление умеренной профессиональной дезадаптации у обследованных специалистов выявлено в 9,24 %. Учитывая социальную значимость профессии врача, 9,24 % можно считать достаточным уровнем распространенности явления профдезадаптации, формирующим актуальность проблемы профилактики эмоционального выгорания, учитывая возраст специалистов с наличием профдезадаптации и особенности профессиональной деятельности.

Средний возраст врачей, показавших в анкетировании низкий уровень профессиональной дезадаптации составил $(43,55 \pm 12,49)$ года при индивидуальных колебаниях в диапазоне 24–75 лет. Средний возраст врачей, показавших баллы, соответствующие умеренной профдезадаптации составил $(37,63 \pm 9,23)$ года при индивидуальных показателях от 24 до 64 лет. Таким образом, корреляции возрастной характеристики специалистов с появлением профессиональной дезадаптации не обнаружилось. Общий медицинский стаж специалистов с низкой профдезадаптацией составил от 1 до 51 года, в среднем – $(18,79 \pm 12,42)$ года. Общий медицинский стаж специалистов с умеренной профессиональной дезадаптацией составил от 1 до 43 лет, в среднем – $(15,4 \pm 12,85)$ года. Таким образом, большой медицинский стаж не является обязательной причиной (предиктором) развития профессионального выгорания, трактуемого как профессиональная дезадаптация.

3.2.1 Гендерная принадлежность как фактор, придающий особенности профессиональному выгоранию врача

Гендерные особенности повсеместно оказывают влияние на нашу жизнь (в том числе – в профессии), начиная с психо-эмоциональных реакций и заканчивая физическими возможностями организма. Медицинская деятельность представляет собой большую эмоциональную нагрузку в плане ответственности (моральной, административной и юридической) за каждое принятое решение перед пациентом и его родственниками, администрацией и рабочим коллективом. Учитывая характер и условия трудовой деятельности в целом, нельзя утверждать, что работа педиатра на участке вызывает меньшее эмоциональное напряжение, чем работа хирурга в операционном блоке. По этой причине важно понимание, насколько гендерная принадлежность может оказывать влияние на устойчивость к профессиональному стрессу в работе врача.

Максимальное эмоциональное напряжение при выполнении мануальных элементов рабочего процесса (инъекции и более сложные инструментальные манипуляции, хирургические операции, мануальные приемы и т. д.) испытывают молодые специалисты в статусе «врач-ученик», то есть клинические ординаторы после окончания медицинского университета, получающие специализацию в условиях работающего стационара. Напряжение обусловлено диспропорциональным состоянием между знаниями и умениями молодого врача при высоком уровне моральной ответственности перед пациентом согласно главному общеврачебному принципу «Primum non nocere». По этой причине для определения влияния хронического профессионального стресса на проявление психо-эмоциональных гендерных особенностей изучена распространенность симптомов ПВ в среде молодых врачей с фактическим стажем профессиональной деятельности 1,5 года.

Проведено анкетирование 20 клинических ординаторов, обучающихся специальности «оториноларингология» (специальность хирургическая, но с большим объемом терапевтической помощи, оказываемой взрослым и детям) в

условиях работающего специализированного отделения многопрофильной больницы. Используя опросники «Профессиональное выгорание для медицинских работников» [21] и 4ДДТС [133], исследованы выраженность психо-физиологических последствий профессионального стресса обучения практической врачебной деятельности, а именно: выраженность эмоционального истощения, деперсонализация, профессиональная успешность, соматизация, дистресс, депрессия, тревожность, наличие симптомов вегетативных психосоматических расстройств пограничного уровня. Обследованы одновременно 11 женщин (средний возраст $(25,27 \pm 0,18)$ года) и 9 мужчин (средний возраст $(26,4 \pm 1,94)$ года). 27 % женщин и 44 % мужчин считают выбранную работу своим призванием, остальные – просто работой. Эмоциональное истощение у женщин определено на среднем уровне $(21,89 \pm 0,34)$ балла, у мужчин на низком $(14,96 \pm 0,43)$ балла. Девять из 20 опрошенных (женщины/мужчины примерно в равной доле) отметили, что имеют выставленный диагноз или ощущают у себя наличие заболевания желудочно-кишечного тракта, нервной системы или психическое заболевание. Выявлен умеренно повышенный уровень соматизации как у мужчин, так и у женщин: мужчины – $(20,23 \pm 0,13)$ балла; женщины – $(16,98 \pm 0,04)$ балла. Уровень дистресса определен также как средний для мужчин и для женщин $(17,42 \pm 0,09)$ и $23,33 \pm 0,12$ соответственно). Определен сильно повышенный уровень депрессии без гендерных отличий: у женщин – $(6,81 \pm 0,14)$ балла; у мужчин – $(6,88 \pm 0,12)$ балла. Тревожность у женщин определена на более высоком уровне с точки зрения клинического значения, чем у мужчин – $(14,16 \pm 0,07)$ балла (сильно повышенный уровень), у мужчин – $(13,76 \pm 0,07)$ балла (умеренный уровень).

Таким образом, нервно-эмоциональную нагрузку при обучении профессиональной деятельности оториноларинголога в клинической ординатуре, в целом, можно расценить как профессиональный стресс средней интенсивности. Найденный уровень профессионального стресса адекватен требованиям к обучению в условиях реальной работы. Однако, следствием действия

профессионального дистресса при медицинском стаже всего в 1,5 года обнаружен умеренно повышенный уровень соматизации (в усредненных показателях). Гендерные отличия в устойчивости к профессиональному стрессу прослеживаются именно со стороны эмоционального истощения: при профессиональном стрессе умеренной интенсивности обучение специальности оториноларинголога у мужчин сопровождается меньшим эмоциональным истощением, чем у женщин.

Анализ соматизации, депрессии, дистресса и тревожности у 341 практикующих врачей показал, что фактор профессиональной стрессовости снижает свое действие по сравнению с его действием клинической ординатуры. В целом во врачебной среде преобладают специалисты с низким уровнем профессиональной дезадаптации (Рисунок 3). Однако, тенденция к большей подверженности эмоциональному истощению практикующих врачей-женщин по сравнению с мужчинами прослеживается и далее, что подтверждает статистический анализ данных. Согласно проведенному анкетированию врачей ($n = 344$), гендерная принадлежность у практикующих врачей не определена как статистически значимый фактор в развитии профессиональной дезадаптации ($0,3 < p < 0,5$).

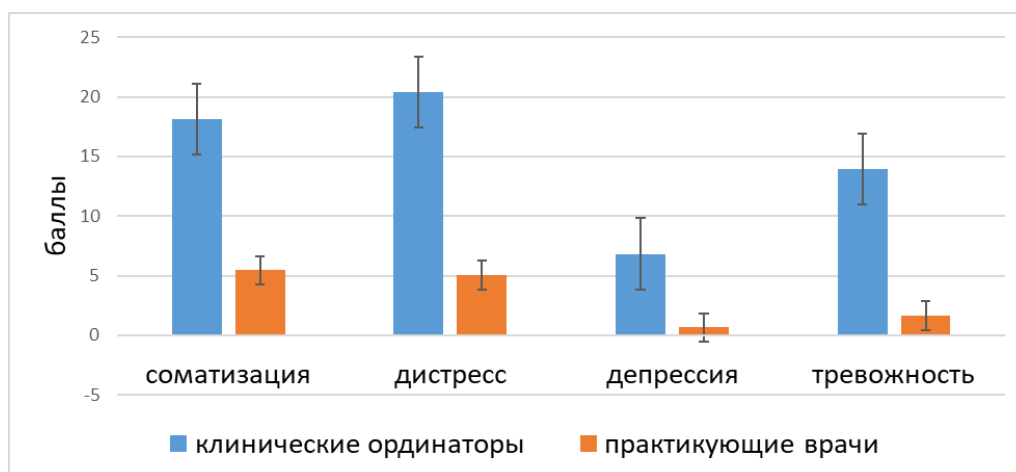


Рисунок 3 – Выраженность пограничных сомато-вегетативных расстройств в период профессионального постдипломного обучения и при практической врачебной деятельности, баллы, $M \pm m$

В Таблице 19 приведены гендерные особенности групп обследованных врачей с низкой и умеренной профдезадаптацией (без учета двоих врачей с выраженной профессиональной дезадаптацией).

Таблица 19 – Таблица гендерной принадлежности специалистов в группах низкой и умеренной профессиональной дезадаптации

Группы	Мужчины		Женщины		Всего абс/%
	абс	%	абс	%	
Низкая профдезадаптация	56	93,3	257	90,5	313/91,0
Умеренная профдезадаптация	4	6,7	27	9,5	31/9,0
Всего	60	100	284	100	344/100
Статистическая оценка уровня профдезадаптации от гендерной принадлежности	значение	степени свободы	асимптотическая значимость (2-сторонняя)	точная значимость (2-сторонняя)	точная значимость односторонняя
Хи-квадрат Пирсона	0,487	1	0,485	—	—
Поправка на непрерывность	0,203	1	0,653	—	—
Отношения правдоподобия	0,522	1	0,470	—	—
Точный критерий Фишера	—	—	—	0,624	0,340
Линейно-линейная связь	0,486	1	0,486	—	—
Количество допустимых наблюдений – 344					

Согласно полученным данным гендерная принадлежность не оказывает значимого влияния на возникновение (= появление) профессиональной дезадаптации врача определенного уровня. Учитывая особенности пройденной специализации (ординатура), нельзя исключить, что в профессии остаются преимущественно специалисты (как мужчины, так и женщины), проявившие устойчивость к действию профессионального стресса, и место работы выпускники выбирают адекватно своим психо-эмоциональным и физическим возможностям.

Однако гендерные отличия вносят свое влияние на особенности проявления профессиональной психо-физиологической адаптации, что выявлено при тестировании стандартизированным опросником Н. Е. Водопьяновой «Профессиональное выгорание» [21]. Опрошенные специалисты выбрали из 22 утверждений наиболее для себя подходящие (в плане частоты появления: от «0 – никогда» до «6 – всегда») о переживаниях, связанных с работой.

В группе специалистов с низким показателем профессиональной дезадаптации врачи-мужчины ($n = 55$) проявили эмоциональное истощение в диапазоне 2–7 баллов ($M \pm S = 4,970 \pm 1,317$; $Me = 5$), что соответствует 1 стену. Врачи-женщины ($n = 255$) указали эмоциональное истощение от 5 до 18 баллов ($M \pm S = 12,2 \pm 2,328$; $Me = 12$), что соответствует 3 стену. Баллы деперсонализации у врачей мужчин с низким уровнем профессиональной дезадаптации определены в диапазоне – 0–3 балла ($M \pm S = 0,509 \pm 0,791$; $Me = 0$), в среднем – соответствует 1 стену. У врачей-женщин диапазон баллов деперсонализации соответствует 0–12 баллов ($M \pm S = 2,031 \pm 1,498$; $Me = 2$), что, в среднем, соответствует 2 стену. Редукция личностных достижений у врачей-мужчин с низким уровнем профессиональной дезадаптации определена в диапазоне 30–37 баллов ($M \pm S = 33,818 \pm 1,712$; $Me = 34$), что соответствует 1 стену. У женщин редукция личностных достижений определена в пределах 4–45 баллов ($M \pm S = 33,094 \pm 2,885$; $Me = 33$), что соответствует 1 стену. Интегральный показатель ПВ у врачей-мужчин с низким уровнем профдезадаптации определен в диапазоне 1,399–2,576 ($M \pm S = 1,771 \pm 0,248$; $Me = 1,757$), что соответствует минимальному 1 стену. У врачей-женщин интегральный показатель ПВ найден в диапазоне 1,248–5,319 баллов ($M \pm S = 2,846 \pm 0,505$; $Me = 2,787$), что соответствует 3 стену шкалы ПВ. Статистическая значимость гендерных отличий (Таблица 20).

Таблица 20 – Статистическая значимость гендерных отличий при низком уровне профессиональной дезадаптации врачей

Критерии	Эмоциональное выгорание	Деперсонализация	Редукция	Интегральный ПВ
U Манна – Уитни	48,500	2 384,500	5 771,500	263,000
W Вилкоксона	1 588,500	3 924,500	38 411,500	1803,00
Z	–11,608	–7,889	–2,082	–11,195
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	менее 0,001	менее 0,001	0,037	менее 0,001

В группе специалистов с показателями умеренной профессиональной дезадаптации врачи-мужчины ($n = 4$) проявили эмоциональное истощение в диапазоне 17–24 балла ($M \pm S = 20,250 \pm 2,986$; $Me = 20$), что соответствует 6 стену. Врачи-женщины ($n = 27$) указали эмоциональное истощение от 17 до 31 балла ($M \pm S = 24,556 \pm 3,896$; $Me = 25$), что также соответствует 6 стену. Баллы деперсонализации у врачей мужчин с умеренным уровнем профессиональной дезадаптации определены в диапазоне – 7–14 баллов ($M \pm S = 10,500 \pm 3,109$; $Me = 10,500$), в среднем – соответствует 6 стену. У врачей-женщин диапазон баллов деперсонализации соответствует 4–14 баллам ($M \pm S = 8,593 \pm 2,308$; $Me = 9$), что, в среднем, соответствует 5 стену. Редукция личностных достижений у врачей-мужчин с умеренным уровнем профессиональной дезадаптации определена в диапазоне 18–20 баллов ($M \pm S = 19,250 \pm 0,957$; $Me = 19,5$), что соответствует 9 стену. У женщин редукция личностных достижений определена в пределах 10–22 баллов ($M \pm S = 15,444 \pm 2,991$; $Me = 15$), что соответствует максимальному 10 стену. Интегральный показатель ПВ у врачей-мужчин с умеренным уровнем профдезадаптации определен в диапазоне 5,923–7,214 ($M \pm S = 6,43 \pm 0,611$; $Me = 6,294$), что соответствует 7 стену. У врачей-женщин интегральный показатель ПВ найден в диапазоне 5,601–8,999 баллов ($M \pm S = 7,182 \pm 0,682$; $Me = 7,218$), что также соответствует 7 стену шкалы ПВ. Статистическая значимость гендерных отличий ПВ среди врачей с умеренным уровнем профессиональной дезадаптации (Таблица 21).

Таблица 21 – Статистическая значимость гендерных отличий ПВ среди врачей с умеренным уровнем профессиональной дезадаптации

Критерии	Эмоциональное выгорание	Деперсонализация	Редукция	Интегральный ПВ
U Манна – Уитни	19,500	34,000	11,000	20,000
W Вилкоксона	29,500	412,000	389,000	30,000
Z	–2,041	–1,190	–2,551	–2,003
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	0,041	0,234	0,011	0,045

Измерение признаков ПВ в шкале стенов позволяет сопоставить уровень эмоционального истощения, деперсонализации и редукции личностных достижений у врачей разной гендерной принадлежности при нарастании уровня профессиональной дезадаптации от низкого к умеренному (Таблица 22).

Таблица 22 – Гендерные отличия профессионального выгорания врачей в шкале стенов

Шкалы	Низкая профдезадаптация		Умеренная профдезадаптация	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Эмоциональное истощение	1	3	6	6
Деперсонализация	1	2	6	5
Редукция	1	1	9	10
Интегральный показатель	1	3	7	7

Различия гендерных показателей шкал ПВ между группами специалистов с низким и умеренным уровнем профдезадаптации выделены и статистически оценены.

Достоверность отличий психо-физиологических характеристик ПВ у врачей-мужчин при низком и среднем уровне профдезадаптации подтверждает оценка по критерию Уилкоксона и Z-критерию (Таблица 23).

Таблица 23 – Достоверность отличий психо-физиологических характеристик ПВ у врачей-мужчин при низком и среднем уровне профдезадаптации

Критерии	Эмоциональное выгорание	Деперсонализация	Редукция	Интегральный
W Вилкоксона	1 540,000	1 540,000	10,000	1 540,000
Z	–3,405	–3,792	–3,359	–3,318
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	0,001	0,0001	0,001	0,001

Достоверность отличий психо-физиологических характеристик ПВ у врачей-женщин при низком и среднем уровне профдезадаптации подтверждает оценка по критерию Манна – Уитни, Уилкоксона и Z-критерию (Таблица 24).

Таблица 24 – Достоверность отличий психо-физиологических характеристик ПВ у врачей-женщин при низком и среднем уровне профдезадаптации

Критерии	Эмоциональное выгорание	Деперсонализация	Редукция	Интегральный
U Манна – Уитни	8,000	67,500	27,000	0,0001
W Вилкоксона	32 648,000	32 707,500	405,000	32 640,000
Z	–8,577	–8,569	–8,544	–8,543
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001

Согласно результатам теста 4ДДТС при низкой степени профессиональной дезадаптации гендерные отличия в уровне проявления пограничных психо-вегетативных расстройств имеют место. Статистически значимые отличия определены для соматизации и депрессии.

Мужчины-врачи (n = 56) по показателю соматизация набрали от 0 до 11 баллов, по показателю дистресс – от 0 до 16 балла, по показателю депрессия – 0 до 7 баллов, по показателю тревога – от 0 до 11 баллов. Усредненные показатели указаны в Таблице 25.

Таблица 25 – Уровень пограничных психо-соматических расстройств у врачей-мужчин с низкой степенью профессиональной дезадаптации, $M \pm S$

Виды пограничных психо-вегетативных расстройств	Баллы по шкале 4ДДТС	Процентили		
		25	50 (Me)	75
Соматизация	$3,500 \pm 3,269$	0,0	3,5	6,0
Дисстресс	$4,196 \pm 4,441$	0,0	3,0	8,0
Депрессия	$0,643 \pm 1,285$	0,0	0,0	1,0
Тревога	$1,179 \pm 1,936$	0,0	0,5	2,0

Женщины-врачи с низкой профдезадаптацией ($n = 256$) по показателю соматизация набрали от 0 до 24 баллов, по показателю дисстресс – от 0 до 14 баллов, по показателю депрессия – 0 до 5 баллов, по показателю тревога – от 0 до 10 баллов. Усредненные показатели указаны в Таблице 26.

Таблица 26 – Текущий уровень пограничных психо-соматических расстройств у врачей-женщин с низкой степенью профессиональной дезадаптации, $M \pm S$

Виды пограничных психо-вегетативных расстройств	Баллы по шкале 4ДДТС	Процентили		
		25	50 (Me)	75
Соматизация	$4,992 \pm 4,537$	1,0	4,0	7,75
Дисстресс	$3,656 \pm 3,502$	0,0	3,0	6,0
Депрессия	$0,234 \pm 0,674$	0,0	0,0	0,0
Тревога	$0,988 \pm 1,725$	0,0	0,0	1,0

Статистический анализ проявлений пограничных психо-вегетативных расстройств по гендерному признаку среди врачей с низким уровнем профессиональной дезадаптации выявил существенные и клинически значимые отличия по показателям соматизации и депрессии (Таблица 27).

Таблица 27 – Показатели статистического анализа проявлений пограничных психо-вегетативных расстройств среди врачей-женщин с низким уровнем профессиональной дезадаптации

Критерии	Соматизация	Дисстресс	Депрессия	Тревога
U Манна – Уитни	5 939,000	7 031,000	5 899,500	6 494,000
W Вилкоксона	7 535,000	39 927,000	38 795,000	39 390,000
Z	–2,026	–0,227	–3,084	–1,243
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	0,043	0,821	0,002	0,214

То есть, у женщин изначально, при низком уровне профдезадаптации степень соматизации достоверно выше, чем у мужчин; мужчины более склонны к депрессии (в целом, а не на рабочем месте), чем женщины.

При нарастании степени профессиональной дезадаптации показатели психо-вегетативных расстройств (клинически-пограничного течения) резко увеличиваются и гендерные отличия стираются. Так, мужчины-врачи ($n = 4$) по показателю соматизация набрали от 9 до 19 баллов, по показателю дистресс – от 16 до 21 балла, по показателю депрессия – 0 до 7 баллов, по показателю тревога – от 3 до 14 баллов. Усредненные показатели указаны в Таблице 28.

Таблица 28 – Состояние пограничных психо-соматических расстройств у врачей-мужчин с умеренной степенью профессиональной дезадаптации, $M \pm S$

Виды пограничных психо-вегетативных расстройств	Баллы по шкале 4ДДТС	Процентили		
		25	50 (Me)	75
Соматизация	$13,250 \pm 4,193$	9,75	12,5	17,5
Дисстресс	$17,750 \pm 3,403$	14,25	18,5	20,5
Депрессия	$2,250 \pm 3,202$	0,25	1,0	5,5
Тревога	$6,750 \pm 4,992$	3,25	5,0	12,0

Женщины-врачи с умеренной профдезадаптацией ($n = 27$) по показателю соматизация набрали от 0 до 27 баллов, по показателю дистресс – от 9 до

32 баллов, по показателю депрессия – 0 до 12 баллов, по показателю тревога – от 0 до 24 баллов. Усредненные показатели указаны в Таблице 29.

Таблица 29 – Состояние пограничных психо-соматических расстройств у врачей-женщин с умеренной степенью профессиональной дезадаптации, $M \pm S$

Виды пограничных психо-вегетативных расстройств	Баллы по шкале 4 ДДТС	Процентили		
		25	50 (Me)	75
Соматизация	$12,778 \pm 5,787$	10,0	14,0	16,0
Дисстресс	$18,148 \pm 5,776$	15,0	17,0	24
Депрессия	$4,259 \pm 3,778$	1,0	3,0	6,0
Тревога	$8,111 \pm 5,866$	4,0	7,0	10,0

Статистически значимых отличий проявления пограничных психо-вегетативных расстройств по гендерному признаку среди врачей с умеренным уровнем профессиональной дезадаптации не выявлено (Таблица 30).

Таблица 30 – Показатели статистического анализа проявлений пограничных психо-вегетативных расстройств среди врачей-женщин с умеренным уровнем профессиональной дезадаптации

Критерии	Соматизация	Дисстресс	Депрессия	Тревога
U Манна – Уитни	53,000	48,000	35,500	44,500
W Вилкоксона	431,000	426,000	45,500	54,500
Z	-0,059	-0,355	-1,099	-0,562
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	0,953	0,720	0,272	0,574

Таким образом, при низкой профессиональной дезадаптации врачи-женщины по сравнению с врачами – мужчинами имеют чаще проявления соматизации, в большей степени вовлекаются в эмоциональную составляющую профессиональной деятельности, что отражает характерную для женщин склонность к эмпатии и переживаниям и склонность мужчин к инструментальным

ценностям. Эмоциональная напряженность относится к признанным стрессовым факторам на рабочем месте и к факторам риска развития ПВ. При нарастании профдезадаптации до умеренного уровня гендерные отличия эмоционального истощения нивелируются, однако цинизм и обесценивание межличностных отношений (деперсонализация) у женщин выражены на 1 стень меньше, чем у мужчин. Градиент утраты психо-эмоционального компонента при развитии умеренной профдезадаптации у женщин составил 3 стень, а у мужчин 5 стень.

В процессе развития профессионального выгорания (ПВ) феномен редукции личностных достижений проявляется комплексно. Он характеризуется не только склонностью к негативной оценке собственных профессиональных успехов, но также распространением негативизма на служебные обязанности, снижением профессиональной мотивации, умалением чувства собственного достоинства, уклонением от ответственности и дистанцированием как от обязанностей перед коллегами и клиентами, так и от своего дела в целом.

У обследованных специалистов именно шкала редукции личностных достижений продемонстрировала наиболее выраженный прирост показателей при формировании умеренной профессиональной дезадаптации. При этом выявлен гендерный градиент максимально возможных значений: у женщин он составил 1–10 стень, а у мужчин – 1–9 стень.

Следовательно, при разработке мер профилактики ПВ врачам-женщинам целесообразна профилактика соматоформных расстройств, а также психологическое сопровождение на стадии низкого уровня профессиональной дезадаптации, направленное на предупреждение эмоционального истощения. Без гендерных отличий, на стадии низкого уровня профдезадаптации необходимы регулярные административные меры, а также административная и психологическая поддержка, направленные на повышение профессиональной мотивации. Важность профилактических мероприятий подчеркивается тем фактом, что на стадии умеренной профессиональной дезадаптации врачи-женщины продемонстрировали максимально возможный уровень редукции

личностных достижений (мужчины – близкий к этому уровень), что делает невозможным оказание медицинской помощи высококачественной услугой.

3.2.2 Семья как социальный фактор влияния на профессиональную дезадаптацию

Семейное положение может требовать от специалиста всегда работать в режиме многозадачности (при наличии семьи, детей) или оказывать психологическое давление в виде реакций горя (вдовец/вдова), что может сказаться на мотивации к выполняемой работе или способствовать развитию депрессии, что может отразиться на мотивации к работе и развитию профессионального выгорания. Особенности семейного положения обследованных специалистов (n = 340) приведены в Таблице 31. Среди обследованных выявлены лица всех категорий семейного положения (незамужем/холост, разведен(а); полная семья без детей, семья с детьми, вдовец-вдова). Для статистической оценки влияния семейного статуса использован критерий Пирсона.

Таблица 31 – Таблица обследованных специалистов по признаку «Семейное положение»

Группы		Семейное положение				Всего
		холост	женат / замужем	разведен	вдова	
Низкая профдезадаптация	количество, абс	72	187	44	6	309
	%	86,7	92,6	89,8	100	90,9
Умеренная профдезадаптация	количество, абс	11	15	5	0	31
	%	13,3	7,4	10,2	0	9,1
Всего	количество, абс	83	202	49	6	340
	%	100	100	100	100	100

Согласно статистике хи-квадрат семейное положение не оказывает влияния на развитие профессионального выгорания врача, о чем свидетельствуют следующие данные (Таблица 32).

Таблица 32 – Показатели статистического анализа профессионального выгорания врача в зависимости от семейного положения

Показатели	Значение	Степени свободы	Асимптотическая значимость (двусторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	3,083	3	0,379
Отношения правдоподобия	3,478	3	0,324
Линейно-линейная связь	1,242	1	0,265
Количество допустимых наблюдений	340	—	—

Важной особенностью семейного статуса, потенциально способной оказывать влияние на профессиональную деятельность, вынуждая специалиста работать постоянно в режиме многозадачности, является наличие детей в семье. Логично предположить, что увеличение количества детей в семье увеличивает количество поставленных ежедневных задач и влияет на профессиональную деятельность как с позиции мотивации, так и с позиции самочувствия (например, усталости), психо-эмоциональной устойчивости к профессиональному стрессу и т. д. Анкетированные специалисты, имеющие детей до 18 лет, указали их количество от 1 до 4. Наибольшее число врачей указали наличие 1-2 детей. Таблица 33 объединяет в себе данные о количестве детей у обследованных специалистов из групп с низкой и умеренной профессиональной дезадаптацией.

Таблица 33 – Таблица исследуемых групп по признаку «количество детей»

Группы		Дети				Всего
		1	2	3	4	
Низкая профдезадаптация	количество, абс	104	106	17	1	228
	%	90,4	95,5	85	100	92,3
Умеренная профдезадаптация	количество, абс	11	5	3	0	19
	%	9,6	4,5	15,0	0,0	7,7
Всего	количество, абс	115	111	20	1	247
	%	100	100	100	100	100

Анализ по статистике хи-квадрат выявил достоверно меньшее количество лиц с двумя детьми среди специалистов с умеренным уровнем профессиональной дезадаптации, чем с 1 и с 3 детьми в этой же группе (Таблица 34).

Таблица 34 – Показатели статистического анализа умеренного уровня профессиональной дезадаптации врача в зависимости от количества детей

Показатели	Значение	Степени свободы	Асимптотическая значимость (двусторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	3,744*	3	0,290
Отношения правдоподобия	3,74	3	0,291
Линейно-линейная связь	0,097	1	0,756
Количество допустимых наблюдений	247	—	—

Следовательно, наличие двух детей у врача следует рассматривать как внешний благоприятный признак, характерный для специалистов с низким уровнем профессиональной дезадаптации.

3.2.3 Частота смены места работы и признаки профессиональной дезадаптации

Обследованные специалисты указали, что за весь период своего трудового стажа меняли место работы от 0 до 4 раз (Таблица 35).

Таблица 35 – Частота смены работы за последние десять лет у специалистов низким/умеренным и высоким уровнем профдезадаптации

Группы		Частота смены работы за последние 10 лет					Всего
		0	1	2	3	4	
Низкая профдезадаптация	количество, абс	151	76	51	24	13	315
	%	92,6	87,4	98,1	85,7	81,3	91,0
Умеренная и выраженная профдезадаптация	количество, абс	12	11	1	4	3	31
	%	7,4	12,6	1,9	14,3	18,8	9,0
Всего	количество абс	163	87	52	28	16	346
	%	100	100	100	100	100	100

Статистически значимых отличий между группами с низкой и умеренной степенью профдезадаптации не определено (Таблица 36).

Таблица 36 – Показатели статистического анализа отличий между группами с низкой и умеренной степенью профдезадаптации врачей

Показатели	Значение	Степени свободы	Асимптотическая значимость (двусторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	7,968	4	0,093
Отношения правдоподобия	8,666	4	0,070
Линейно-линейная связь	1,14	1	0,286
Количество допустимых наблюдений	346	—	—

Тем не менее, большая часть специалистов (вне зависимости от степени профдезадаптации) не меняла место основной работы. Среди врачей с низкой профдезадаптацией наблюдалась высокая отрицательная коррелятивная зависимость между баллами дезадаптации и частотой смены рабочего места $r_{\text{выб}} = -0,944$. Среди врачей с умеренной степенью профдезадаптации $r_{\text{выб}} = -0,795$, что также можно считать высокой тесной отрицательной зависимостью. Следовательно, в целом, врачей государственных лечебных

учреждений можно считать специалистами, не склонными менять основное рабочее место при нарастании признаков профессиональной дезадаптации.

3.2.4 Состояние здоровья у врачей с низким и умеренным уровнем профессиональной дезадаптации по данным анкетирования

Состояние здоровья – важный фактор, влияющий как на эмоциональное состояние, так и на физическую возможность профессиональной деятельности. Согласно опроснику SF-36 состояние качества жизни, связанного со здоровьем, у специалистов с низким и умеренным уровнем профессиональной дезадаптации имеет существенные отличия (Таблица 37).

Таблица 37 – Качество жизни, связанное со здоровьем согласно SF-36 у специалистов с низким и умеренным уровнем профессиональной дезадаптации, $M \pm S$

Исследуемые группы	РН	МН
Низкая профдезадаптация	$65,31 \pm 1,53^*$	$49,07 \pm 6,14^*$
Умеренная/выраженная профдезадаптация	$54,92 \pm 3,46$	$39,83 \pm 3,07$
Примечание: $p < 0,05$ относительно специалистов с умеренным/выраженным уровнем профдезадаптации.		

Найдены достоверные отличия по количеству пропущенных рабочих дней в течение двухлетнего периода (2019–2020 гг.) по причине больничного листа у специалистов с низким и умеренным уровнем профессиональной дезадаптации статистика больничных листов.

Указанное в анкетах количество пропущенных дней по причине больничного листа в группе с низким уровнем профдезадаптации находилось в пределах от 1 до 4 рабочих дней, в группе умеренной профдезадаптации – от 1 до 5 дней, усредненные показатели приведены в Таблице 38.

Таблица 38 – Количество пропущенных дней по причине больничного листа

Период	Группы	n	M	S	$\pm m$
2019	низкий уровень профдезадаптации	296	1,56	0,792	0,046
	умеренный уровень профдезадаптации	30	2,60	1,248	0,228
	всего, n	326	1,66	0,894	0,049
2020	низкий уровень профдезадаптации	300	1,99	1,036	0,060
	умеренный уровень профдезадаптации	28	2,82	1,056	0,200
	всего, n	328	2,06	1,062	0,059

Оценка значимости отличий между группами с низким и средним уровнем профессиональной дезадаптации показала высокую степень достоверности – $p < 0,001$ (Таблица 39).

Таблица 39 – Статистическая оценка значимости отличий между группами врачей с низким и средним уровнями профессиональной дезадаптации

Сравнение	Сумма квадратов	Степени свободы	Средний квадрат	F	Значимость
2019					
Между группами	29,416	1	29,416	41,419	менее 0,0001
Внутри групп	230,105	324	0,710	—	менее 0,0001
Всего	259,521	325	—	—	—
2020					
Между группами	17,703	1	17,703	16,439	—
Внутри групп	351,077	326	1,077	—	—
Всего	368,780	327	—	—	—

Согласно Таблице 39, врачи, имея умеренный уровень профессиональной дезадаптации, достоверно чаще пропускают рабочие дни по причине заболеваний.

Анкетирование выявило важный достоверный маркер ухудшения качества здоровья, сопряженный с ростом уровня профессиональной дезадаптации от низкого к умеренному – болевой синдром. Ощущения могут лоцироваться в различных анатомических зонах, что не уменьшает значимости найденного

статистического отличия. Особенности распространения жалобы на боли в мышцах указаны в Таблице 40.

Таблица 40 – Распространенность симптома «Боли в мышцах», абс/%

Группы	Боли в мышцах			Всего
	нет	иногда	регулярно	
Низкая профдезадаптация	<u>188</u> 97,4	<u>104</u> 86,7	<u>16</u> 61,5	<u>308</u> 90,9
Умеренная профдезадаптация	<u>5</u> 2,6	<u>16</u> 13,3	<u>10</u> 38,5	<u>31</u> 9,1
Всего	<u>193</u> 100	<u>120</u> 100	<u>26</u> 100	<u>339</u> 100

Врачи с умеренным уровнем профессиональной дезадаптации достоверно чаще испытывают боли в мышцах (Таблица 41).

Таблица 41 – Показатели статистического анализа болей в мышцах, испытываемых врачами с умеренной степенью профессиональной дезадаптации

Статистические показатели	Значение	Степени свободы	Асимптотическая двусторонняя значимость, р
Хи-квадрат Пирсона	39,409	2	менее 0,0001
Отношения правдоподобия	32,089	2	менее 0,0001
Линейно-линейная связь	36,066	1	менее 0,0001
Количество допустимых наблюдений	339	—	—

Особенности распространения жалобы на боли в шее указаны в Таблице 42. Согласно статистике хи-квадрат врачи с умеренным уровнем профдезадаптации достоверно чаще испытывают боли в шее по сравнению со специалистами с низким уровнем профдезадаптации.

Таблица 42 – Распространенность симптома «Боли в шее», абс/%

Группы	Боли в мышцах			Всего
	нет	иногда	регулярно	
Низкая профдезадаптация	<u>133</u> 97,1	<u>130</u> 97,7	<u>48</u> 66,7	<u>311</u> 90,9
Умеренная профдезадаптация	<u>4</u> 2,9	<u>3</u> 2,3	<u>24</u> 33,3	<u>31</u> 9,1
Всего	<u>137</u> 100	<u>133</u> 100	<u>72</u> 100	<u>342</u> 100

Таблица 43 – Показатели статистического анализа отличий распространенности симптома «Боли в шее» между группами врачей с низкой и умеренной степенью профессиональной дезадаптации

Статистические показатели	Значение	Степени свободы	Асимптотическая двусторонняя значимость, р
Хи-квадрат Пирсона	65,203	2	менее 0,0001
Отношения правдоподобия	51,460	2	менее 0,0001
Линейно-линейная связь	41,238	1	менее 0,0001
Количество допустимых наблюдений	342	—	—

Особенности распространения жалобы на боли в спине указаны в Таблице 44.

Таблица 44 – Распространенность симптома «Боли в спине», абс/%

Группы	Боли в мышцах			Всего
	нет	иногда	регулярно	
Низкая профдезадаптация	<u>121</u> 98,4	<u>137</u> 95,1	<u>53</u> 70,7	<u>311</u> 90,9
Умеренная профдезадаптация	<u>2</u> 1,6	<u>7</u> 4,9	<u>22</u> 29,3	<u>31</u> 9,1
Всего	<u>123</u> 100	<u>144</u> 100	<u>75</u> 100	<u>342</u> 100

Таблица 45 – Показатели статистического анализа отличий распространенности симптома «Боли в спине» между группами врачей с низкой и умеренной степенью профессиональной дезадаптации

Статистические показатели	Значение	Степени свободы	Асимптотическая двусторонняя значимость, р
Хи-квадрат Пирсона	48,724	2	менее 0,0001
Отношения правдоподобия	40,754	2	менее 0,0001
Линейно-линейная связь	37,502	1	менее 0,0001
Количество допустимых наблюдений	342	—	—

Особенности распространения жалобы на головные боли указаны в Таблице 46.

Таблица 46 – Распространенность симптома «головная боль», абс/%

Группы	Боли в мышцах			Всего
	нет	иногда	регулярно	
Низкая профдезадаптация	<u>134</u> 96,4	<u>134</u> 92,4	<u>43</u> 14,1	<u>311</u> 90,9
Умеренная профдезадаптация	<u>5</u> 3,6	<u>11</u> 7,6	<u>15</u> 25,9	<u>31</u> 9,1
Всего	<u>139</u> 100	<u>145</u> 100	<u>58</u> 100	<u>342</u> 100

Таблица 47 – Показатели статистического анализа отличий распространенности симптома «Головная боль» между группами врачей с низкой и умеренной степенью профессиональной дезадаптации

Статистические показатели	Значение	Степени свободы	Асимптотическая двусторонняя значимость, р
Хи-квадрат Пирсона	25,279	2	менее 0,0001
Отношения правдоподобия	20,699	2	менее 0,0001
Линейно-линейная связь	20,459	1	менее 0,0001
Количество допустимых наблюдений	342	—	—

Распространенность жалоб на «боли в эпигастрии или боли в области желудка» указана в Таблице 48.

Таблица 48 – Распространенность симптома «боль в эпигастрии или в области желудка», абс/%

Группы	Боли в мышцах			Всего
	нет	иногда	регулярно	
Низкая профдезадаптация	<u>134</u> 96,4	<u>134</u> 92,4	<u>43</u> 14,1	<u>311</u> 90,9
Умеренная профдезадаптация	<u>5</u> 3,6	<u>11</u> 7,6	<u>15</u> 25,9	<u>31</u> 9,1
Всего	<u>139</u> 100	<u>145</u> 100	<u>58</u> 100	<u>342</u> 100

Таблица 49 – Показатели статистического анализа отличий распространенности симптома «боль в эпигастрии» между группами врачей с низкой и умеренной степенью профессиональной дезадаптации

Статистические показатели	Значение	Степени свободы	Асимптотическая двусторонняя значимость, р
Хи-квадрат Пирсона	25,279	2	менее 0,0001
Отношения правдоподобия	20,699	2	менее 0,0001
Линейно-линейная связь	20,459	1	менее 0,0001
Количество допустимых наблюдений	342	—	—

Распространенность жалоб на «боли в груди» указана в Таблице 50. Регулярно испытывают боли в груди только специалисты из группы с умеренной профессиональной дезадаптацией.

Таблица 50 – Распространенность симптома «боль в груди», абс/%

Группы	Боли в мышцах			Всего
	нет	иногда	регулярно	
Низкая профдезадаптация	<u>299</u> 93,4	<u>11</u> 64,7	<u>0</u> 0	<u>310</u> 91,2
Умеренная профдезадаптация	<u>21</u> 6,6	<u>6</u> 35,3	<u>3</u> 100	<u>30</u> 8,8
Всего	<u>320</u> 100	<u>17</u> 100	<u>3</u> 100	<u>340</u> 100

Таблица 51 – Показатели статистического анализа отличий распространенности симптома «Боль в груди» между группами врачей с низкой и умеренной степенью профессиональной дезадаптации

Статистические показатели	Значение	Степени свободы	Асимптотическая двусторонняя значимость, р
Хи-квадрат Пирсона	47,840	2	менее 0,0001
Отношения правдоподобия	25,872	2	менее 0,0001
Линейно-линейная связь	44,894	1	менее 0,0001
Количество допустимых наблюдений	340	—	—

3.2.5 Динамические изменения эмоционального статуса и признаков психо-вегетативных расстройств при прогрессировании профессиональной дезадаптации

Увеличение уровня профессиональной дезадаптации до умеренного сопровождается ростом баллов по шкалам соматизации, дистресса, депрессии и тревожности.

По шкале «Соматизация» диапазон индивидуальных показателей расширился на три балла (0–24 балла – при низкой профдезадаптации, 0–27 баллов – при умеренной профдезадаптации), отмечен достоверный прирост распространенности признаков соматизации и усредненного показателя. При низкой степени профдезадаптации 22,61 % врачей отметили у себя признаки

соматизации. При этом средний уровень соматизации оценен как $(4,717 \pm 4,358)$ баллов ($Me = 4,0$). При умеренной профдезадаптации 96,77 % врачей указали проявление соматизации при среднем уровне $(12,839 \pm 5,550)$ баллов ($Me = 13,0$). Статистические критерии отличия составили по U-критерию = 1 195,500; W-критерий = 50 650,500; Z-критерий = -6,974; асимптотическая двусторонняя значимость = менее 0,0001. Динамику роста соматизации с ростом степени профдезадаптации до умеренной демонстрирует Рисунок 4.

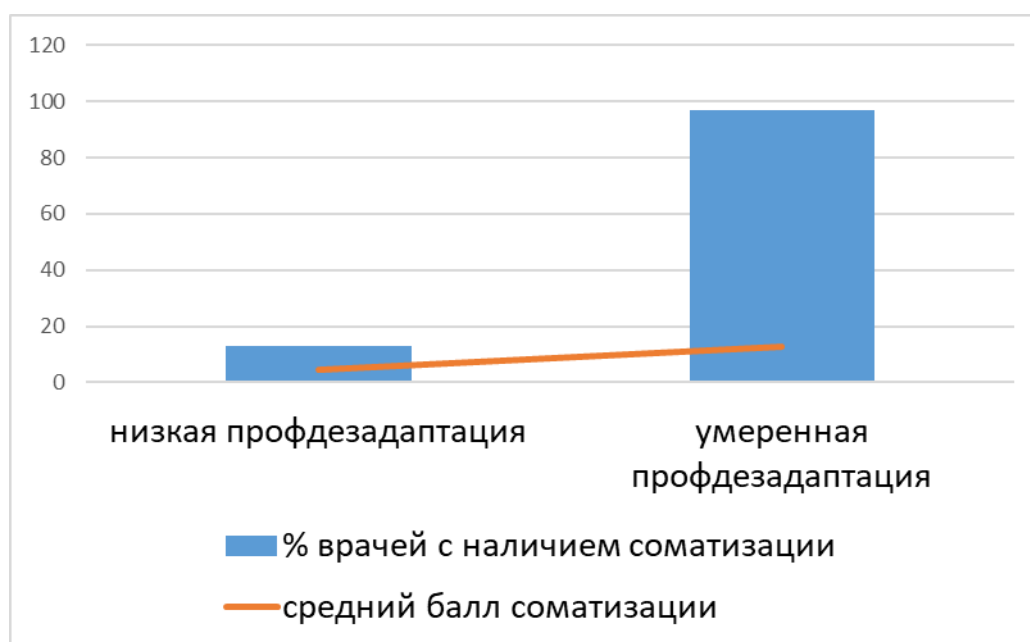


Рисунок 4 – Количественная и качественная динамика соматизации у врачей при росте профдезадаптации до умеренной степени

По шкале «Дистресс» диапазон индивидуальных показателей расширился на 16 баллов (0–16 балла – при низкой профдезадаптации, 9–32 баллов – при умеренной профдезадаптации). Также отмечен достоверный прирост распространенности признаков и усредненного показателя дистресса. При низкой степени профдезадаптации 26,75 % врачей отметили у себя признаки дистресса. При этом средний уровень дистресса оценен как $(3,736 \pm 43,681)$ балла ($Me = 3,0$). При умеренной профдезадаптации 100 % врачей указали проявление соматизации

при среднем уровне ($18,097 \pm 5,486$) балла ($Me = 17,0$). Статистические критерии отличия составили по U-критерию = 113,500; W-критерий = 49 568,500; Z-критерий = $-9,054$; асимптотическая двусторонняя значимость = менее 0,0001. Динамику роста дистресса с ростом степени профдезадаптации до умеренной демонстрирует Рисунок 5.

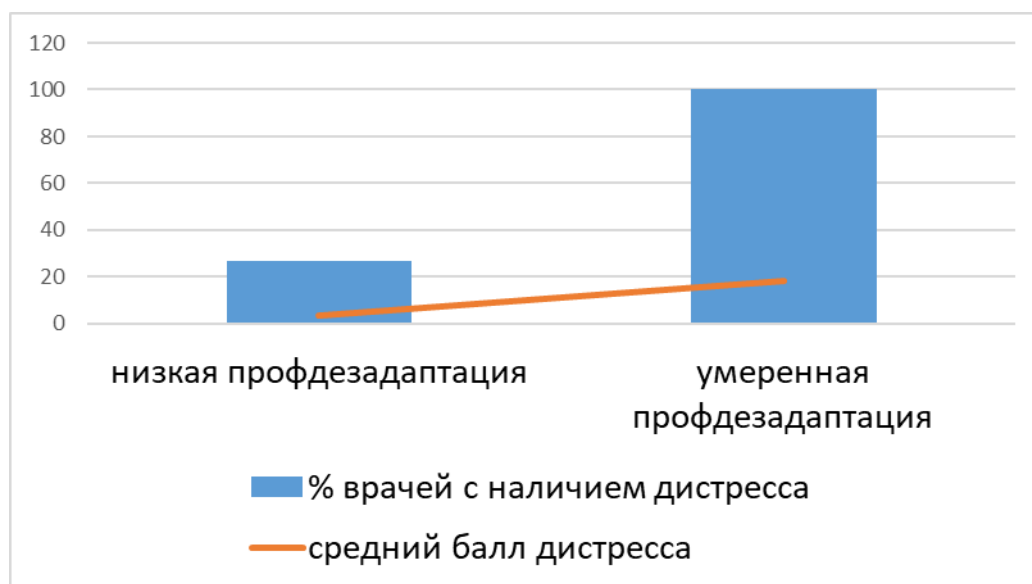


Рисунок 5 – Количественная и качественная динамика дистресса у врачей при росте профдезадаптации до умеренной степени

По шкале «Депрессия» диапазон индивидуальных показателей расширился на пять баллов (0–7 балла – при низкой профдезадаптации, 0–12 баллов – при умеренной профдезадаптации). Также отмечен достоверный прирост распространенности признаков и усредненного показателя депрессии. При низкой степени профдезадаптации 18,47 % врачей отметили у себя признаки депрессии. При этом средний уровень депрессии оценен как ($0,306 \pm 0,828$) балла ($Me = 0,0$). При умеренной профдезадаптации 98,41 % врачей указали проявления депрессии при среднем уровне ($4,000 \pm 3,724$) балла ($Me = 3,0$). Статистические критерии отличия составили по U-критерию = 1 233,500; W-критерий = 50 688,500; Z-критерий = $-9,165$; асимптотическая двусторонняя значимость = менее 0,0001.

Динамику роста распространенности и выраженности депрессии с ростом степени профдезадаптации до умеренной демонстрирует Рисунок 6.

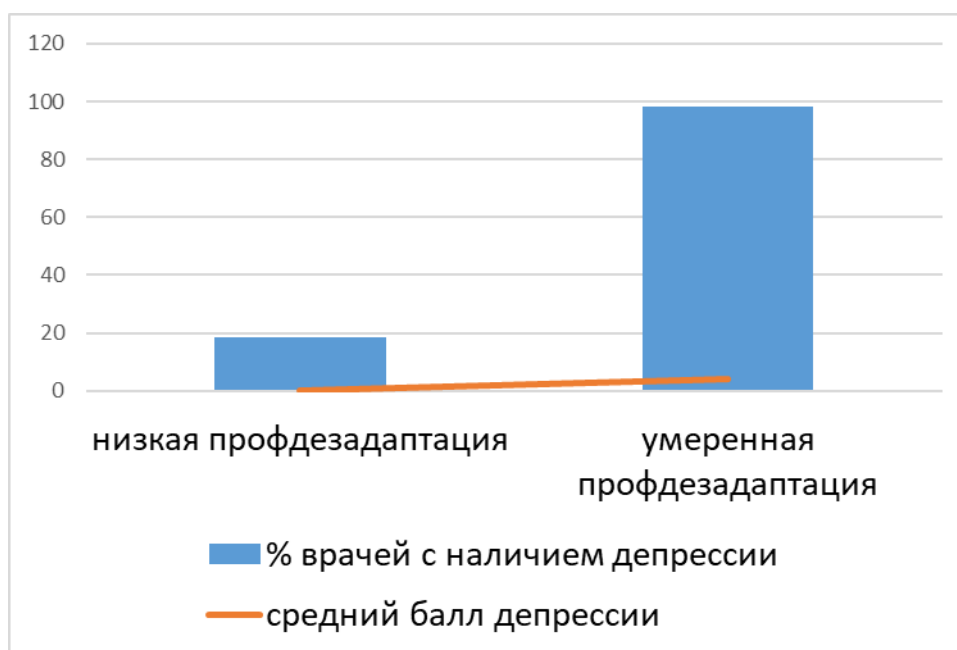


Рисунок 6 – Количественная и качественная динамика депрессии у врачей при росте профдезадаптации до умеренной степени

По шкале «Тревожность» диапазон индивидуальных показателей расширился на 13 баллов (0–11 балла – при низкой профдезадаптации, 0–24 баллов – при умеренной профдезадаптации). Также отмечен достоверный прирост распространенности признаков и усредненного показателя тревожности. При низкой степени профдезадаптации 59,55 % врачей отметили у себя наличие тревожности. При этом средний уровень тревожности оценен как $(1,016 \pm 1,759)$ балла ($Me = 0,0$). При умеренной профдезадаптации 96,77 % врачей указали проявления тревожности при среднем уровне $(7,935 \pm 5,703)$ балла ($Me = 7,0$). Статистические критерии отличия составили по U-критерию = 746,500; W-критерию = 50 201,500; Z-критерию = –8,521; асимптотическая двусторонняя значимость определена менее 0,0001. Динамику роста распространенности и выраженности тревожности с ростом степени профдезадаптации до умеренной демонстрирует Рисунок 7.

Ежедневная трудовая деятельность при амбулаторном режиме работы врача подразумевает обслуживание в среднем от 20 до 40 человек, в стационаре от 12 до 30 пациентов, в зависимости от характера оказания медицинской помощи. При работе на медосмотрах количество может достигать 120 пациентов в день, тогда как хирург в операционный день может обслужить 2-3 пациентов.

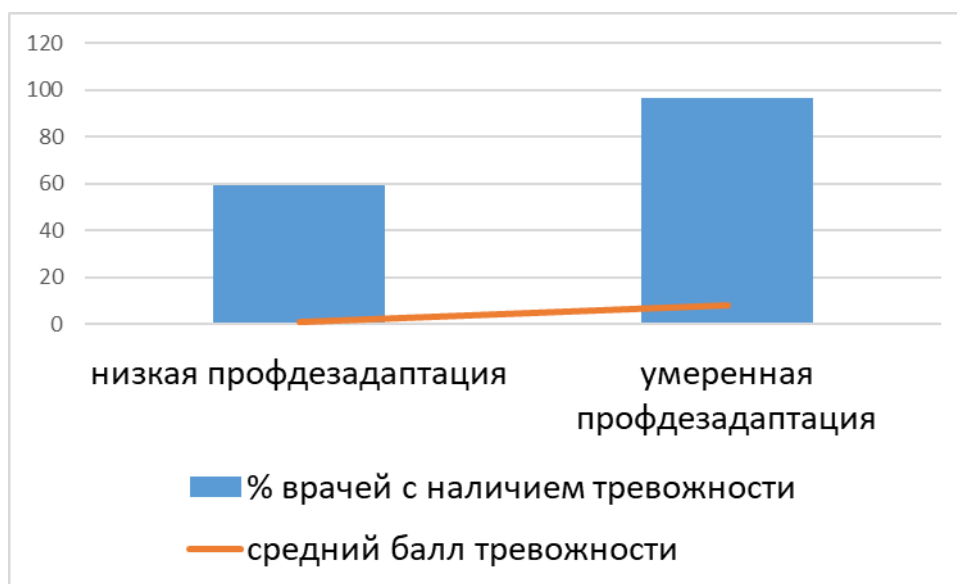


Рисунок 7 – Количественная и качественная динамика тревожности у врачей при росте профдезадаптации до умеренной степени

Для самооценки своего эмоционального состояния в анкете врача было предложено оценить от первого пациента к пятому возникавшие у себя эмоции после работы с каждым пациентом: спокойствие; небольшое нервное напряжение; раздраженность; озлобленность; близко к истерии. Используются показатели за последний рабочий день, ближайший к анкетированию. Прием первых пяти пациентов составляет не более 1/4 доли врачебного труда в день, занимает не более 1,5 часа рабочего времени в период минимальной усталости в течение дня. Было выявлено, что врачи с низким уровнем профессиональной дезадаптации демонстрируют диапазон эмоционального состояния от спокойного до раздраженного, в то время как врачи с умеренным уровнем профессиональной дезадаптации выбирают спектр вариантов ответа на вопрос в диапазоне от

спокойного до близкого к истерии. Из перечисленного списка эмоций «спокойное состояние» и «небольшое нервное напряжение» являются благоприятным эмоциональным фоном для качественного оказания медицинской помощи. После приема первого пациента в благоприятном эмоциональном состоянии находились 98,77 % специалистов из группы с низкой профдезадаптацией и 84,38 % врачей из группы с умеренной профдезадаптацией. В динамике 1–5 пациент количество специалистов с благоприятным эмоциональным фоном уменьшилось в группе низкой профдезадаптации на 9,26 %, а в группе с умеренной профдезадаптацией на 46,88 %, что демонстрируют Рисунки 8 и 9.

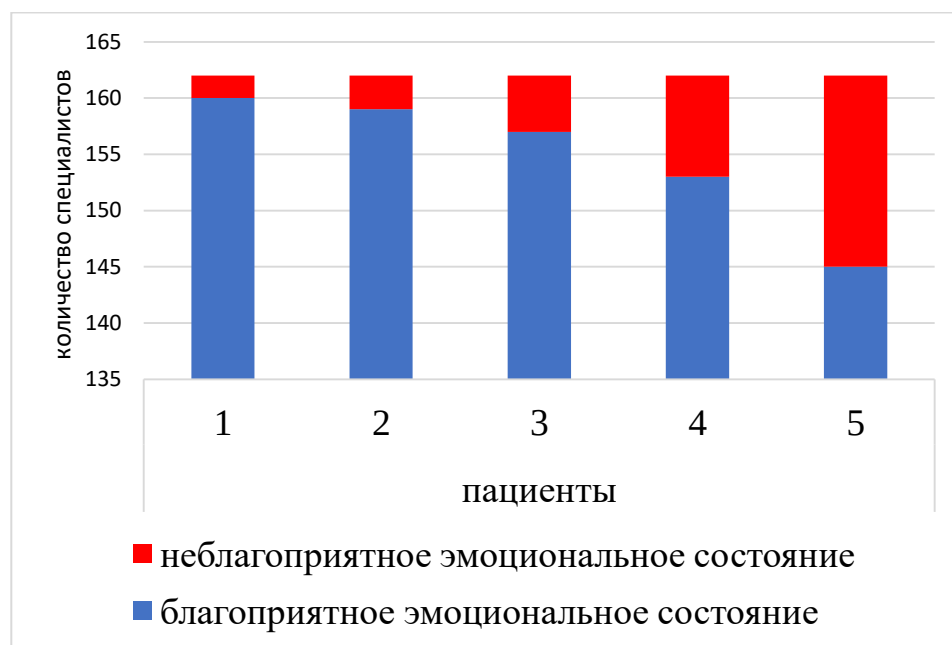


Рисунок 8 – Эмоциональное состояние специалистов с низким уровнем профдезадаптации в динамике работы с 1–5 пациентами, абс

То есть, более половины специалистов с умеренным уровнем профессиональной дезадаптации уже к окончанию первого часа работы имеют эмоциональный фон, не способствующий выполнять работу на качественном уровне и создающий основу профессиональной редукции.

Согласно тесту «Профессиональное выгорание» Н. Водопьяновой выявлены достоверные отличия эмоционального истощения, редукции персональных

достижений, деперсонализации и интегрального показателя профессионального выгорания между группами специалистов с низкой и умеренной степенью профессиональной дезадаптации, определенной по опроснику Родиной О. Н. (группа специалистов с низким и умеренным уровнем профессиональной дезадаптации по О. Родиной также достоверно отличаются между собой и по шкале стенов теста Н. Водопьяновой).

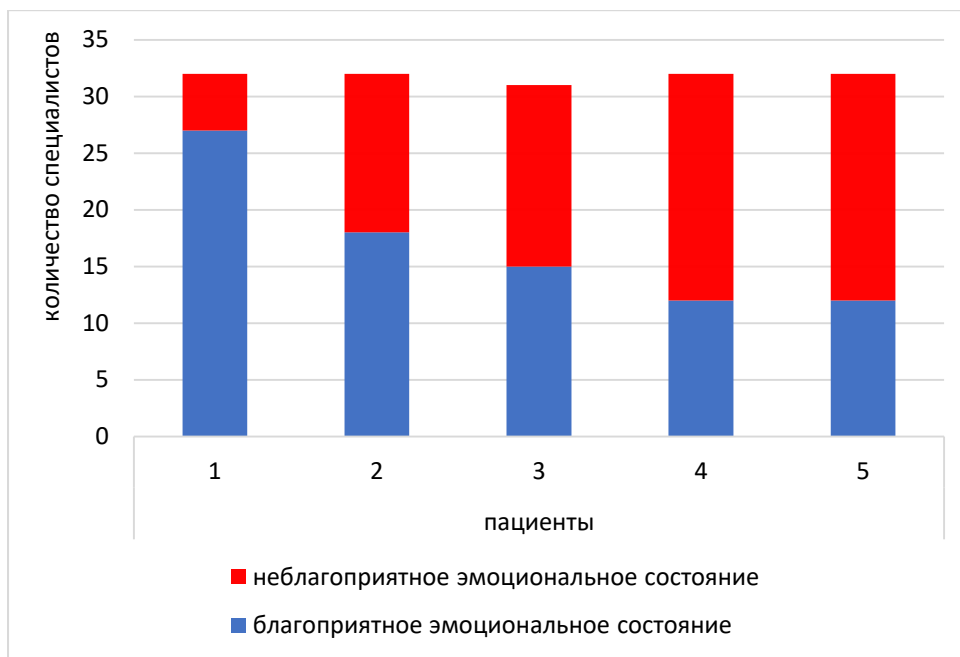


Рисунок 9 – Эмоциональное состояние специалистов с умеренным уровнем профдезадаптации в динамике работы с 1–5 пациентами, абс

Важно, что указанные два опросника представляют собой разные инструменты для оценки профессионального выгорания. Опросник О. Родиной рассматривает структурно-результативную модель профессиональной дезадаптации. Уникальность опросника в том, что учитываются не только психологические, но и ситуационные факторы, связанные с профессиональной дезадаптацией. Опросник более удобен для формирования целостного подхода к решению проблемы профилактики профессионального выгорания, чем оценки, которые фокусируются исключительно на психологических проблемах. Тест Н. Водопьяновой – интегрированная модель, объединяющая

структурно-результативную и процессуально-динамическую модели психического выгорания, которое трактуется как совокупность трех симптомов (эмоциональное истощение, редукция и деперсонализация) в фазовой динамике их развития.

В Таблице 53 приводится описательная статистика оценки симптомов профессионального выгорания у специалистов с низким уровнем профессиональной дезадаптации по тесту Н. Водопьяновой.

Таблица 53 – Симптомы профессионального выгорания у специалистов с низким уровнем профессиональной дезадаптации (n = 312)

Симптомы профессионального выгорания	Усредненный показатель	Среднеквадратичное отклонение	Минимум	Максимум	Перцентили		
					25	50	75
Эмоциональное истощение	10,885	3,547	2,0	18,0	9	11	14
Деперсонализация	1,750	1,516	0	2	1	1	3
Редукция	33,189	2,806	4	45	32	33	35
Интегральное профессиональное выгорание	2,653	0,623	1,248	5,319	2,272	2,70	3,018

В Таблице 54 представлена описательная статистика оценки симптомов профессионального выгорания у специалистов с умеренным уровнем профессиональной дезадаптации (по Н. Водопьяновой). Статистические критерии по симптомам профессионального выгорания составили: Эмоциональное истощение: U Манна – Уитни = 12,000; W Вилкоксона = 48 840,000; Z = –9,195; двусторонняя асимптотическая значимость 0,006 (при принятом уровне значимости отличий $p < 0,05$). Деперсонализация: U Манна – Уитни = 70,500; W Вилкоксона = 48 898,500; Z = –9,237; двусторонняя асимптотическая значимость менее 0,001 (при принятом уровне значимости отличий $p < 0,05$). Редукция личных достижений: U Манна – Уитни = 32,000; W Вилкоксона = 528,000;

$Z = -9,200$; двусторонняя асимптотическая значимость менее 0,001 (при принятом уровне значимости отличий $p < 0,05$). Интегральный показатель профессионального выгорания: U Манна – Уитни = 0,000; W Вилкоксона = 48 828,000; $Z = -9,184$; двусторонняя асимптотическая значимость менее 0,001 (при принятом уровне значимости отличий $p < 0,05$).

Таблица 54 – Симптомы профессионального выгорания у специалистов с умеренным уровнем профессиональной дезадаптации ($n = 31$)

Симптомы профессионального выгорания	Усредненный показатель	Среднеквадратичное отклонение	Минимум	Максимум	Перцентили		
					25	50	75
Эмоциональное истощение	24,0	4,025	17	31	21	24	27
Деперсонализация	8,839	2,451	4	14	7	9	10
Редукция	15,935	3,087	10	22	13	16	18
Интегральное профессиональное выгорание	7,085	0,711	5,601	8,999	6,621	7,077	7,524

3.2.6 Распространенность усталости (утомления) при профессиональной дезадаптации

Субъективное состояние, физическую и психическую готовность к трудовой деятельности во многом определяет субъективное чувство усталости. Чрезмерное утомление или регулярная частая выраженная усталость могут влиять на качество выполняемой работы также негативно как и профессиональное выгорание или могут сделать невозможным выполнение трудовых обязанностей. Использованный для оценки усталости тест D-FIS не позволяет определить первичность или вторичность развития ощущения усталости относительно профессионального эмоционального выгорания. Однако, статистическая

обработка демонстрирует сопряженность этих состояний. Заполнение теста при окончании рабочего времени позволяет оценить чувство усталости, связанное с трудовым процессом.

У врачей с низкой профдезадаптацией ($n = 312$) баллы по шкале D-FIS определены в пределах 10–30 баллов, у специалистов с умеренной профдезадаптацией ($n = 31$) – в пределах 14–32 баллов. Усредненные показатели баллов усталости согласно тесту D-FIS соответственно составили: при низкой профдезадаптации – $(17,166 \pm 5,102)$ балла (норма); при умеренной профдезадаптации – 21,036 (при норме 10–21 балл, что соответствует низкой выраженности усталости). Более детальный анализ показал существенные гендерные отличия как распространенности, так и в выраженности усталости от рабочего процесса. Среди специалистов с низкой степенью профессиональной адаптации у врачей-мужчин отсутствовала клинически-значимая усталость, что соответствует норме и не требует дополнительных мер по восстановлению физических и психо-эмоциональных сил, у женщин – преобладали специалисты с существенной усталостью к концу трудового процесса (Рисунок 10). При низкой профдезадаптации усредненный показатель усталости у врачей-женщин составил $(17,327 \pm 5,381)$ балла, у врачей-мужчин $(16,581 \pm 4,210)$ балла, что малоинформативно. Существенные отличия среди врачей-мужчин и врачей-женщин с низкой профдезадаптацией получены в показателе распространенности существенной усталости (U Манна – Уитни = 14,500; W Вилкоксона = 46 320,000; $Z = -7,943$; двусторонняя асимптотическая значимость 0,007 (при принятом уровне значимости отличий $p < 0,05$).

У специалистов с умеренной профдезадаптацией по усредненным показателям усталости между мужчинами и женщинами определяются существенные отличия: $(16,750 \pm 2,403)$ балла ($Me = 17,5$) у мужчин и $(24,407 \pm 4,249)$ балла у женщин ($Me = 25,0$). Усталость выявлена только у женщин, хотя нельзя не принять во внимание малое количество мужчин в указанной группе.

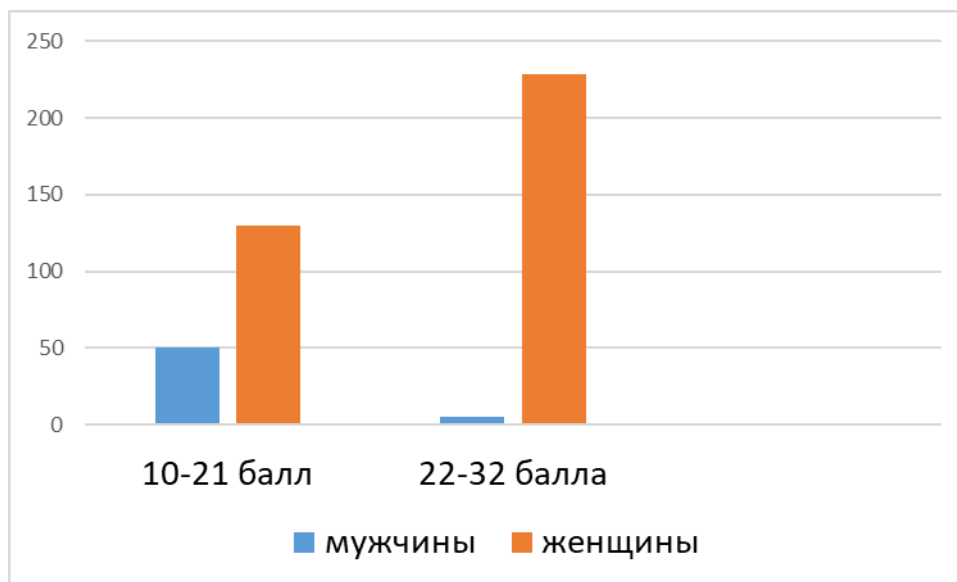


Рисунок 10 – Распространенность и выраженность ощущения усталости к окончанию рабочего времени у специалистов с низкой профдезадаптацией, абс

У врачей с низкой дезадаптацией баллы D-FIS [167] составили $17,166 \pm 5,102$ (норма), с умеренной – 21,036. Усталость выявлена у 51,761 % врачей-женщин, что в 1,85 раза выше литературных данных (Рисунок 10).

3.3 Резюме полученных результатов исследования

Изучение психо-эмоционального состояния, состояния здоровья врачей и особенностей условий труда в устоявшихся трудовых коллективах государственных лечебных учреждений показало, что без организации регулярных профилактических мер по профилактике профессионального выгорания умеренная профессиональная дезадаптация определяется у 9,24 % специалистов без коррелятивной связи со стажем или возрастом врача.

Полученные данные говорят о том, что развитие профдезадаптации зависит не столько от медицинского стажа и возраста врача, сколько от состояния здоровья (в частности – широкой распространенности болевого синдрома, необходимости чаще брать больничные листы) при работе в условиях действия ОВФП класса 3.2., реализации гендерных психо-эмоциональных особенностей под действием

рабочей среды (склонность женщин к эмоциональному истощению и редукции личностных достижений при хроническом профессиональном стрессе), достаточно распространенном явлении (30,91 % врачей) – работать при повышенной напряженности трудового процесса.

Класс оценки условий труда 3.2. означает, что действующие ОВФП вызывают стойкие функциональные изменения, приводящие производственным заболеваниям, появлению начальных признаков или легких форм профзаболеваний, возникающих после 15 и более лет работы в данных условиях (Федеральный закон 426-ФЗ, классы условий труда). Общий медицинский стаж специалистов с низкой профдезадаптацией составил от 1 до 51 года, в среднем – $(18,79 \pm 12,42)$ года ($Me = 20$ лет). Общий медицинский стаж специалистов с умеренной профессиональной дезадаптацией составил от 1 до 43 лет, в среднем – $(15,4 \pm 12,85)$ года ($Me = 13$ лет). Таким образом, поскольку нельзя исключить влияние класса условий труда на состояние здоровья врача при стаже работы 15 и более лет требуется текущая медицинская реабилитация состояния здоровья врача с учетом распространенности болевого синдрома. Проведение медицинских осмотров фиксирует установленные диагнозы (здоровыми признаны 140 специалистов. У 206 специалистов имеют место 259 нозологических форм патологии здоровья), но ПМО не предполагает связанных с ними реабилитационных мероприятий. Рабочий процесс предъявляет достаточно высокие требования к состоянию здоровья врача для качественного выполнения своих обязанностей. Выявлено по SF-36, что состояние здоровья оказывает существенное влияние на качество жизни обследованных врачей, снижая физический компонент здоровья до 59,19 % от возможных 100 % благополучия, а в еще большей степени качество жизни снижает психологический компонент здоровья – снижение до 42,38 % от возможных 100 % благополучия. Согласно опроснику SF-36 состояние качества жизни, связанного со здоровьем, у специалистов с умеренным уровнем профессиональной дезадаптации существенно хуже, чем у специалистов с низкой профдезадаптацией.

Биологический фактор относится к ОВФП. Ряд инфекционных заболеваний, передающихся в том числе воздушно-капельным путем, считаются причиной профессиональной патологии в виду длительных последствий для организма врача. В этом ключе актуально рассмотреть новую возникшую инфекцию COVID-19. Анкетирование выявило достоверное снижение связанного со здоровьем качества жизни врачей, перенесших COVID-19 в 2020–2022 гг. С точки зрения качества выполняемой работы важно, что у переболевших COVID-19, наиболее низкий показатель физического здоровья определен в ролевом функционировании ($RP = (84 \pm 3,08) \%$), которое отражает влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность – работу и выполнение повседневных обязанностей.

Согласно полученным данным гендерная принадлежность не оказывает значимого влияния на возникновение (= появление) профессиональной дезадаптации врача, но оказывает влияние на качественные составляющие профессионального выгорания.

Тест Водопьяновой (идентифицирующий гендерные отличия) позволил определить, что в группе специалистов с низким показателем профессиональной дезадаптации врачи-мужчины ($n = 55$) проявили эмоциональное истощение в среднем ($4,970 \pm 1,317$) балла; $Me = 5$) что соответствует 1 стену. Врачи-женщины ($n = 255$) испытывают эмоциональное истощение в среднем, на уровне $M \pm S = (12,2 \pm 2,328)$ балла; $Me = 12$, что соответствует 3 стену. Усредненный балл деперсонализации у врачей мужчин с низким уровнем профессиональной дезадаптации определен как ($0,509 \pm 0,791$) балла; $Me = 0$), в среднем соответствует 1 стену; у врачей-женщин $= 2,031 \pm 1,498$; $Me = 2$, что, в среднем, соответствует 2 стену. Интегральный показатель ПВ у врачей-мужчин с низким уровнем профдезадаптации, в среднем, составил $1,771 \pm 0,248$; $Me = 1,757$, что соответствует минимальному 1 стену. У врачей-женщин усредненный интегральный показатель ПВ составил $2,846 \pm 0,505$; $Me = 2,787$, что соответствует 3 стену шкалы ПВ.

Редукция личностных достижений у врачей-мужчин с умеренным уровнем профессиональной дезадаптации определена как ($M \pm S = (19,250 \pm 0,957)$ балла; $Me = 19,5$), что соответствует 9 стелу. У женщин редукция личностных достижений определена ($M \pm S = (15,444 \pm 2,991)$ балла; $Me = 15$), что соответствует максимальному 10 стелу.

То есть, у женщин изначально, при низком уровне профдезадаптации определена более высокая степень и распространенность соматизации, чем у мужчин; а мужчины более склонны к депрессии (в целом, а не на рабочем месте), чем женщины. При нарастании степени профессиональной дезадаптации показатели психо-вегетативных расстройств (клинически-пограничного течения) резко увеличиваются и гендерные отличия стираются.

Градиент утраты психо-эмоционального компонента при развитии умеренной профдезадаптации у женщин составил 3 стелы, а у мужчин 5 стел.

Высокая степень редукции личных достижений при развитии ПВ (9 и 10 стелы) ставит под сомнение возможность качественного выполнения служебных обязанностей. Обследованные специалисты показали именно со стороны шкалы редукции личностных достижений максимальный градиент прироста показателя при развитии умеренной профессиональной дезадаптации: у женщин максимально возможный «1–10 стел», у мужчин – «1–9 стел».

Следовательно, при разработке мер профилактики ПВ врачам-женщинам целесообразна профилактика соматоформных расстройств, а также психологическое сопровождение на стадии низкого уровня профессиональной дезадаптации, направленное на предупреждение эмоционального истощения. Без гендерных отличий, на стадии низкого уровня профдезадаптации необходимы регулярные административные меры, а также административная и психологическая поддержка, направленные на повышение профессиональной мотивации. Важность профилактических мероприятий подчеркивается тем фактом, что на стадии умеренной профессиональной дезадаптации врачи-женщины продемонстрировали максимально возможный уровень редукции

личностных достижений (мужчины – близкий к этому уровень), что делает невозможным оказание медицинской помощи высококачественной услугой.

Анкетирование выявило важный достоверный маркер ухудшения качества здоровья, сопряженный с ростом уровня профессиональной дезадаптации от низкого к умеренному – болевой синдром. Объяснить широкую распространенность болевого синдрома только в рамках соматизации нельзя, учитывая характер трудовой деятельности врача (длительная вынужденная поза, отсутствие выделенного фиксированного времени для удовлетворения физиологических потребностей, эргономически не продуманная организация рабочего места).

Увеличение уровня профессиональной дезадаптации до умеренного сопровождается достоверным ростом баллов по шкалам соматизации, дистресса, депрессии и тревожности. Более половины специалистов с умеренным уровнем профессиональной дезадаптации уже к окончанию первого часа работы имеют эмоциональный фон, не способствующий выполнять работу на качественном уровне и создающий основу профессиональной редукции.

ГЛАВА 4 ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Явление профессионального выгорания широко обсуждается как в научных кругах, так и в средствах массовой информации. Как сообщает РБК (июнь, 2023) со ссылкой на результаты социологического исследования аналитического центра НАФИ и фонда «Росконгресс» (в опросе приняли участие 1 000 трудоустроенных респондентов старше 18 лет из разных регионов России) 45 % россиян сталкивались с профессиональным выгоранием. В настоящее время его испытывают 15 % жителей страны – около 13 млн работающих граждан. Чаще всего с выгоранием сталкиваются женщины, работники госслужбы, люди, занятые в сфере добычи полезных ископаемых и образовательной сфере [114].

Всемирная организация здравоохранения в 2022 г включила синдром эмоционального выгорания в перечень Международной классификации болезней (МКБ-11) с акцентом на то, что синдром эмоционального выгорания не болезнь, требующая лечения, а фактор психосоматики, являющийся предиктором развития различных заболеваний. ВОЗ описывает три симптома выгорания на работе, которые соответствуют понятию «профессиональное выгорание»:

- 1) чувство общего истощения энергии, её отсутствия;
- 2) ощущение психологической дистанцированности от работы, негатив или цинизм в отношении своей работы;
- 3) снижение эффективности на работе.

Отмечено, что речь идет о клинически значимом синдроме, возникающем в ситуации хронического стресса на рабочем месте, которую не удастся успешно преодолеть. По МКБ-11, «выгорание» размещено в разделе «Проблемы, связанные с занятостью или безработицей». Уточняется, что этот диагноз ограничен только профессиональной сферой и не может применяться к другим жизненным ситуациям (МКБ-11).

Профессиональное выгорание врача, и, как часть его – эмоциональное выгорание, – опасное социальное явление, прежде всего потому, что оно приводит к росту врачебных ошибок, которые могут иметь тяжелые, в том числе, фатальные

последствия как для пациента, так и для врача. Влияние врачебной деятельности на психо-эмоциональное состояние врача замечено достаточно давно. Например, G. Sonneck и соавторы в 1994 г. опубликовали данные, что суицид среди врачей встречается в 2,5 раза чаще, чем у остального населения. При этом суицид на 50 % больше наблюдали у врачей мужчин [194]. По этим причинам игнорировать явление профессионального выгорания во врачебной среде нельзя.

О распространенности явления профессионального выгорания во врачебной среде поступает достаточно противоречивая информация. При оценке ситуации самими врачами часто отмечается крайне высокий уровень профессионального выгорания в среде врачей, мало согласующийся с заявляемым существующим высоким качеством оказания медицинской помощи. Так, например, по результатам исследования в 2017 г. 4 000 медицинских работников Томской области ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России опубликовал данные, что только 1 % специалистов в Томской области не имеет профессионального выгорания. Примерно у 30 % врачей определен крайне высокий уровень профессионального выгорания [88]. Однако, при высокой степени профессионального выгорания качественное оказание медицинской помощи невозможно в принципе, профессиональная деятельность такого специалиста несет в себе потенциальный вред. Вместе с тем, Департамент здравоохранения Томской области за 2017 год публикует 17.10.2017 итоги проведения независимой оценки качества работы медицинских учреждений Томской области в 2017 году [114], где приведены высокие показатели качества работы 42 медицинских учреждений. Известно, что критериями качества оказания медицинских услуг, утвержденных приказом Минздрава России от 28.11.2014 № 787н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями» [84], являются:

- доступность и открытость информации о медицинской организации, о предоставляемых медицинских услугах;
- комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения;

- время ожидания предоставления медицинской услуги;
- доброжелательность, вежливость, компетентность медицинских работников;
- удовлетворенность пациентов оказанными услугами.

Последние два пункта имеют отрицательную корреляцию с явлением профессионального выгорания медицинских работников. Согласно опубликованным данным 96,7 % респондентов указали, что работники стационаров в медицинских организациях на всем этапе госпитализации отнеслись к ним вежливо и доброжелательно; 95,5 % опрошенных считают медицинских работников компетентными (следовательно, отсутствуют врачебные ошибки в установке диагноза, назначении и проведении методов диагностики и лечения). В целом удовлетворены оказанными услугами в медицинских организациях 95,6 % респондентов.

Социологи публикуют данные, скорее указывающие на невысокую распространенность профессионального выгорания среди врачей. В целом, демонстрирует результаты социологических исследований статья Шадеркина В. А., Красняк И. В, где в опросе 1 233 врачей различных специальностей (со стажем от 15 до 30 лет) через интернет ресурсы было продемонстрировано, что:

- возможность найти правильные решения с коллегами в трудных ситуациях могут найти абсолютно всегда 29 % участников, очень часто – 45,5 %; то есть всего – 74,5 % опрошенных врачей;
- адаптируются легко и могут повлиять в положительную сторону на отношения с коллегами 88,7 % опрошенных, при этом 37,1 % делают это ежедневно, 32,6 % – очень часто, 19 % – часто;
- правильные решения в общении с пациентами находят 94,4 % врачей, из которых 63,5 % считают, что они часто, очень часто или ежедневно, могут позитивно повлиять на самочувствие и настроение пациентов;
- 91,2 % врачей стараются эмоционально не реагировать на конфликтных пациентов и вести себя сдержанно и корректно;

- 91,4 % могут легко создать атмосферу доброжелательности и оптимизма в отношениях с больными [134].

Легкая адаптация и высокоэффективное позитивное ролевое функционирование скорее указывают на то, что распространение профессионального выгорания во врачебной среде относительно иных профессиональных сообществ – государственных служащих [14], педагогических и социальных работников невысоко. Данные социологических опросов не содержат в себе конфликта интересов, что повышает к ним доверие по сравнению с оценкой ситуации самими врачами. Описанная социологами статистика ролевого функционирования врачей демонстрирует скорее преобладание в профессиональной врачебной среде специалистов с низким уровнем профессионального выгорания. Современные крупные исследования также демонстрируют вариабельность показателей распространенности ПВ в зависимости от выборки, методов оценки и региона, что подчеркивает важность стандартизации подходов к скринингу [2, 134].

Складывается впечатление, что разные авторы по-разному представляют себе сам термин «эмоциональное выгорание», поскольку конкретная формулировка термина появилась совсем недавно. Термин «эмоциональное выгорание» внесен в МКБ 11 согласно трактовке ВОЗ, как следствие воздействия ситуации хронического стресса только на рабочем месте, которую не удастся успешно преодолеть. То есть, эмоциональное выгорание в аспекте профессиональной деятельности рассматривается как профессиональное выгорание. Фактически разобраться в реальной распространенности явления профессионального выгорания во врачебной среде пока достаточно сложно, чему способствуют разноречивые публикации и появление точного термина в 2022 году. В нашем исследовании 87,3 % врачей проявили низкую степень профессиональной дезадаптации, что согласуется с социологическим представлением распространенности явления профессионального выгорания у медицинских работников и лежит в основе высокого качества оказания медицинской помощи в регионе. 9,24 % врачей в исследовании показали наличие

умеренной степени профессиональной дезадаптации и 3,46 % врачей – высокую степень профессиональной дезадаптации.

Является ли распространение профессиональной дезадаптации в 12,7 % среди врачей проблемой, на которую следует направить научное исследование? Для ответа на этот вопрос достаточно вспомнить социальную значимость работы врача для страдающих от болезней людей, которые обращаются за медицинской помощью. Если каждый восьмой врач проявит в той или иной мере относительно пациента цинизм и невнимательность, будет склонен к врачебным ошибкам, снизит темп работы, создаст конфликтную ситуацию, то во что обратится качество оказания медицинской помощи? Наше исследование показало, что более половины специалистов с умеренным уровнем профессиональной дезадаптации уже к окончанию первого часа работы имеют эмоциональный фон, не способствующий выполнять работу на качественном уровне и создающий основу профессиональной редукции. Поэтому психо-эмоциональное состояние врача, адаптированность к профессиональной нагрузке и условиям работы должны находиться в пределах низкого профессионального выгорания, стремясь к 100 % показателя.

Актуальной проблемой является поиск причин профессионального выгорания у врача и использование объективного научного подхода к разработке мер профилактики врачебного профессионального выгорания. Анализ возможных причин развития профессионального выгорания у врачей также достаточно противоречив, часто основан на субъективной оценке авторов-исследователей имеющейся у врачей мотивации к труду. Например, Кобякова О. С. и соавторы рассматривают как одну из основных причин профессионального выгорания низкое материальное и административное вознаграждение врача [88]. Однако, публикуемые в интернет ресурсах сведения о заработной плате врачей в разных регионах РФ показывают, что работа врача не относится к низкооплачиваемым видам квалифицированной трудовой деятельности [114].

Материальная стимуляция качества труда несомненно важна и мотивирует к трудовой деятельности [80]. Однако, у данного вида стимуляции трудовой

деятельности есть отрицательные стороны, не позволяющие рассматривать его как средство профилактики профессионального выгорания или реабилитации при развитии признаков эмоционального выгорания. Во-первых, размер материальной стимуляции может не устраивать работника. Во-вторых, рассматривание профессионального выгорания через призму материального вознаграждения не позволит отличить его от простой потребности сменить работу, из-за того, что имеющаяся работа не удовлетворяет материальные потребности.

Так сложилось, что выбор профессии врача в России со времен СССР определялся призванием нести людям здоровье, стремлением к творческому интеллектуальному труду, а не материальной составляющей работы. Ценности общества после перестройки девяностых годов во многом изменились. Однако особое отношение к выбору профессии врача как к жизненному пути и служению людям распространено широко. В нашем исследовании при опросе молодых врачей – клинических ординаторов оториноларингологов второго года обучения 40 % опрошенных указали, что профессия врача – это их призвание, а не просто работа. Как образец врачебного труда в СССР звучал девиз Гиппократов «Сгорая сам, свети другим!», подразумевающий самоотверженную отдачу всего себя профессии. Так учили преподаватели вузов, так работали родители-врачи в семейных династиях врачей. Современные выпускники медицинских вузов также почитают Гиппократов, как и при советской медицине. Известный девиз Гиппократов продолжает жить в базисе нравственных ценностей врача, что большей мере предрасполагает к чрезмерной интенсивности труда и пренебрежению к своим физическим потребностям и возможностям (это более значимо при развитии профессионального выгорания), чем к первостепенной заинтересованности в высоком материальном вознаграждении.

Профессиональная деятельность врача предполагает ежедневное исполнение разных видов работ на рабочем месте: общение с людьми, заполнение документации, выполняемые руками различные манипуляции и работу с оборудованием. Следует отметить, что общение с людьми имеет важные профессиональные особенности.

- 1) В подавляющем большинстве случаев инициирует общение пациент.
- 2) Взаимодействие с пациентом происходит по принципу объединения врача с пациентом против болезни, что выгодно отличает работу врача от многих видов профессий (менеджеров продаж, работников колл-центров, руководителей, чиновников и т. д.). В случае работы врача с пациентом решаемая проблема или «конфликт интересов» находится не между врачом и пациентом, а между болезнью с одной стороны и союзом врача и пациента с другой стороны. Суть профессиональной врачебной деятельности «не навреди!» исключает возможность существования существенной конфликтности между пациентом и врачом.
- 3) Врач вовлечен в непрерывное обучение на рабочем месте (наработка практических наблюдений, конференции профессиональных сообществ и трудового коллектива), а значит имеют место условия для постоянного профессионального роста и повышения квалификации.

С точки зрения предрасположенности к профессиональному выгоранию разносторонний характер деятельности, отсутствие конфликта интересов с пациентом и наличие постоянного практического профессионального роста выгодно отличает профессию врача от профессиональной деятельности, связанной с однотипным трудом или трудом, сопровождаемым конфликтом интересов с клиентом. Творческая составляющая труда в сочетании с чувством удовлетворенности от возможности видеть непосредственную пользу своего труда (в виде улучшения физического/психического состояния пациента) формируют достаточно прочную базу для долголетней продуктивной профессиональной деятельности, с чем согласуется полученный нами результат – 87,3 % из 346 обследованных врачей демонстрируют низкий уровень профессиональной дезадаптации. Трудовой стаж специалистов с низкой профдезадаптацией в нашем исследовании достигает 51 года при усредненном показателе в $(18,79 \pm 12,42)$ года, а возраст трудящихся достигает 75 лет.

Умеренный уровень профессиональной дезадаптации определен у 9,24 % врачей. Умеренная профдезадаптация проявляется эмоциональным истощением,

деперсонализацией и редукцией личных достижений, требующих реадaptации к трудовой деятельности. В противном случае имеющиеся психо-соматические проявления необратимо прогрессируют в болезни, а деперсонализация не просто снижает качество оказания медицинской помощи, но и может увеличить страдания пациента. Для разработки практических мер реадaptации наше исследование показало, что начинать нужно с организации рабочего места врача.

Адаптация играет ключевую роль во всех видах социального функционирования. В социологию и философию этот термин заимствован из биологии. И, как показывает наше исследование, при разработке мероприятий по профессиональной реадaptации врача, имеется большая необходимость учитывать именно биологические особенности организма человека через эргономику трудового процесса. Такой вывод был сделан в следствие выявления у врачей чрезвычайно широкого распространения болевого синдрома при выполнении трудовых обязанностей, а также при опросе качества жизни (по SF-36). Установлено, что у опрошенных врачей качество жизни, связанное со здоровьем, на 26 % снижено из-за интенсивности переживания телесной боли. Этот факт оказал существенное влияние на выраженное снижение показателя физического здоровья врачей до 59,19 % от общего благополучия (принятого за 100 %). Нельзя не учитывать факт, что исследование проведено во время пандемии COVID-19, для которой характерен длительный «постковидный» период астении и иммунологических нарушений. Для исключения/уменьшения влияния последствий COVID-19 подсчет SF36 проведен, в том числе, по признаку перенесения указанной инфекции. Согласно полученным данным врачи, перенесшие ковид в течение 2020–2021 гг., набрали по показателю физическое здоровье $(51,42 \pm 1,49) \%$ от общего благополучия, а врачи, не болевшие COVID-19 – $(64,21 \pm 3,12) \%$. Тем не менее, вклад болевого синдрома в снижение качества жизни и, особенно, в качество ролевого функционирования статистически доказан как на выборках по переменной «COVID-19», так и на генеральной совокупности данных. Сопряженность болевого синдрома с уровнем профессиональной дезадаптации в исследовании статистически доказана. Болевые

ощущения могут лоцироваться в различных анатомических зонах (боли в мышцах, боли в шее, боли в спине, головная боль, боль в эпигастрии, боль в груди и их сочетание), что не уменьшает значимости найденного статистического отличия. Этот результат согласуется с данными международных исследований, демонстрирующих высокую распространенность скелетно-мышечных болей среди медицинских работников, особенно в хирургических специальностях, и их связь с эргономическими факторами и психоэмоциональным напряжением [153]. Полученный результат создает основу для проведения эргономических исследований врачебных рабочих мест современного врача в условиях трудовой деятельности высокой интенсивности. В область интересов эргономики входит исследование физической среды и ее влияние на производительность труда, оптимизация рабочего места и иные факторы, способствующие повышению эффективности и качества труда, а также обеспечивающие сохранность здоровья и жизни работника [116].

Следовательно, приемы, используемые в эргономике, адекватны для решения задачи уменьшения болевого синдрома во время трудовой деятельности, ассоциированного с особенностями рабочей позы, распределением физических, интеллектуальных и голосовых нагрузок.

В аспекте развития профессионального выгорания нельзя не вспомнить про влияние рецидивирующего или хронического болевого синдрома на психоэмоциональный статус. Как пример можно обратиться к самому крупномасштабному исследованию влияния боли на качество жизни «Глобальное бремя болезней – 2013». Согласно результатам исследования «Глобальное бремя болезней – 2013», в рамках которого проанализированы ведущие медицинские причины ухудшения качества жизни пациентов в 188 странах мира, именно болевой синдром является лидером в нарушении здоровья. Наиболее значимыми определены неспецифические скелетно-мышечные болевые синдромы (такие как боль в верхней и нижней части спины), являющиеся причиной 20 % всех некачественно прожитых лет. В этом же исследовании показано, что в амбулаторной практике среди пациентов с хроническими болевыми синдромами

определяется высокая доля людей с депрессивными расстройствами. Среди 1 131 человек с болью в спине данный показатель составил 22 %, у 265 человек с головной болью напряжения в 28,6 % найдены депрессивные расстройства, среди 2 500 человек с соматической болью – 35 % проявили признаки депрессивных расстройств [30]. Учитывая достаточно тесную сопряженность хронического болевого синдрома и депрессивных расстройств, для обеспечения долголетнего труда без эмоционального выгорания следует максимум усилий направить на организацию рабочих мест, исключая вынужденную позу врача и длительное пребывание в одном положении (особенно, если оно явно не физиологично или асимметрично); оснащение приборами, обеспечивающими хорошую освещенность и доступность визуальному осмотру нужных локусов тела пациента.

Характер трудовой деятельности врачей зависит от специализации, условий амбулатории и стационара. Однако каждому врачу, для того чтобы лечить успешно, требуется постоянное самообразование. Имеющиеся конференции, проводимые еженедельно или несколько раз в год, учеба в рамках повышения квалификации 144 часа один раз в пять лет не могут обеспечить внезапные потребности, связанные с возникающими конкретными клиническими случаями, необходимостью уточнения методов диагностики или средств лечения, изучения чужого опыта в конкретном аспекте и т. д. В виду отсутствия термина для самостоятельной регулярной добровольной учебы в нерабочие часы (которые предназначены для восстановления физических и психо-эмоциональных сил организма), условно назовем этот вид деятельности «рутинное самообучение». В нашем исследовании выявлено, что рутинное самообучение по длительности может в неделю достигать 10 часов. Подавляющее число опрошенных врачей тратят на рутинное самообразование 4–6 часов в неделю – почти еще один рабочий день (только в вечерние или ночные часы). Суммируя усредненные показатели времени, затраченные на профессиональную деятельность на рабочем месте в рабочее время (39–36 часов в неделю) и на необходимое рутинное самообучение в вечернее или ночное время, получено значительное увеличение

усредненного показателя продолжительности рабочего дня обследованных врачей (в среднем $11,27 \pm 1,32$ часа). Установленные данные указывают на то, что по показателю фактической продолжительности рабочего дня, которая тоже отражает напряженность трудового процесса, условия труда врача соответствуют классу 3.2. В исследовании мы также установили, что фактическая суммарная голосовая нагрузка у обследованных врачей соответствует 3.2. классу условий труда по тяжести трудового процесса.

Очевидно, что невозможно регламентировать или объективно отслеживать потребность и реализацию каждого врача в самообучении, профессиональном общении. Максимум, что можно закрепить на законодательном уровне – это часы рабочего времени и врачебную нагрузку. Но, в целях профилактики профессионального выгорания, совершенно необходимо внести в нравственные ценности врача установки, направленные на повышение уровня осознания важности ограничивать чрезмерное влияние профессиональной деятельности на свое здоровье. Структуры и механизмы, потенциально способные модифицировать уровень осознанности широких слоев населения, в здравоохранении есть. К такой структуре относится сеть региональных Центров общественного здоровья и медицинской профилактики, в задачи которых входит в том числе:

- организация и проведение мероприятий по повышению уровня знаний медицинских работников, по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни;
- подготовка и тиражирование информационных материалов по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни.

Согласно данным официального сайта Федеральной службы государственной статистики (rosstat.gov.ru) и данным Федерального фонда ОМС (ФОМС) [114], на конец июня 2022 врачи только государственных учреждений представляют собой популяцию более 145 000 человек, средний медперсонал – 1 467 603 человек. Вместе со специалистами, работающими в частной медицине,

количество медицинских работников в стране превышает 2 млн человек. Необходимость обеспечить мероприятиями профилактики профессионального выгорания 1,5–2,0 млн человек требует государственной поддержки для разработки средств информационной поддержки, организации и реализации соответствующих программ. Профилактическая борьба и профессиональная реабилитация специалистов с наличием умеренной/высокой степени профессионального выгорания согласуется с задачами Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года [118]. Придерживаясь указанных в этом документе принципов и перспектив формирования здорового образа жизни, основными направлениями формирования профессиональной адаптации в перспективе долголетней работы следует считать: формирование рабочей среды, способствующей поддержанию физического и психического здоровья врача и проведение коммуникационных кампаний, направленных на повышение ответственности врача за свое здоровье, осознание ценности своей жизни и здоровья, формирование культуры здоровья. Из дополнительных мер, помимо ежегодных медицинских осмотров, направленных на снижение распространенности негативного воздействия профессионального стресса, наиболее доступны информационные способы воздействия. Методы информирования возможны те же, что используются для распространения идей здорового образа жизни и семейных ценностей.

Таким образом, сохраняющееся одностороннее освещение в обществе профессии врача с позиции долга, самоотдачи, самопожертвования и благородности миссии врача [45] сформировало парадокс пренебрежительного отношения врачей к своему здоровью при постоянной заботе о благополучии и здоровье других людей. Без устранения нравственного устоя, что, заботясь о здоровье других можно пренебречь своим здоровьем, бороться за повышение качества здоровья врачей малоперспективно. Для решения задачи изменения менталитета врача в направлении здоровьесберегающего подхода к своему труду государственная система здравоохранения обладает необходимыми ресурсами в

виде Центров медицинской профилактики, требуется только разработка соответствующей программы.

Если здоровье врача является составляющей частью профессиональной адаптации и долголетнего продуктивного труда, ограничиваться только фиксацией имеющихся заболеваний в рамках медосмотров недостаточно. Широко распространена точка зрения, что проводимые обязательные медицинские осмотры решают в основном задачу экспертизы профессиональной пригодности, в то время как выявление на ранней стадии и профилактика производственно обусловленных и хронических общесоматических заболеваний остаются практически без внимания. Эта ситуация не разрешается на протяжении многих лет, что приводит в дальнейшем к системным нарушениям здоровья работающих и потере профессиональной трудоспособности [82, 123]. Следует учесть, что существующее качество обязательных медосмотров может существенно отличаться в зависимости от формы собственности учреждения, проводящего обследования [132]. Медицинский осмотр целесообразно сделать полем более широкого обследования, а именно ввести в медицинские осмотры анкетирование врачей по качеству жизни, связанному со здоровьем, а также по наличию признаков профессиональной дезадаптации, эмоционального выгорания с выдачей индивидуальных рекомендаций по реадaptации к трудовой деятельности, по необходимости – консультации и психологическое сопровождение. Это предложение полностью соответствует современному тренду на интеграцию оценки психосоциальных факторов риска и психического здоровья в систему охраны труда и периодических медицинских осмотров [14, 17].

Существенное влияние на формирование профессионального эмоционального выгорания оказывает гендерная принадлежность. Проведенный нами анализ результатов медосмотров показал, что женщины-врачи болеют чаще, чем мужчины-врачи при сопоставимых усредненных показателях возраста. Нельзя утверждать, что болезни у женщин развиваются только под влиянием профессии, но в аспекте исследования было интересно проследить гендерные отличия реагирования на профессиональный стресс. Данные литературы

подтверждают наличие гендерных различий как в уровне, так и в структуре профессионального выгорания, что связано с различиями в ролевых ожиданиях, копинг-стратегиях и психоэмоциональной реактивности [2, 5, 19, 33, 139].

Профессиональный стресс формируется как динамический процесс, в ходе которого воздействие стрессогенных факторов трудовой среды (включая психоэмоциональное напряжение, условия и требования работы) провоцирует изменения в психическом и физическом состоянии сотрудника, имеющие как немедленные, так и отсроченные последствия.

С целью изучить гендерные особенности реагирования на профессиональный стресс к исследованию привлекли в качестве анкетлируемых молодых врачей, завершающих свое обучение в клинической ординатуре. У врача-ученика нет дефицита рабочего времени и сверхурочной работы. Ответственным за результат диагностики и лечения является врач-наставник. При неудаче в выполнении практических навыков исправляет ситуацию врач-наставник. Таким образом, стрессовым фактором является только непосредственная профессиональная деятельность, без влияния дефектов организации труда. Обследованы клинические ординаторы при фактическом трудовом стаже врача в статусе ученика от 1 года до 1,5 года. По данным проведенного анкетирования клинических ординаторов-оториноларингологов медицинское образование в условиях реального рабочего места, в целом, представляет собой профессиональный стресс средней интенсивности. Этот факт мы признали адекватным уровнем воздействия профессионального стресса. Низкий уровень профессионального стресса при обучении в стационаре специальности хирургического профиля будет сопряжен с ограничением возможностей врача-ученика наблюдать внезапные ситуации, требующие оказания неотложной помощи; принимать участие в оказании неотложной помощи. Без указанного аспекта обучения специализация будет неполноценной. Стресс высокого уровня ограничивает психические и физические возможности ученика, что также приведет к дефекту образования. Положительная сторона профессионального стресса средней интенсивности заключается в том, что он

является своеобразным фильтром профотбора по личностным качествам. Особенности личностного реагирования на профессиональный стресс влияют на переносимость профессионального стресса. Например, показано, что медицинский персонал с интроверсией личности, невротизмом и психотизмом имеет низкий порог переносимости профессионального стресса, существенно быстрее приходит к эмоциональному выгоранию [135, 167]. Личность может ограничивать влияние профессионального стресса, что наиболее наглядно демонстрируют врачи-хирурги. Именно у хирургов наблюдаются самые высокие уровни воспринимаемого стресса при самых высоких уровнях работоспособности и самых низких баллах по депрессии [185, 187]. Не сумевшие адаптироваться к стрессу средней интенсивности, личностно принять профессиональную реальность, своевременно могут уйти в специализацию терапевтического планового профиля работы.

Анкетирование показало, что молодые женщины реже считают выбранную профессию призванием, чем мужчины, но признаки эмоционального выгорания у них проявляются сильнее. Эмоциональное истощение у женщин определено на среднем уровне, у мужчин на низком уровне. У женщин, по сравнению с мужчинами, определена на более высоком уровне тревожность. Однако, примерно в равных долях мужчины и женщины отметили, что имеют выставленный диагноз или ощущают у себя наличие заболевания желудочно-кишечного тракта, нервной системы или психическое заболевание. Неожиданно высоким определен уровень депрессии среди всех врачей-учеников, без гендерных отличий. Учитывая малый объем выборки, можно считать найденные изменения существенно зависимыми от личностных качеств учеников и от иных внешних факторов. Иными словами, на малой выборке мы не проследили корреляцию уровня эмоционального выгорания и соматизации под действием профессионального стресса средней интенсивности. Мы определили, что гендерной особенностью восприимчивости к профессиональному стрессу у женщин является скорость развития эмоционального истощения. Эмоциональное истощение признается базисом, на котором развивается синдром

профессионального выгорания. Об этом в том или ином варианте пишут многие авторы [10, 19, 29, 33]. Поэтому, для профилактики эмоционального истощения женщин в рабочих ситуациях целесообразны с клинической ординатуры мероприятия, направленные на сохранение и укрепление нервно-психического здоровья человека. Целесообразна личностная коррекция относительно развития навыков личностного принятия, развитие способности самоограничения склонности к эмпатии. Известно, что легче поддаются коррекции организационные и статусно-ролевые факторы профессионального выгорания (совершенствование организационных навыков, стимулирование инноваций, развитие организационной этики), чем личностная коррекция базисных личностных свойств [80]. Вероятно, по этой причине, в медицинских учреждениях до сих пор отсутствуют выделенные место, время и программы нервно-психического укрепления здоровья врача.

Высокое распространение депрессии у клинических ординаторов и у врачей-стажистов, к сожалению, следует признать реальным фактом, соответствующим данным многих публикаций по изучению профессионального сообщества врачей. Симптомы депрессивных состояний и профессионального стресса демонстрируют прямую положительную корреляцию. Профессиональный стресс идентифицирован в качестве значимого фактора риска формирования симптомов депрессии среди медицинского персонала в глобальном масштабе [3, 172, 185, 195].

Анализ соматизации, депрессии, дистресса и тревожности у 341 практикующего врача показал, что фактор профессиональной стрессовости снижает свое действие по сравнению с его действием в клинической ординатуре.

Согласно проведенному анкетированию врачей ($n = 344$), гендерная принадлежность у практикующих врачей не определена как статистически значимый фактор в развитии профессиональной дезадаптации ($0,3 < p < 0,5$). Повышение порога стрессоустойчивости после завершения обучения в клинической ординатуре определяется несколькими факторами: ростом

профессионализма, отсевом на этапе обучения личностно-неустойчивых, адаптацией к постоянному месту работы.

Согласно проведенному анкетированию врачей, среди специалистов-женщин выявлено широкое распространение чувства усталости (51,76 % врачей-женщин). Этот результат более чем в 1,5 раза выше того, который обычно описывают в литературе, ссылаясь на гендерную принадлежность врача [36, 79, 175]. Утомляемость – симптом неуправляемого стресса [2], сверхурочные внезапные или регулярные работы для женщин целесообразно исключить.

При изучении взаимоотношений работы и социальной жизни, были рассмотрены зависимости склонности врачей к профессиональному выгоранию в зависимости от семейного положения и количества воспитанников. Было выявлено без гендерных отличий, что среди специалистов с умеренным/высоким уровнем профдезадаптации было наименьшее количество людей, которые состояли в браке и воспитывали двух детей. Сам факт наличия семейного союза между мужчиной и женщиной, равно как и его отсутствие индифферентны в отношении значимого влияния на уровень профдезадаптации. Семьи с количеством детей 1, 3 и 4 также статистически не сопряжены с вероятностью низкого профессионального выгорания.

Согласно полученным данным гендерная принадлежность не оказывает значимого влияния на возникновение (= появление) профессиональной дезадаптации врача. Однако гендерные отличия вносят свое влияние на особенности проявления профессиональной психо-физиологической адаптации, что выявлено при тестировании стандартизированным опросником Н. Е. Водопьяновой «Профессиональное выгорание» [21]. Тестирование показало, что у женщин изначально, при низком уровне профдезадаптации степень соматизации достоверно выше, чем у мужчин; а мужчины более склонны к депрессии (в целом, а не на рабочем месте), чем женщины. При нарастании степени профессиональной дезадаптации показатели психо-вегетативных расстройств (клинически-пограничного течения) резко увеличиваются и

гендерные отличия стираются. Максимальные гендерные отличия между врачами стажистами определяются в эмоциональном истощении при всех степенях профессиональной дезадаптации. Эти данные находят подтверждение в современных исследованиях, описывающих различные паттерны формирования ПВ у мужчин и женщин [2, 139].

Важный факт, что при развитии умеренной профессиональной дезадаптации максимальный градиент прироста показателей наблюдается со стороны шкалы редукции личностных достижений: у женщин максимально возможный «1–10 стен», у мужчин – «1–9 стен». Редукция личностных достижений – характерный признак профессиональной деформации, который максимально глубоко изучен у педагогов [45, 54, 87]. Однако проявления редукции личностных достижений свойственно работникам любой сферы и проявляется многообразно. Например, Э. Ф. Зеер подразделяет редукцию личностных достижений в виде совокупности общепрофессиональной, специальной и профессионально-типологических деформаций. Общепрофессиональная деформация может проявиться в виде синдрома «вседозволенности», который заключается в нарушении профессиональных и этических норм, стремлении манипулировать. Как специальная профессиональная деформация у терапевтов описана постановка угрожающих диагнозов. Как профессионально-типологические деформации описаны искажение мотивации деятельности, перестройка ценностных ориентаций; гипертрофированный уровень притязаний, доминантность или индифферентность [45].

Соответственно, важнейшей задачей профилактики ПВ является выявление начальных признаков редукции личностных достижений, до того как профессиональная дезадаптация проявится в умеренной степени. Выявить начальные признаки редукции личностных достижений, равно как и эмоционального истощения, позволяет только тестирование, проводимое на регулярной основе, с последующим консультированием психолога.

Подводя итог анализу полученных результатов, при разработке мер профилактики ПВ врачам-женщинам целесообразна профилактика

соматоформных расстройств, а также психологическое сопровождение на стадии низкого уровня профессиональной дезадаптации, направленное на предупреждение эмоционального истощения. Без гендерных отличий, на стадии низкого уровня профдезадаптации с целью контроля роста редукции личностных достижений целесообразно периодически (возможно 1-2 раза в год) проводить психологическое тестирование. Также очевидна необходимость административной и психологической поддержки, направленной на повышение профессиональной мотивации. Важность профилактических мероприятий подчеркивается тем фактом, что на стадии умеренной профессиональной дезадаптации врачи-женщины продемонстрировали максимально возможный уровень редукции личностных достижений (мужчины – близкий к этому уровень), что делает невозможным оказание медицинской помощи высококачественной услугой.

Необходимость профилактических мероприятий профессионального выгорания подчеркивает выявленная в исследовании важная поведенческая особенность врачей – при нарастании признаков профессиональной дезадаптации врач не склонен менять место работы. Скорее вероятность повышается, что он останется длительно на своем рабочем месте. Поэтому учреждение, заинтересованное в высоком качестве оказания медицинских услуг, должно стремиться к уровню профессиональной дезадаптации персонала на низком уровне.

В исследовании были проанализированы ответы специалистов на более чем 100 сложносоставных вопросов, касающихся социально-демографического положения, межличностных отношений, взаимодействия работы и личной жизни, требований на работе, ценностей на рабочем месте и состояния здоровья. Факторами, существенно (статистически значимо) препятствующими развитию эмоционального выгорания и профессиональной дезадаптации, следует признать высокий уровень физического и психического здоровья, а также наличие полной семьи с двумя детьми. Следовательно, проведение профилактических мероприятий профессиональной дезадаптации помимо программ

психологической помощи должно в себе содержать элементы укрепления физического и психического здоровья врача, пропаганды семьи с двумя детьми как наиболее оптимальный вариант функционирования врача в системе «работа-дом».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Профессиональное выгорание врачей как социальное явление исследуется широко социологами и самими врачами. До настоящего времени между результатами крупномасштабных социологических опросов и данных исследований, проведенных экспертами-врачами, часто не прослеживается согласование результатов. Разноречиво также понимание причин, стимулирующих появление и прогрессию эмоционального профессионального выгорания врачей. Анализ печатных работ показал наличие распространенного стереотипа мнений, что в основе профессионального выгорания врача лежат стаж и организационные, статусно-ролевые особенности организации труда. По этой причине мероприятия профилактики эмоционального профессионального выгорания традиционно связывают с оптимизацией графиков работы врачей, оптимизацией организации ночных смен и сверхурочных работ, подъемом оплаты труда и иными формами вознаграждения. Наше исследование психо-физических характеристик здоровья врачей разной степени профессиональной дезадаптации выявило достоверный маркер угрозы повышения уровня профдезадаптации от низкого до умеренного, от умеренного до высокого – болевой синдром. Локация болевых ощущений в различных анатомических зонах не уменьшает маркерной значимости. Особенностью физического ощущения боли (эпизодической, рецидивирующей, частой, хронической) является его влияние на изменение психического статуса, поведенческих реакций и привычек, ролевого функционирования. По этой причине, в основе алгоритма профилактики профессионального выгорания следует отталкиваться от факта наличия/отсутствия болевого синдрома при исполнении профессиональных обязанностей. Интенсивность болевого синдрома не имеет значения. Низкая интенсивность болевого синдрома (терпимость ощущения боли) однозначно относится к полноценному маркеру угрозы развития эмоционального профессионального выгорания.

Фактическая врачебная деятельность (с учетом рабочего времени и добровольного обучения, профессионального общения вне рабочего времени) по напряженности трудового процесса соответствует классу 3.2. С целью формирования рабочей среды, способствующей долголетнему труду в условиях профессиональной адаптации востребовано проведение коммуникационных компаний, направленных на повышение ответственности врача за свое здоровье, разработка и распространение в профессиональном сообществе нравственных ценностей бережного отношения к здоровью врача как предиктору долголетия в профессии. Важно побуждать врача использовать нерабочее время для отдыха и решения вопросов, не связанных с профессиональной деятельностью. Для обеспечения потребности в рутинном самообразовании выделять рабочее время на чтение литературы и профессионального делового общения.

Большинство врачей, публикующие свои исследования профессионального выгорания медиков, видят одним из средств борьбы с профессиональным выгоранием материальное вознаграждение или повышение оплаты труда. С этой точкой зрения трудно согласиться исходя из понимания сути профессиональной редукции. Скорее материальное вознаграждение выглядит как компенсация за вред здоровью, но оно не улучшает качество здоровья врача. Материальное премирование способно на какой-то отрезок времени заставить работника сдерживать себя/замалчивать имеющиеся проблемы, но не улучшит его физическое или психическое здоровье. Какая доля премиальных денег будет потрачена медиком на здоровье? Например, в 2021 году «Путинские школьные выплаты» почти четверть россиян (23,8 % всех получивших по 10 000 на каждого ребенка-школьника) потратили деньги не по назначению, закрывая ими кредиты, долги, покупая продукты и т. д. [114]. При появлении новых материальных нужд, проблема профессиональной редукции вспыхнет с новой силой. Однако, материальное премирование может быть использовано как фактор, способствующий здоровому образу жизни врача. Как эквивалент денежного премирования целесообразно использовать премирование оздоровительными

услугами – абонементом на оздоровительные услуги, в бассейн, на курс оздоровительного массажа, путевку в профилакторий и т. д.

Решение проблемы профилактики профессионального выгорания врачей (и медицинских работников в целом) в масштабе области целесообразно сопровождать инициативой обращения в Минздрав НСО с ходатайством разработки соответствующей программы региональным Центром общественного здоровья и медицинской профилактики. В рамках указанной программы возможна разработка, тиражирование и обеспечение медицинских учреждений информационными материалами, направленными на формирование профессионально ориентированных нравственных ценностей охраны здоровья медицинских работников. Высокий уровень физического и психического здоровья врача – предиктор долголетнего высокоэффективного труда.

Обязательное ежегодное медицинское обследование в рамках медицинских осмотров признало здоровыми 40,5 % врачей из числа анкетированных. Женщины имеют хронические заболевания чаще, чем мужчины. В рамках медосмотра у лиц с наличием патологии установлены, в основном, 1-2 нозологии. Такая схема медосмотра позволяет отслеживать уровень заболеваемости по нозологическим формам, выявить заболевание на ранней стадии, но мало приемлема для оценки пограничных психо-эмоциональных отклонений, которые характерны для синдрома профессионального выгорания, эмоционального истощения или соматоформных расстройств. С целью профилактики профессионального выгорания в перечень обследований следует ввести анкетирование с использованием стандартизированного опросника для оценки степени профессионального выгорания или опросники оценки степени эмоционального истощения, профессиональной дезадаптации. Возникновение профессионального выгорания – процесс гендерно независимый. Но развитие профессионального выгорания имеет гендерные особенности. У женщин при хроническом профессиональном стрессе скорость развития эмоционального истощения достоверно быстрее, чем у мужчин. Женщинам с углублением признаков эмоционального истощения целесообразно рекомендовать личностную

коррекцию под курацией психолога. Пропаганда культуры здорового образа жизни должна побуждать к развитию привычек укрепляющих психическое здоровье (сон не менее 7–8 часов, сопровождение психических нагрузок физическими нагрузками, регулярный отдых, удовлетворение физиологических потребностей, духовное развитие) и не допускать факторов, разрушающих психическое здоровье (употребление психоактивных веществ – курение, алкоголь; избегать перегрузки информацией).

Врачам, испытывающим болевой синдром, требуется коррекция организации рабочего места. Если телу приходится приспосабливаться к неудобному положению, то возникает необходимость длительно напрягать мышцы, которые не были бы задействованы в нормальной жизни, из-за чего происходит перенапряжение, приводящее к спазму. Возникают боль в груди, могут заболеть не только спина и шея, но и колени, поясница, стопы. Изменение расположения и соответствие мебели и оборудования росту врача, подбор дополнительного фокусного освещения осматриваемого локуса тела пациента позволят приблизить привычную рабочую позу к наиболее физиологичной. Самая правильная поза для организма вне зависимости сидеть или стоять или лежать – симметричная. Иными словами, для искоренения профессионально обусловленного болевого синдрома требуется врача учить как правильной посадке (с опорой на спинку стула, опорой на обе ноги, избегая наклонов головы и выраженного наклона вперед), так и максимально симметричной позе при работе стоя, с одинаковой опорой на обе стопы, без выраженного наклона вперед или в сторону. Усовершенствование эргономики трудового процесса врача – неотъемлемый базис медицинской профилактики профессионального выгорания.



Рисунок 11 – Система первичной профилактики профессионального выгорания
медицинских работников (блок-схема)

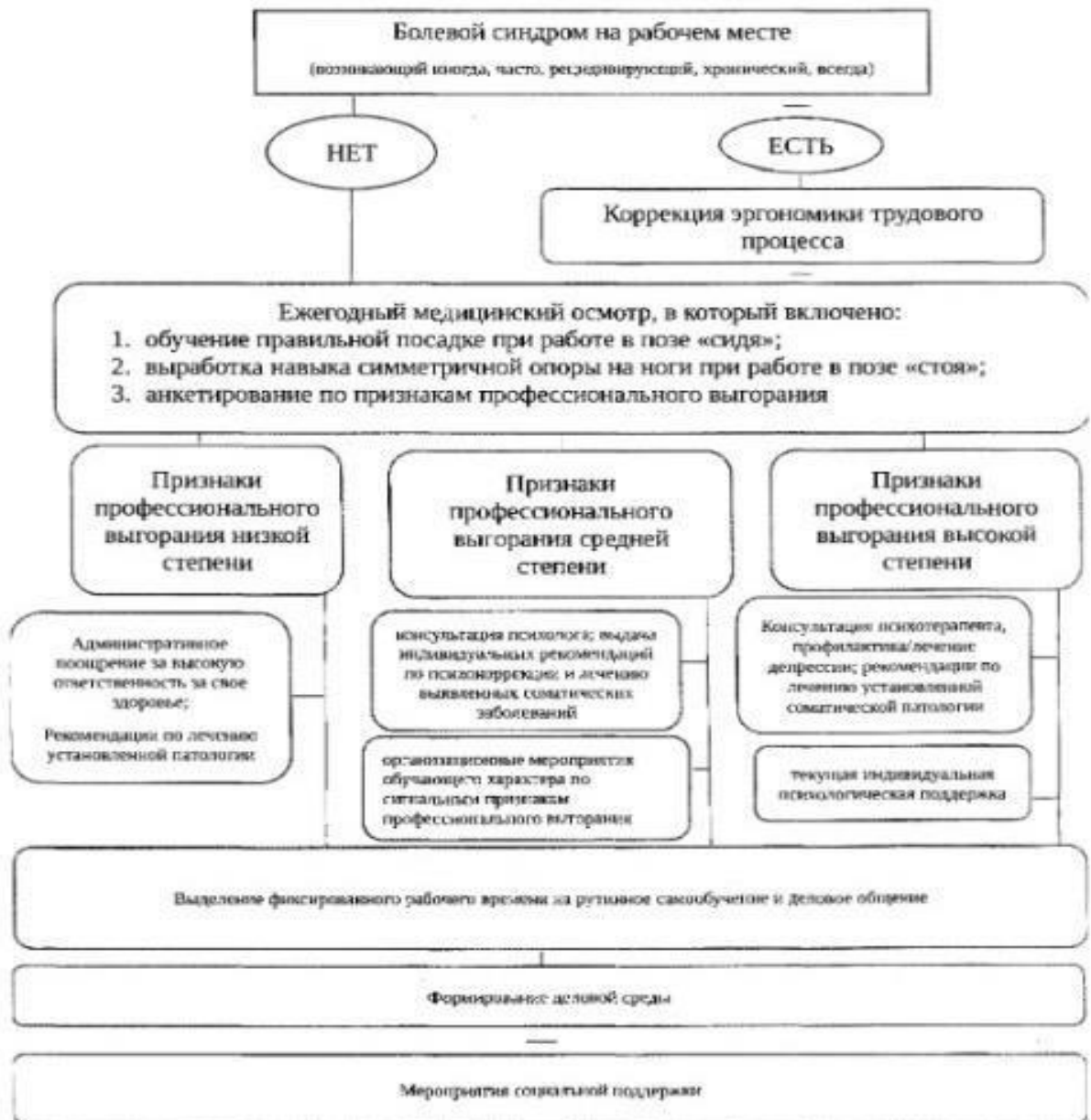


Рисунок 12 – Алгоритм профилактики врачебного профессионального выгорания

ВЫВОДЫ

1. Гигиеническая оценка условий труда 346 врачей выявила, что их профессиональная деятельность в 89,8 % случаев (у 311 из 346 врачей) протекает в условиях воздействия вредных факторов классов 3.2. и 3.3. Труд характеризуется значительными нагрузками, а фактическая продолжительность рабочего дня с учетом самообразования составляет в среднем $(11,27 \pm 1,32)$ часа, а суммарная голосовая нагрузка достигает $(7,8 \pm 0,40)$ часа в день, что соответствует классу вредности 3.2. и создает объективные предпосылки для формирования синдрома профессионального выгорания.

2. Установлена прямая зависимость между уровнем профессиональной дезадаптации и состоянием здоровья врачей. Качество жизни, связанное со здоровьем, у врачей с умеренной дезадаптацией достоверно ниже: физический компонент здоровья (РН) составляет $54,92 \pm 3,46$ против $65,31 \pm 1,53$ ($p < 0,05$), а психический (МН) – $39,83 \pm 3,07$ против $49,07 \pm 6,14$ ($p < 0,05$). Кроме того, эти врачи достоверно чаще пропускали рабочие дни по больничному листу (в 2019 г. $(2,60 \pm 1,248)$ дня против $1,56 \pm 0,792$, $p < 0,001$).

3. При развитии профессиональной дезадаптации умеренной степени максимальное изменение (максимальный градиент прироста) претерпевает редукция личностных достижений, что может снижать качество оказания медицинской помощи.

4. Психофизиологическая реакция на профессиональный стресс имеет гендерную специфику: у женщин-врачей с низкой дезадаптацией эмоциональное истощение соответствует 3 стенам, а у мужчин – 1 стену. Важными гендерными особенностями являются: у женщин при низком уровне дезадаптации – более высокая степень и распространенность соматизации, у мужчин – большая склонность к депрессии. Скорость профессионального выгорания существенно выше у врачей-женщин, чем у врачей-мужчин.

5. При прогрессировании дезадаптации до умеренной уровень соматизации резко возрастает и достигает у 96,77 % врачей усредненного

показателя ($12,84 \pm 5,55$) балла), а дистресс выявляется у 100 % специалистов этой группы ($18,10 \pm 5,49$) балла), нивелируя гендерные различия.

6. Наличие повторяющихся болевых ощущений является статистически значимым предиктором перехода профессиональной дезадаптации на более тяжелую стадию ($p < 0,0001$ по всем локализациям). Так, регулярные боли в спине отмечали 29,3 % врачей с умеренной дезадаптацией против 1,6 % в группе с низкой, а регулярные головные боли – 25,9 % против 3,6 %.

7. В качестве основного элемента системы профилактики предложен алгоритм, стартовым звеном которого является эргономическая оптимизация. Эффективность алгоритма обеспечивается за счет интеграции в программу ежегодных медицинских осмотров (охват которых составляет 100 %) скринингового анкетирования, что позволит выявлять 9,24 % врачей с умеренной и 3,46 % с высокой дезадаптацией для своевременной адресной коррекции.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Разработанный алгоритм профилактики профессионального выгорания может быть рекомендован к использованию в процессе проведения предварительных и периодических медицинских осмотров врачей медицинских организаций различного уровня.

2. В соответствии с разработанным алгоритмом рекомендованы важнейшие мероприятия профилактики профессионального выгорания: эргономическая оптимизация рабочего места врача и интеграция скринингового анкетирования в периодические медицинские осмотры для оценки психосоциальных факторов риска и своевременной адресной коррекции.

3. Медицинский осмотр целесообразно сделать полем более широкого обследования, а именно: ввести в медицинские осмотры анкетирование врачей по качеству жизни, связанному со здоровьем, а также по наличию признаков профессиональной дезадаптации, эмоционального выгорания с выдачей индивидуальных рекомендаций по реадaptации к трудовой деятельности, при необходимости – психологическому консультированию и психологическому сопровождению.

4. С целью первичной и вторичной профилактики профессиональной дезадаптации и профессионального выгорания врачей в комплекс профилактических мероприятий, помимо программ психологической помощи, рекомендуется включать элементы укрепления физического и психического здоровья, пропаганды семейных ценностей и здорового образа жизни.

5. Данные рекомендации по профилактике профессиональной дезадаптации и профессионального выгорания могут составить важнейший модуль корпоративных программ по сохранению здоровья медицинских работников в медицинских организациях.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Перспективы дальнейшей разработки темы диссертации заключаются в проведении проспективного исследования по изучению взаимосвязи условий труда, в том числе, психосоциальных производственных факторов, с показателями состояния здоровья различных категорий медицинских работников, включающего оценку эффективности применения разработанного алгоритма профилактики профессионального выгорания врачей.

В рамках проспективных исследований на основании изучения маркеров профессиональной дезадаптации планируется разработка прогностической модели профессионального выгорания медицинских работников.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПФ	вредный производственный фактор
ГБ	гипертоническая болезнь
ГБУЗ	государственное бюджетное учреждение здравоохранения
КЖ	качество жизни
КИПиА	контрольно-измерительные приборы и автоматика
ЛОР	оториноларингология
ЛПУ	лечебно-профилактическое учреждение
ЛФК	лечебная физическая культура
МКБ	Международная классификация болезней
НСО	Новосибирская область
ОВФП	опасные и вредные производственные факторы
ПВ	профессиональное выгорание
ПМО	профилактический медицинский осмотр (ведомость проведения медицинских осмотров)
РБК	Росбизнесконсалтинг (информационное агентство)
СОУТ	специальная оценка условий труда
СЭВ	синдром эмоционального выгорания
ЦУР	цели в области устойчивого развития
4DSQ	Four-Dimensional Symptom Questionnaire (четырёхмерный опросник дистресса, депрессии, тревоги и соматизации)
4ДДТС	русскоязычная версия опросника 4DSQ
BP	Bodily Pain (интенсивность боли, шкала опросника SF-36)
D-FIS	Daily Fatigue Investigation Scale (шкала оценки ежедневного усталостного воздействия)
GH	General Health (общее состояние здоровья, шкала опросника SF-36)
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale (госпитальная шкала тревоги и депрессии)

MH	Mental Health (психическое здоровье, шкала опросника SF-36)
PF	Physical Functioning (физическое функционирование, шкала опросника SF-36)
PH	Physical Health (физический компонент здоровья, интегральный показатель SF-36)
RE	Role-Emotional (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, шкала опросника SF-36)
RP	Role-Physical Functioning (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, шкала опросника SF-36)
SF	Social Functioning (социальное функционирование, шкала опросника SF-36)
SMART	Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound (метод постановки целей)
VT	Vitality (жизненная активность, шкала опросника SF-36)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамова, Г. С. Синдром «эмоционального выгорания» у медработников / Г. С. Абрамова, Ю. А. Юдчиц // Психология в медицине. – М., 1998. – С. 231–244.
2. Акарачкова, Е. С. Хронический стресс и нарушение профессиональной адаптации / Е. С. Акарачкова // Журнал неврологии и психиатрии. – 2011. – Т. 111, № 5. – С. 56–59.
3. Аксенова, Е. И. Профессиональный стресс медицинских работников: обзор зарубежных практик / Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, П. С. Турзин. – М. : НИИОЗММ, 2023. – 48 с.
4. Анализ распространенности выгорания медработников в Нижегородской области / Р. А. Хальфин, В. В. Мадыянова, П. С. Твилле [и др.] // Национальное здравоохранение. – 2024. – Т. 5, № 1. – С. 38–49.
5. Андреева, И. Л. К оценке здоровья и условий труда медработников / И. Л. Андреева, А. Н. Гуров, Н. А. Катунцева // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 8. – С. 51–55.
6. Безымянный, А. С. Инструменты по профилактике выгорания у медработников / А. С. Безымянный, Р. Н. Мингазов // Профессиональное совершенствование работников здравоохранения. – М., 2025. – С. 6–7.
7. Безымянный, А. С. Профессиональное выгорание медработников и факторы, его определяющие / А. С. Безымянный, Э. Н. Мингазова // Проблемы соц. гигиены. – 2024. – Т. 32, № 2. – С. 180–186.
8. Бережная, Н. И. Стрессоустойчивость оперативных сотрудников таможенных органов / Н. И. Бережная // Материалы 3-го съезда психологов. – СПб., 2003. – С. 453–457.
9. Бодров, В. А. Профессиональное утомление: фундаментальные и прикладные проблемы / В. А. Бодров. – М. : Когито-Центр, 2009. – 86 с.
10. Бойко, В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В. В. Бойко. – СПб. : Питер, 1999. – 105 с.

11. Бонкало, Т. И. Актуальные исследования профессионального здоровья медицинских работников / Т. И. Бонкало, О. Б. Полякова. – М., 2024. – 180 с.
12. Борбот, О. В. Теоретический анализ исследований эмоционального выгорания у врачей / О. В. Борбот // Таврический научный Вестник. – Симферополь, 2024. – С. 25–28.
13. Борисова, Л. В. Условия труда медицинских работников / Л. В. Борисова // Санитарный врач. – 2013. – № 1. – С. 44–46.
14. Бояркина, С. И. Условия труда российских врачей: риски для здоровья / С. И. Бояркина // Вестник СПбГУ. Социология. – 2018. – № 3. – С. 346–363.
15. Бухтияров, И. В. Современные аспекты влияния сменного труда на здоровье / И. В. Бухтияров, М. Ю. Рубцов // Медицина труда и промэкология. – 2017. – № 9. – С. 32.
16. Вакулюк, В. И. Перспективы совершенствования психофизиологического обследования работников / В. И. Вакулюк, Е. А. Михайлова, А. Г. Халемский // Клиническая больница. – 2019. – № 1(27). – С. 15–17.
17. Влияние вредных условий труда на организм человека / С. Н. Алексеева [и др.] // Вестник СВФУ. – 2019. – № 3(16). – С. 39–46.
18. Влияние профрисков на формирование психосоматических заболеваний у работающих в интенсивных условиях / Н. Н. Малютина, Н. К. Вознесенский, Н. С. Сединина [и др.] // Scientific discussion. – 2017. – Вып. 1, № 6. – С. 25–28.
19. Водопьянова, Н. Е. Синдром «психического выгорания» в коммуникативных профессиях / Н. Е. Водопьянова // Психология здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : СПбГУ, 2000. – С. 443–463.
20. Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2008. – 258 с.
21. Водопьянова, Н. Е. Стандартизированный опросник «Профессиональное выгорание» / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова, А. Д. Наследов // Вестник СПбГУ. – 2013. – Вып. 4. – С. 17–27.

22. Воздействие факторов трудового процесса / В. В. Матюхин, Э. Ф. Шардакова, О. И. Юшкова [и др.] // Энциклопедия «Экометрия». – М., 2004. – Т. 1. – С. 344–441.
23. Войцехович, Е. А. К вопросу профессионального стресса и выгорания врачей-стоматологов / Е. А. Войцехович // European Scientific Conference. – 2018. – С. 273–276.
24. Врачева, И. В. Влияние профессионального стресса на работу медсестры // Актуальные научные исследования. – 2022. – № 1-2(81). – С. 82–86.
25. Гарданова, Ж. Р. Особенности эмоционально-личностной сферы при выгорании у акушеров-гинекологов / Ж. Р. Гарданова, В. И. Есаулов, Ю. И. Кектеева // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 6.
26. Гендерно-социальные особенности профессиональной дезадаптации врача / Е. Л. Потеряева, Л. Т. Федорова, Е. Л. Смирнова [и др.] // Медицина в Кузбассе. – 2025. – Т. 24, № 4. – С. 52–58.
27. Гигиеническая оценка условий труда персонала физиотерапии / Б. А. Баландович, А. А. Красиков, С. И. Кудрявский [и др.] // Бюлл. мед. науки. – 2017. – № 1(5). – С. 10–13.
28. Говорин, Н. В. Психическое здоровье и качество жизни врачей / Н. В. Говорин, Е. А. Бодагова. – Томск-Чита, 2013. – 126 с.
29. Гринберг, Дж. Управление стрессом / Дж. Гринберг. – СПб. : Питер, 2004. – 496 с.
30. Давыдов, О. С. Распространенность болевых синдромов и их влияние на качество жизни в мире и России / О. С. Давыдов // Российский журнал боли. – 2015. – № 3-4. – С. 11–18.
31. Денисов, Э. И. Методические особенности оценки риска в медицине труда / Э. И. Денисов. – М. : Медицина, 2002. – С. 127–152.
32. Детерминанты развития выгорания у терапевтов / С. А. Бабанов [и др.] // Современные аспекты здоровьесбережения. – Минск, 2024. – С. 504–510.

33. Дмитриева, Т. Б. Половые и гендерные аспекты стрессоустойчивости (обзор) / Т. Б. Дмитриева, А. З. Дроздов // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 1. – С. 18–24.
34. Евдокимов, В. И. Что нужно знать медицинским работникам о профессиональном выгорании : метод. Рекомендации / В. И. Евдокимов, Г. Н. Ролдугин, Н. В. Хмелинина. – Нововоронеж, 2010. – 56 с.
35. Евстифеева, Е. А. Стрдание и боль как истоки эмпатии и эмоционального выгорания (Часть 1) / Е. А. Евстифеева / Вестник Тверского ГТУ. – 2025. – № 3(42). – С. 5–11.
36. Ермолина, Т. А. Состояние здоровья медицинских работников. Обзор / Т. А. Ермолина, Н. А. Мартынова, А. Г. Калинин // Вестник новых медицинских технологий. – 2012. – № 3. – С. 197–200.
37. Живага, А. Ю. Управление конфликтами и стрессами в организации / А. Ю. Живага. – Южно-Сахалинск : СахГУ, 2019. – 108 с.
38. Заболеваемость COVID-19 медицинских работников / Т. А. Платонова, А. А. Голубкова, М. С. Складар [и др.] // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2022. – № 2. – С. 26–33.
39. Заболеваемость медработников инфекционными болезнями / И. В. Сергеева, Е. П. Тихонова, Н. В. Андропова [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6.
40. Заболеваемость НКИ медработников в период пандемии / А. Р. Басырова, Э. Т. Валеева, Э. Р. Шайхлисламова [и др.] // Медицина труда и экология человека. – 2023. – № 1. – С. 36–56.
41. Задионченко, В. О состоянии здоровья врачей: результаты анкетирования / В. Задионченко, Ю. Ливановский // Врач. – 2004. – № 1. – С. 58–60.
42. Занковский, А. Н. Профессиональный стресс и функциональные состояния / А. Н. Занковский // Организационная психология и психология труда. – 2019. – Т. 4, № 1. – С. 222–239.

43. Звонова, Е. В. К вопросу исследования синдрома выгорания у медработников / Е. В. Звонова, Б. Э. Ливиева // Право, экономика и управление. – Чебоксары, 2024. – С. 201–204.
44. Здравомыслов, А. Г. Социология конфликта / А. Г. Здравомыслов. – М. : Аспект Пресс, 1996. – 320 с.
45. Зеер, Э. Ф. Психология профессий / Э. Ф. Зеер. – М. : Академический проект, 2003. – 336 с.
46. Зенкова, А. Т. Проблемы сохранения здоровья в условиях производства в железнодорожной отрасли / А. Т. Зенкова // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. – 2019. – № 7(173). – С. 73–76.
47. Зудин, А. Б. Управление риском выгорания врачей общей практики / А. Б. Зудин, М. А. Кузнецова, Т. П. Васильева // Анализ риска здоровью. – 2025. – № 2. – С. 155–165.
48. Измеров, Н. Ф. Анализ влияния профессиональных факторов на здоровье медиков: актовая лекция / Н. Ф. Измеров. – М. : Реальное время, 2005. – 40 с.
49. Измеров, Н. Ф. Условия труда и профессиональная заболеваемость в здравоохранении / Н. Ф. Измеров, И. В. Бухтияров, Л. В. Прокопенко // Материалы конф. по ИСМП. – М., 2014. – С. 1–42.
50. Индивидуально-психологические предикторы эмоционального выгорания у медработников / М. А. Лисняк, О. Ю. Кутумова, И. В. Турова [и др.] // Russian Journal of Education and Psychology. – 2025. – Т. 16, № 5. – С. 435–455.
51. Исаева, Д. К. Профессиональный стресс и выгорание среди медработников / Д. К. Исаева, Н. Л. Хачатурова, А. С. Бабилова // Медицинское образование, наука, практика. – Екатеринбург, 2025. – С. 660–663.
52. К проблеме эмоционального выгорания у медработников в российских исследованиях / Р. В. Кадыров, Т. В. Капустина, Е. В. Садон [и др.] // Человеческий капитал. – 2023. – № 11-1(179). – С. 275–284.
53. Как уровень эмоционального интеллекта врачей влияет на внедрение человекоцентричной модели / О. В. Быстрова, А. Н. Коробейникова,

А. М. Кочергина [и др.] // Инновационное развитие врача. – 2024. – № 2. – С. 39–48.

54. Капцов, В. А. Профессиональная заболеваемость медицинских работников Приморского края (2005–2014) / В. А. Капцов, М. В. Бектасова, А. А. Шепарев // Гигиена и санитария. – 2017. – № 3. – С. 258–260.

55. Каримов, А. Г. Особенности деятельности медработников в условиях пандемии COVID-19 / А. Г. Каримов, Ю. В. Мигунова // Проблемы социальной гигиены. – 2023. – Т. 31, № 5. – С. 937–945.

56. Качина, А. А. Соотношение объективных и субъективных критериев качества профессиональной жизни медработников / А. А. Качина, Н. Н. Харина // Вестник МГУ. Психология. – 2026. – Т. 49, № 1. – С. 200–223.

57. Кектеева, Ю. И. Актуальность профилактики профессионального выгорания как условие профессионального долголетия / Ю. И. Кектеева // Среднее профессиональное образование. – 2021. – № 11(315). – С. 16–19.

58. Кирик, Ю. В. Оценка условий труда работниками здравоохранения на Дальнем Востоке России / Ю. В. Кирик // Архивъ внутренней медицины. – 2018. – № 2(40). – С. 127–136.

59. Клиническая и гигиеническая оценка профрисков медработников станций скорой помощи / В. О. Красовский [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 2. – С. 121.

60. Кожевников, С. Н. Гигиеническая оценка условий труда медработников ключевых специальностей / С. Н. Кожевников, И. И. Новикова, Ю. В. Ерофеев // ЗНиСО. – 2013. – № 3. – С. 13–15.

61. Комочкин, Н. А. Профессиональный стресс и синдром выгорания у медработников / Н. А. Комочкин, В. В. Лысенко // Аллея науки. – 2025. – Т. 2, № 4(103). – С. 38–46.

62. Корнева, Н. В. Роль организационной культуры в предотвращении профессионального выгорания врачей / Н. В. Корнева // Сбережение населения России. – М., 2024. – С. 98–101.

63. Королева, Е. П. Влияние вредных производственных факторов на здоровье работников скорой помощи / Е. П. Королева // *Здравоохранение*. – 2012. – № 2. – С. 94–101.
64. Косарев, В. В. Заболеваемость медицинских работников / В. В. Косарев, С. А. Бабанов // *Санитарный врач*. – 2010. – № 7. – С. 26–30.
65. Косарев, В. В. Профессиональные заболевания медицинских работников / В. В. Косарев, С. А. Бабанов. – Самара, 2013. – 175 с.
66. Крейс, О. А. Диагностика сонливости, усталости и депрессии у пациентов с миастенией / О. А. Крейс, Т. М. Алексеева, Ю. В. Гаврилов // *Нервно-мышечные болезни*. – 2020. – Т. 10, № 4. – С. 27–37.
67. Кротова Э.В. Эмоциональное выгорание и как с ним жить // *Молодой ученый*. – 2023. – № 3(450). – С. 51–53.
68. Лукашевич, Е. Р. Психологическая профилактика СЭВ у медработников / Е. Р. Лукашевич, О. О. Бандура // *Современные проблемы подростковой медицины*. – СПб., 2023. – С. 238–249.
69. Лэнгле, А. Эмоциональное выгорание с позиции экзистенциального анализа / А. Лэнгле // *Вопросы психологии*. – 2008. – № 2. – С. 2–8.
70. Мазанкина, Е. В. Отношение к здоровью медицинских работников: факторы риска и стратегии профилактики / Е. В. Мазанкина // *Личность в меняющемся мире*. – 2025. – Т. 13, № 2(49). – С. 145–158.
71. Медико-демографические и социально-профессиональные проблемы здоровья медработников ОАО «РЖД» / С. А. Краевой [и др.] // *Здравоохранение РФ*. – 2012. – № 4. – С. 15–19.
72. Мосолов, А. О. Эмоциональное состояние медицинских работников в кризисные ситуации / А. О. Мосолов // *Бюллетень НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко*. – 2024. – № 2. – С. 51–54.
73. Муравьева, А. А. Проблемы выраженности СЭВ у анестезиологов-реаниматологов / А. А. Муравьева, Ю. В. Михайлова, В. В. Горбунова // *Социальные аспекты здоровья населения*. – 2023. – Т. 69, № 1.

74. Нарсия, Т. Т. Профессиональное выгорание у врачей: факторы риска и стратегии профилактики / Т. Т. Нарсия // Поколение будущего. – СПб., 2025. – С. 14–21.
75. Наумов, И. А. Впервые выявленная заболеваемость женщин-врачей репродуктивного возраста / И. А. Наумов, Е. С. Лисок // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5. – С. 89.
76. Овчинников, Ю. В. Синдром эмоционального выгорания: диагностика, лечение, профилактика / Ю. В. Овчинников, Н. В. Палченкова, О. В. Калачев // Военно-медицинский журнал. – 2015. – Т. 336, № 7. – С. 17–24.
77. Орел, В. Е. Структурно-функциональная организация и генезис психического выгорания : специальность 19.00.03 «Психология труда, инженерная психология, эргономика» : диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук / Орел Валерий Емельянович ; Ярославский государственный университет имени П. Г. Демидова. – Ярославль, 2005. – 449 с. – Текст : непосредственный.
78. Петрухин, Н. Н. Профессиональная заболеваемость медработников в России и за рубежом (обзор) / Н. Н. Петрухин // Гигиена и санитария. – 2021. – Т. 100, № 8. – С. 845–850.
79. Полунина, Н. В. Особенности заболеваемости врачей в современных социально-экономических условиях / Н. В. Полунина, Е. И. Нестеренко, В. В. Мадьянова // Главврач. – 2009. – № 4. – С. 56–65.
80. Полякова, О. Б. Психологические особенности редукции личных достижений как составляющей профессиональных деформаций / О. Б. Полякова // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2011. – Т. 4, № 2. – С. 47–61.
81. Попова, К. М. Коррекция профессионального выгорания медработников в процессе тренинга развития осознанности / К. М. Попова, М. Ю. Кузьмин // Acta Biomedica Scientifica. – 2024. – Т. 9, № 4. – С. 160–172.
82. Порываев, А. А. Проблемы организации и проведения медицинских осмотров / А. А. Порываев // Безопасность и охрана труда. – 2020. – № 1. – С. 42–47.

83. Признаки профессионального стресса у клинических ординаторов оториноларингологии / К. Ю. Ушакова, Л. Т. Федорова, В. А. Чаукина [и др.] // Сибирский медицинский вестник. – 2023. – Т. 7, № 4. – С. 65–68.
84. Приказ Минздрава России от 28.11.2014 № 787н «Об утверждении показателей качества оказания услуг медицинскими организациями».
85. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 № 302н (ред. 2024) «О проведении обязательных медицинских осмотров».
86. Приказ Минтруда России от 18.12.2020 № 928н «Об утверждении Правил по охране труда в медицинских организациях».
87. Проничева, М. М. Современные исследования СЭВ у специалистов социальной сферы / М. М. Проничева, В. Г. Булыгина, М. С. Московская // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018. – Т. 28, № 4. – С. 100–104.
88. Профессиональное выгорание у врачей в РФ на модели Томской области / О. С. Кобякова [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – Т. 55, № 3. – С. 3.
89. Профессиональный риск здоровья медработников станции скорой помощи / Л. М. Карамова, В. О. Красовский, В. Т. Ахметшина [и др.] // Медицина труда и экология человека. – 2017. – № 4. – С. 28–35.
90. Профессиональный стресс и выгорание у медработников / Е. Я. Матюшкина, А. П. Рой, А. А. Рахманина [и др.] // Современная зарубежная психология. – 2020. – Т. 9, № 1. – С. 39–49.
91. Профессиональный стресс и синдром выгорания у медработников / С. А. Бабанов, М. В. Лысова, Л. А. Стрижаков [и др.] // Профилактикт. и клин. медицина. – 2025. – № 3(96). – С. 4–13.
92. Рабцевич, А. А. Эргономика и ее значение для оптимизации трудовой деятельности человека / А. А. Рабцевич, М. С. Радкевич // Молодой ученый. – 2014. – № 5(64). – С. 306–307.
93. Распространенность выгорания среди практикующих кардиологов в РФ / Г. А. Неплюева, А. Е. Соловьева, С. Д. Кривополенова [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2023. – Т. 28, № S1. – С. 16–26.

94. Риск профессионального заражения ВИЧ-инфекцией медработников / А. М. Мухаметзянов, Т. В. Кайданек, Г. М. Асылгареева [и др.] // Медицина труда и экология человека. – 2024. – № 1. – С. 119–133.
95. Риски развития сердечно-сосудистых заболеваний и профессиональный стресс / З. Ф. Гимаева, Л. К. Каримова, А. Б. Бакиров [и др.] // Анализ риска здоровью. – 2017. – № 1. – С. 106–115.
96. Руководство Р 2.2.2006-05 «Гигиеническая оценка факторов рабочей среды и трудового процесса».
97. Сафонов, А. Л. Внедрение механизма профилактики выгорания в систему охраны труда / А. Л. Сафонов, Д. Н. Платыгин, А. А. Чуркина // Труд и социальные отношения. – 2016. – № 6. – С. 169–189.
98. Селье, Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – М. : Прогресс, 1979. – 58 с.
99. Сидоров, П. И. Синдром профессионального выгорания: учеб. Пособие / П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев, И. А. Новикова. – Архангельск : СГМУ, 2007. – 176 с.
100. Синдром вегетативной дисфункции у работников вредных производств / Е. М. Власова, А. Е. Носов, Т. А. Пономарева [и др.] // ЗНиСО. – 2014. – № 12(261). – С. 12–14.
101. Синдром профессионального выгорания у врачей / С. В. Леженина, А. И. Мурзукова, З. Р. Низаметдинова [и др.] // Биология и интегративная медицина. – 2024. – № 6(71). – С. 443–453.
102. Синдром профессионального выгорания у врачей и его профилактика // Интеллектуальный потенциал нации 2024 / З. Р. Низаметдинова, К. П. Михайлов, А. Р. Степанова [и др.]. – Петрозаводск, 2024. – С. 95–100.
103. Синдром эмоционального выгорания в профессиональной среде медработников / А. Я. Коротецкая, В. В. Ванюков, Д. А. Голядинец [и др.] // Рефлексия. – 2025. – № 1. – С. 41–46.
104. Синдром эмоционального выгорания у медицинских работников / С. П. Шумилов, Е. А. Шумилова, В. Б. Студницкий [и др.] // Северный регион. – 2023. – № 1(53). – С. 61–73.

105. Синдром эмоционального выгорания у работников здравоохранения В. А. Хаптанова, А. А. Лысанова, Д. А. Михайлова [и др.] // Modern Science. – 2024. – № 6-1. – С. 15–20.

106. Синдром эмоционального выгорания у работников психиатрических учреждений / А. А. Овчинников, А. Н. Султанова, Е. В. Филоненко [и др.] // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2025. – № 1. – С. 31–35.

107. Синдром эмоционального выгорания у специалистов амбулаторно-поликлинического звена / В. Д. Фоменко, И. С. Добрынина, М. Н. Муравицкая [и др.] // Организация амбулаторно-поликлинической помощи. – Воронеж, 2024. – С. 167–170.

108. Скугаревская, М. М. Синдром эмоционального выгорания: диагностика, профилактика и терапия / М. М. Скугаревская // Белорусский медицинский журнал. – 2003. – № 1. – С. 82–86.

109. Смагулов, Н. К. Актуальность проблемы профессионального здоровья медработников / Н. К. Смагулов, Г. Р. Хантурина, Н. Г. Кожевникова // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. – № 11-1. – С. 52–56.

110. Смирнова, А. Ю. Ольденбургский опросник профессионального выгорания / А. Ю. Смирнова // Известия Саратовского университета. – 2017. – Т. 6, вып. 2. – С. 211–218.

111. Смирнова, Л. Е. Качество жизни и физическая работоспособность у работающих во вредных условиях / Л. Е. Смирнова, Л. Х. Шехаб // Тверской медицинский журнал. – 2020. – № 2. – С. 53–55.

112. Современные подходы к изучению эмоционального выгорания (обзор) / Н. И. Влаха, И. Я. Стоянова, И. П. Данилов [и др.] // Медицина в Кузбассе. – 2025. – Т. 24, № 4. – С. 14–20.

113. Современные проблемы производственного травматизма / А. Б. Бакиров, Л. М. Карамова, Л. К. Каримова [и др.] // Медицина труда и экология человека. – 2024. – № 1. – С. 25–48.

114. Соколовская, Е. А. Медико-социальные аспекты здоровья медработников Камчатского края / Е. А. Соколовская, И. В. Тарасенко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2025. – № 1. – С. 687–697.

115. Сорокин Г.А., Суслов В.Л., Яковлев Е.В. Профессиональное выгорание и рабочая нагрузка врачей // Российский семейный врач. – 2018. – Т. 22, № 2. – С. 19–24.

116. Сорокин, Г. А. Работа, утомление и профессиональный риск / Г. А. Сорокин, В. Л. Суслов, Е. В. Яковлев. – СПб. : Изд-во Политехнического университета, 2016. – 455 с.

117. Сравнение эмоционального интеллекта и эмпатии в группах с различным выгоранием среди медперсонала во времена COVID-19 / Д. С. Обьедкова, Р. И. Антохина, А. В. Васильева [и др.] // Психическое здоровье. – 2023. – Т. 18, № 11. – С. 53–62.

118. Старостин, В. П. Государственная политика России, направленная на формирование здорового образа жизни / В. П. Старостин // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2018. – № 5(ч. 1). – С. 130–137.

119. Суроегина, А. Ю. Профессиональное выгорание медработников до, во время и после пандемии / А. Ю. Суроегина, А. Б. Холмогорова // Современная зарубежная психология. – 2023. – Т. 12, № 2. – С. 64–73.

120. Токарев, А. Р. Возможности аппаратно-программного метода выявления психосоматических расстройств у инженерно-технических работников / А. Р. Токарев // Вестник новых медицинских технологий (эл. журн.). – 2018. – № 4. – С. 32–36.

121. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 30.11.2024). Ст. 209, 350, 147, 117.

122. Ушаков, И. Б. Профессиональный стресс и психическое здоровье работающего населения / И. Б. Ушаков, И. В. Бухтияров // Материалы II съезда врачей профпатологов. – Ростов н/Д, 2006. – С. 316–318.

123. Файнбург, Г. З. Обязательные медицинские осмотры и связанные с ними правовые последствия / Г. З. Файнбург, А. А. Порываев, С. В. Трутнев. – Пермь : ПНИПУ, 2019. – 130 с.

124. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (ред. от 28.12.2024).

125. Федеральный закон от 28.12.2013 № 400-ФЗ «О страховых пенсиях» (ред. от 29.05.2024). Ст. 30.

126. Федеральный закон от 28.12.2013 № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда» (ред. от 08.08.2024).

127. Филиппченкова, С. И. Психологическая оценка и коррекция профессионального выгорания / С. И. Филиппченкова, Е. В. Балакшина // Вестник Тверского ГТУ. – 2023. – № 4(35). – С. 80–83.

128. Формирование и методы коррекции психической дезадаптации у медработников / Л. М. Масягутова, А. Р. Музафарова, С. А. Галлямова [и др.] // Тенденции развития науки и образования. – 2024. – № 105-2. – С. 117–120.

129. Фроленкова, Е. И. Синдром профессионального выгорания у медработников / Е. И. Фроленкова, Л. В. Саковская // Тверской медицинский журнал. – 2023. – № 6. – С. 83–86.

130. Фролова, Е. В. Выраженность профессионального выгорания медработников разного уровня / Е. В. Фролова, Т. А. Егоренко // Педагогическое взаимодействие. – Саратов, 2023. – С. 334–339.

131. Хальфин, Р. А. Профессиональное выгорание медработников: актуальный вопрос управления здравоохранением / Р. А. Хальфин, П. С. Смольникова, А. С. Столкова // Национальное здравоохранение. – 2023. – Т. 4, № 2. – С. 40–46.

132. Хоружая, О. Г. Сравнительный анализ результатов обязательных медицинских осмотров работников / О. Г. Хоружая // Медицина труда и промышленная экология. – 2015. – № 9. – С. 149–153.

133. Четырехмерный опросник 4ДДТС при вегетативных психосоматических расстройствах / А. Б. Смулевич, Н. Н. Яхно, Б. Терлуин [и др.] //

Журнал неврологии и психиатрии. – 2014. – № 11. – С. 67–73.

134. Шадеркина, В. А. Профессиональное выгорание врачей: скрытый кризис здравоохранения. Данные интернет-опроса врачей / В. А. Шадеркина, И. В. Красняк // Российский журнал телемедицины. – 2022. – Т. 8, № 4. – С. 7–20.

135. Шевцова, Ю. А. Эмоциональное выгорание медработников в условиях пандемии и в пост-пандемийный период / Ю. А. Шевцова, О. А. Голдобенко // Социально-психологические вызовы. – Брянск, 2023. – С. 224–230.

136. Щербатых, Ю. В. Психология стресса и его коррекция / Ю. В. Щербатых. – СПб. : Питер, 2006. – 256 с.

137. Эксперты о проблеме профессионального выгорания медработников / А. В. Ярашева, Д. И. Марков, С. В. Макар [и др.] // Дискуссия. – 2024. – № 9(130). – С. 220–230.

138. Эмоциональное выгорание у врачей и медицинские ошибки. Есть ли связь? / О. С. Кобякова, И. А. Деев, Е. С. Куликов [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – № 7. – С. 5–7.

139. Якиманская, И. С. Гендерные характеристики синдрома эмоционального выгорания специалистов здравоохранения и образования / И. С. Якиманская // Оренбургский медицинский вестник. – 2025. – Т. 13, № 2(50). – С. 56–66.

140. Якиманская, И. С. Эмоциональное выгорание и стратегии совладания у медработников в период пандемии / И. С. Якиманская, Е. Ю. Антохин // Оренбургский медицинский вестник. – 2023. – Т. 11, № 3(43). – С. 71–76.

141. Ясько, Б. А. Личностные ресурсы психической устойчивости субъектов профессиональной деятельности / Б. А. Ясько, И. Г. Юркова, Л. С. Скрипниченко // Институт психологии РАН. Организационная психология и психология труда. – 2024. – Т. 9, № 2. – С. 85–111.

142. Academic emergency physicians' experiences with patient death / J. Strote [et al.] // Academic Emergency Medicine. – 2011. – Vol. 18(3). – P. 255–260.

143. Adriaenssens, J. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review / J. Adriaenssens, V. De Gucht, S. Maes // Int J Nurs Stud. –

2015. – Vol. 52(2). – P. 649–661.

144. An exploratory study of resident burnout and wellness / J. Eckleberry-Hunt [et al.] // *Academic Medicine*. – 2009. – Vol. 84(2). – P. 269–277.

145. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: Meta-analysis / M. Panagioti [et al.] // *JAMA Internal Medicine*. – 2018. – Vol. 178(10). – P. 1317–1331.

146. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians / M. S. Krasner [et al.] // *JAMA*. – 2009. – Vol. 302(12). – P. 1284–1293.

147. Batanda, I. Prevalence of burnout among healthcare professionals: a survey at Fort Portal Regional Referral Hospital / I. Batanda // *Npj Ment Health Res*. – 2024. – Vol. 3(1). – P. 16.

148. Bianchi, R. Burnout and depression: causal attributions and construct overlap / R. Bianchi, R. Brisson // *J Health Psychol*. – 2019. – Vol. 24(11). – P. 1574–1580.

149. Buitendach, J. H. Job insecurity, burnout and work engagement / J. H. Buitendach, J. Bosman, S. Rothmann // *South African Journal of Industrial Psychology*. – 2005. – Vol. 31(4). – P. 48–56.

150. Burnout among health care professionals: A call to explore and address this under recognized threat / L. N. Dyrbye [et al.] // *NAM Perspectives*. – Washington, DC, 2017. – 11 p.

151. Burnout and health care workforce turnover / R. Willard-Grace, M. Knox, B. Huang [et al.] // *Ann Fam Med*. – 2019. – Vol. 17(1). – P. 36–41.

152. Burnout and risk of coronary heart disease: a prospective study of 8838 employees / S. Toker [et al.] // *Psychosomatic Medicine*. – 2012. – Vol. 74(8). – P. 840–847.

153. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population / T. D. Shanafelt [et al.] // *Archive of Internal Medicine*. – 2012. – Vol. 172(18). – P. 1377–1385.

154. Burnout in French physicians: a systematic review and meta-analysis /

Z. Kansoun, L. Boyer, M. Hodgkinson [et al.] // J Affect Disord. – 2019. – Vol. 246. – P. 132–147.

155. Burnout in ICU doctors and nurses in mainland China – a national cross-sectional study / Z. Hu, H. Wang, J. Xie [et al.] // J Crit Care. – 2021. – Vol. 62. – P. 265–270.

156. Cetin, C. The relationship between qualitative job insecurity and burnout / C. Cetin, N. Turan // European Journal of Research on Education. – 2013. – P. 21–28.

157. Chronic fatigue in primary care: prevalence, patient characteristics, and outcome / K. Kroenke, D. R. Wood, D. A. Mangelsdorff [et al.] // JAMA. – 1988. – Vol. 260(7). – P. 929–934.

158. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: meta-analysis / M. Panagioti, E. Panagopoulou, P. Bower [et al.] // JAMA Intern Med. – 2017. – Vol. 177(2). – P. 195–205.

159. Decreasing Stress and Burnout in Nurses: Efficacy of Blended Learning With Stress Management / D. L. Magtibay [et al.] // The Journal of Nurse Administration. – 2017. – Vol. 47(7-8). – P. 391–395.

160. Demerouti, E. Measurement of burnout and engagement. The Oldenburg Burnout Inventory / E. Demerouti, A. B. Bakker. – Utrecht, 2007. – 25 p.

161. Effect of a brief mindfulness-based program on stress in health care professionals / R. Ameli, N. Sinaii, C. P. West [et al.] // JAMA Netw Open. – 2020. – Vol. 3(8). – P. e2013424.

162. Effectiveness of a long-term educational intervention to reduce physicians' stress / A. Amutio, C. Martínez-Taboada, L. C. Delgado [et al.] // J Contin Educ Health Prof. – 2015. – Vol. 35(4). – P. 255–260.

163. Effectiveness of mindfulness-based interventions on psychological well-being, burnout and PTSD among nurses: systematic review and meta-analysis / H. J. Ramachandran, M. S. Bin Mahmud, P. Rajendran [et al.] // J Clin Nurs. – 2023. – Vol. 32(9-10). – P. 2323–2338.

164. Emotional exhaustion among US health care workers before and during the COVID-19 pandemic, 2019–2021 / J. B. Sexton, K. C. Adair, J. Proulx [et al.] // JAMA

Netw Open. – 2022. – Vol. 5(9). – P. e2232748.

165. Estimating the Attributable Cost of Physician Burnout in the United States / S. Han [et al.] // *Medicine and Public Issues*. – 2019. – Vol. 170(11). – P. 784–790.

166. Fendel, J. C. Mindfulness-based interventions to reduce burnout and stress in physicians: a meta-analysis / J. C. Fendel, J. J. Bürkle, A. S. Göritz // *Acad Med*. – 2021. – Vol. 96(5). – P. 751–764.

167. Fisk, J. D. Construction and validation of a fatigue impact scale for daily administration (D-FIS) / J. D. Fisk, S. E. Doble // *Qual Life Res*. – 2002. – Vol. 11(3). – P. 263–272.

168. Frank, E. Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility / E. Frank, J. Breyan, L. Elon // *Archives of Family Medicine*. – 2000. – Vol. 9(3). – P. 287–290.

169. Freudenberger, H. J. Staff burn-out / H. J. Freudenberger // *J Soc Issues*. – 1974. – Vol. 30(1). – P. 159–165.

170. Friberg, T. Burnout: from popular culture to psychiatric diagnosis in Sweden / T. Friberg // *Culture, Medicine, and Psychiatry*. – 2009. – Vol. 33. – P. 538–558.

171. Heiss, K. The unmeasured quality metric: burn out and the second victim syndrome in healthcare / K. Heiss, M. Clifton // *Semin Pediatr Surg*. – 2019. – Vol. 28(6). – P. 150863.

172. Identifying the risk features for occupational stress in medical workers / R. Sun, C. Zhang, K. Lv, Y. Lan // *Int Arch Occup Environ Health*. – 2022. – Vol. 95(2). – P. 451–464.

173. Immunological dysfunction persists for 8 months following initial mild-to-moderate SARS-CoV-2 infection / C. Phetsouphanh, D. R. Darley, D. B. Wilson [et al.] // *Nat Immunol*. – 2022. – Vol. 23. – P. 210–216.

174. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: meta-analysis / G. Salazar de Pablo, J. Vaquerizo-Serrano, A. Catalan [et al.] // *J Affect Disord*. – 2020. – Vol. 275. – P. 48–57.

175. Impact of COVID-19 on seasonal respiratory virus circulation in Canada /

H. E. Groves, P. P. Piché-Renaud, A. Peci [et al.] // *Lancet Reg Health Am.* – 2021. – Vol. 1. – P. 100015.

176. Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction / T. D. Shanafelt [et al.] // *Mayo Clinic Proceedings.* – 2015. – Vol. 90(4). – P. 432–440.

177. Interventions to prevent and reduce physician burnout: systematic review and meta-analysis / C. P. West, L. N. Dyrbye, P. J. Erwin, T. D. Shanafelt // *Lancet.* – 2016. – Vol. 388(10057). – P. 2272–2281.

178. Martin, S. Is everyone as tired as I am? The CMA's physician survey results, 1999 / S. Martin // *CMAJ.* – 1999. – Vol. 161(8). – P. 1020–1021.

179. Maslach, C. Maslach Burnout Inventory (MBI) Manual / C. Maslach, S. E. Jackson, M. P. Leiter. – 3rd ed. – Palo Alto, CA, 1996. – 52 p.

180. Maslach, C. The measurement of experienced burnout / C. Maslach, S. E. Jackson // *J. of Occupational Behaviour.* – 1981. – Vol. 2. – P. 99–113.

181. Measuring fatigue in sarcoidosis: the Fatigue Assessment Scale (FAS) / J. De Vries, H. Michielsen, G. L. Van Heck, M. Drent // *Br J Health Psychol.* – 2004. – Vol. 9(Pt 3). – P. 279–291.

182. Measuring the functional impact of fatigue: initial validation of the Fatigue Impact Scale / J. D. Fisk, P. G. Ritvo, L. Ross [et al.] // *Clin Infect Dis.* – 1994. – Vol. 18(Suppl 1). – P. 79–83.

183. Mental health and stress among ICU healthcare professionals in France according to intensity of COVID-19 epidemic / A. Laurent, A. Fournier, F. Lheureux [et al.] // *Ann Intensive Care.* – 2021. – Vol. 11(1). – P. 90.

184. Mindfulness-based interventions to reduce burnout in primary healthcare professionals / M. Salvado, D. L. Marques, I. M. Pires, N. M. Silva // *Healthcare.* – 2021. – Vol. 9(10). – P. 1342.

185. Physicians' occupational stress, depressive symptoms and workability / M. Bernburg, K. Vitzhum, D. A. Groneberg, S. Mache // *BMJ Open.* – 2016. – Vol. 6(6). – P. e011369.

186. Pines, A. M. Career burnout. Causes and cures / A. M. Pines, E. Aronson. – N.Y. : The Free Press, 1988. – 229 p.

187. Position Statement on Resident / A. Taher [et al.] // Canadian Journal of Emergency Medicine. – 2018. – Vol. 20(5). – P. 671–684.
188. Prevalence of burnout risk among ICU nurses during COVID-19 outbreak in Belgium / A. Bruyneel, P. Smith, J. Tack, M. Pirson // Intensive Crit Care Nurs. – 2021. – Vol. 65. – P. 103059.
189. Prevalence of burnout risk among intensive care and emergency nurses before and during COVID-19 / S. Butera, N. Brasseur, N. Fils [et al.] // J Emerg Nurs. – 2021. – Vol. 47(6). – P. 879–891.
190. Prevalence of probable mental health disorders among hospital healthcare workers during COVID-19: meta-analysis / B. E. C. Lee, M. Ling, L. Boyd [et al.] // J Affect Disord. – 2023. – Vol. 330. – P. 329–345.
191. Relationship of personality with job burnout and psychological stress risk in clinicians / L. Huang, D. Zhou, Y. Yao, Y. Lan // Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi. – 2015. – Vol. 33(2). – P. 84–87.
192. Ronginska, T. The prevention of the managers' professional burnout syndrome / T. Ronginska // Management. – 2011. – Vol. 15(1). – P. 101–114.
193. Schafeli, W. An Emerging psychological concept and its implications for organizations / W. Schafeli, M. Salanova // Managing social and ethical issues in organizations. – Charlotte, NC, 2007. – P. 135–177.
194. Sonneck, G. Imitative suicide on the Viennese subway / G. Sonneck, E. Etzersdorfer, S. Nagel-Kuess // Soc Sci Med. – 1994. – Vol. 38(3). – P. 453–457.
195. The Mediating Role of Worker-Occupation Fit in the Relationship Between Occupational Stress and Depression Symptoms in 1988 Medical Workers / R. Sun [et al.] // Front Public Health. – 2022. – Vol. 10. – P. 843–845.
196. The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: a meta-analysis / M. P. Salyers, K. A. Bonfils, L. Luther [et al.] // J Gen Intern Med. – 2017. – Vol. 32(4). – P. 475–482.
197. Tilakdharee, N. The relationship between job insecurity and burnout / N. Tilakdharee, S. Ramidial, S. B. Parumasur // South African Journal of Economic and Management Sciences. – 2010. – Vol. 13(3). – P. 254–271.

198. Trends in clinician burnout with associated mitigating and aggravating factors during the COVID-19 pandemic / M. Linzer, J. O. Jin, P. Shah [et al.] // JAMA Health Forum. – 2022. – Vol. 3(11). – P. e224163.

199. Unmasking the triad of burnout, absenteeism, and poor sleep among healthcare workers during COVID-19 / G. Fond, L. Smith, B. Tran [et al.] // J Affect Disord. – 2024. – Vol. 355. – P. 247–253.

200. West, C. P. Physician burnout: contributors, consequences and solutions / C. P. West, L. N. Dyrbye, T. D. Shanafelt // J Intern Med. – 2018. – Vol. 283(6). – P. 516–529.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

(справочное)

Анкета

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ БЛОК	
1.	Номер анкеты
2.	Возраст (полных лет)
3.	Пол м / ж
4.	Семейное положение
5.	Брак
6.	Дети
7.	Возраст детей
8.	Условия проживания
9.	Условия проживания
10.	Стаж работы (общий)
11.	Ваш общий медицинский стаж (лет)
12.	Специальность
13.	Ваше базовое образование
14.	Ваша квалификационная категория
15.	Ученое звание
16.	Ученое звание (какое)
17.	Ваше место работы
МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ И РУКОВОДСТВО	
18.	Получаете ли Вы поощрения на работе (благодарность/премии)
19.	Какие у Вас отношения с коллегами в коллективе
20.	Какие у Вас отношения с администрацией
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ И СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ	
21.	Частота повышения квалификации
22.	Частота смены места работы за последние 10 лет
23.	Ваша работа для Вас является:
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ РАБОТЫ И ЛИЧНОЙ ЖИЗНИ	
24.	Удовлетворены ли Вы профессией
25.	Удовлетворены ли Вы местом работы
26.	Удовлетворены ли Вы

	организацией работы			
27	Удовлетворены ли Вы режимом работы	1 да / 2 нет		
28	Удовлетворены ли Вы заработной платой	1 да / 2 нет		
29	Оцените уровень комфортности Вашего труда	1 Хороший	2 Средний	3 Плохой
✓	Технической подготовленности Вашего рабочего места в ЛПУ			
✓	Санитарно-гигиенического состояния Вашего рабочего места в ЛПУ			
✓	Оптимальности организации Вашего труда администрацией ЛПУ			
✓	Состояния социально-психологического климата в ЛПУ			
✓	Загруженности в ЛПУ в соответствии с нормами труда врача			
✓	Условий повышения квалификации			
30	Какие у Вас отношения в семье	1 хорошие / 2 плохие		
31	Сколько часов в неделю Вы занимаетесь:			
✓	культурным отдыхом (посещение театра, кино, музея и прочие)			
✓	физическими занятиями (утренняя гимнастика, фитнес, плавание и др.)			
✓	хобби (чтение художественной литературы, рукоделие, музыка, рыбалка, коллекционирование, цветоводство и др.)			
✓	прочими видами отдыха (общение с близкими, с друзьями, игры с детьми, выезд на природу, пассивный отдых и др.)			
32	Санаторно-курортное лечение (за последние 3 года)	1 Да (сколько раз) _____ / 0 нет		
33	Сколько часов в неделю Вы тратите на:			
✓	дорогу в ЛПУ, из ЛПУ			
✓	домашний труд (уборка, приготовление пищи, прочая			

домашняя работа)				
✓ труд на приусадебном участке, даче и т.д.				
✓ физиологические потребности (прием пищи, личная гигиена, сон, прочие физиологические заботы о здоровье (посещение поликлиники, прием лечебных процедур и т. д.)				
34	Хотите ли Вы сменить профессию	1 да / 2 нет		
35	Хотите ли Вы сменить место работы	1 да / 2 нет		
ТРЕБОВАНИЯ НА РАБОТЕ				
36	Количество часов подготовки к работе (дома)	_____ часов		
37	Средняя рабочая нагрузка (количество часов в неделю)	1 – 18 / 2 – 24 / 3 – 36 / 4 – другое		
38	Ваша загруженность (количество ставок)	1 – 0,5 / 2 – 1,0 / 3 – 1,5 / 4 – 2		
39	Режим работы (дежурства)	1 да/ 2 нет		
40	Сколько пациентов принимаете в течение одного дня минимум			
41	Сколько пациентов принимаете в течение одного дня (максимум)			
42	Количество пациентов в палате			
43	Посещение совещаний	1 да / 2 нет		
44	Ведение палат	1 да / 2 нет		
45	Имеются ли в ЛПУ все информационные и технологические материалы для качественной работы	1 имеются в достаточном количестве	2 имеются в не достаточном количестве	3 не имеются
✓ Методические пособия, современные методические материалы				
✓ Электронные учебники				
✓ Электронное рабочее место				
✓ Наглядные пособия				
✓ Лабораторное оборудование и приспособления				
✓ Реактивы, материалы для эксперимента				
✓ Другое _____				

ЦЕННОСТИ НА УРОВНЕ КОНКРЕТНОГО РАБОЧЕГО МЕСТА		
Социальная вовлеченность		
46	Участие в проведении мероприятий по повышению квалификации	Да/нет
47	Приходится ли Вам выполнять по основному месту виды работ, которые Вы не обязаны выполнять как врач	1 – Не приходится 2 – Приходится 3 – Уборка инструментов 4 – Уборка территории 5 – Иные хозяйственные работы 6 – Участие в подготовке административных отчетностей 7 – Неплановые консультации 8 – Неплановые мероприятия с учащимися 9 – Привлечение для оказания помощи другим организациям 10 – Другое (что именно?) _____
48	Работа в выходные (праздничные) дни	1 да / 2 нет
ОСКОРБИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ		
49	Жалобы пациентов (родственников) в Ваш адрес (в месяц)	1 да / 2 нет
50	Конфликты и ссоры с коллегами, администрацией (в месяц)	1 да / 2 нет
ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ		
51	Общее соматическое состояние здоровья	1 Удовлетворительное / 2 неудовлетворительное
52	Общее психоэмоциональное состояние здоровья	1 Удовлетворительное / 2 неудовлетворительное
53	Как влияет Ваша врачебная деятельность на физическое самочувствие	1 – Физического утомления не ощущаю 2 – Бывает физическое утомление, но не сильное 3 – Часто чувствую физическую усталость 4 – Работа физически сильно утомляет
54	Как влияет Ваша врачебная деятельность на психологическое самочувствие	1 – Психологического утомления не ощущаю 2 – Бывает психологическое утомление, но не сильное 3 – Часто чувствую психологическую усталость 4 – Работа сильно утомляет психологически
55	Оцените Ваше физическое самочувствие после приема пациента: 1. Бодрое 2. Нормальное 3. Чувствую легкую усталость 4. Чувствую усталость 5. Чувствую полный физический износ	1 пациент _____ 2 пациент _____ 3 пациент _____ 4 пациент _____ 5 пациент _____
56	Оцените Ваше	1 пациент _____

	психологическое самочувствие после проведения урока: 1. Спокойствие 2. Небольшое нервное напряжение 3. Раздраженность 4. Озлобленность 5. Близко к истерии	2 пациент _____ 3 пациент _____ 4 пациент _____ 5 пациент _____
57	Как Вы оцениваете свою работоспособность в настоящий момент от 0 (низкая работоспособность) до 10 (очень высокая работоспособность)	1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10
58	Как Вы оцениваете Вашу работоспособность в отношении физических требований к вашей работе	1 отлично / 2 хорошо / 3 средне / 4 плохо / 5 очень плохо
59	Как Вы оцениваете Вашу работоспособность в отношении умственных (психологических) требований к вашей работе?	1 отлично / 2 хорошо / 3 средне / 4 плохо / 5 очень плохо
60	Мешает ли Ваша болезнь или состояние Вашей работе. Как Вы оцениваете Вашу работоспособность в отношении умственных (психологических) требований к вашей работе?	1 – Никак не мешает / нет заболевания 2 – Я могу выполнять свою работу, но из-за этого проявляются некоторые симптомы 3 – Я вынужден иногда замедлять темп работы или менять привычные методы работы 4 – Я вынужден часто замедлять темп работы или менять привычные методы работы 5 – Мне кажется, что из-за моего заболевания я могу работать только неполный день 6 – Мне кажется, я вообще не могу работать
61	Сколько дней за прошедшие 12 месяцев Вы не работали по болезни в 2019 году	1 – работал все время 2 – макс. 9 дней 3 – 10–24 дня 4 – 25–99 дней 5 – 100–354 дня
62	Сколько дней за прошедшие 12 месяцев Вы не работали по болезни в 2020 году	1 – работал все время 2 – макс. 9 дней 3 – 10–24 дня 4 – 25–99 дней 5 – 100–354 дня
63	Уверены ли вы, исходя из нынешнего состояния здоровья, что сможете выполнять свою работу через год	1 вряд ли / 2 не уверен / 3 достаточно уверен
64	Уверены ли вы, исходя из нынешнего состояния	1 вряд ли / 2 не уверен / 3 достаточно уверен

	здоровья, что сможете выполнять свою работу через два года			
65	За последние три месяца Вы получали удовольствие от повседневной деятельности	1 часто / 2 всегда / 3 довольно часто / 4 иногда / 5 редко / 6 никогда		
66	За последние три месяца Вы были активны и энергичны	1 часто / 2 всегда / 3 довольно часто / 4 иногда / 5 редко / 6 никогда		
67	За последние три месяца Вы были полны надежд на будущее	1 часто / 2 всегда / 3 довольно часто / 4 иногда / 5 редко / 6 никогда		
68	Нуждаемость в профилактике синдрома профессионального выгорания	1 да / 2 нет		
69	Нуждаемость в профессиональной психологической помощи	1 да / 2 нет		
70	Нуждаемость в профессиональной психиатрической помощи	1 да / 2 нет		
71	Вы курите?	1 да / 2 нет		
72	Ваша физическая активность соответствует: 1. ходьба в быстром темпе ежедневно не менее 30 минут (или ходьба по 40 минут до 3-4 раз в неделю) 2. 75 минут высокой интенсивности каждую неделю (занятия фитнесом, бег, плавание, работа на приусадебных участках и др.)			
73	Соблюдаете ли Вы критерии здорового питания: ежедневно (400 г овощей и фруктов в свежем виде, злаки, орехи, рыба, постное мясо, молочные продукты, ограничение соли, жиров, отсутствие алкоголя)	1 да / 2 нет		
74	Отметьте, пожалуйста, в списке те заболевания или травмы, которые у Вас есть сейчас (нужное подчеркнуть). Также укажите, подтвержден ли диагноз, и лечили ли Вы	1 да, мне так кажется	2 диагноз подтвержден	3 лечение

	это заболевание.			
✓	Травма вследствие несчастного случая (травма спины или конечностей, или ожоги)			
✓	Нарушения скелетно-мышечной системы в спине, конечностях или в других частях тела (повторяющаяся боль в суставах или мышцах, пояснично-крестцовый радикулит, ревматизм, артрит)			
✓	Сердечно-сосудистые заболевания (гипертония, ишемическая болезнь сердца)			
✓	Респираторные заболевания (рецидивирующие инфекции дыхательных путей, бронхиальная астма, эмфизема)			
✓	Психическое расстройство (депрессия, «выгорание», тревожность или бессонница)			
✓	Неврологическое или сенсорное заболевание (нарушение слуха или зрения, мигрень, эпилепсия)			
✓	Заболевание пищеварительной системы (гастрит, желчные камни, заболевания печени или поджелудочной железы, повторяющиеся запоры)			
✓	Заболевание мочеполовой системы (инфекции мочевыводящих путей, гинекологическое заболевание или простатит)			
✓	Кожная болезнь (аллергическая или другая сыпь, варикозное расширение вен)			
✓	Опухоль или рак			
✓	Эндокринные заболевания или нарушение метаболизма (диабет, ожирение или подагра)			
✓	Заболевания крови (анемия или другое заболевание крови)			
✓	Врожденные пороки			

развития				
✓ Другие нарушения или заболевания				
75	Пожалуйста, внимательно прочитайте утверждения. Оцените, насколько они соответствуют вашему состоянию. Проставьте отметку (+) в соответствующей колонке (ключ к тесту)	соответствует полностью	соответствует частично	не соответствует
✓	Чаще всего у меня хорошее самочувствие		1	2
✓	Обычно у меня хорошее настроение		1	2
✓	У меня много различных интересов помимо работы		1	2
✓	Я стал раздражительным	2	1	
✓	Я стал чаще болеть в последнее время	2	1	
✓	Мне нравится работать в коллективе		1	2
✓	У меня постоянно меняется настроение	2	1	
✓	В последнее время я чувствую общее недомогание	2	1	
✓	У меня ровный и спокойный характер		1	2
✓	Меня часто одолевают мрачные мысли	2	1	
✓	Мои близкие стали замечать, что у меня портится характер	2	1	
✓	Мне стало трудно общаться с новыми людьми	2	1	
✓	У меня часто бывает подавленное настроение	2	1	
✓	В последнее время меня стали раздражать вещи, к которым я раньше относился спокойно	2	1	
✓	Я стал вялым и безразличным	2	1	
✓	Я часто бываю веселым и общительным		1	2
✓	Мне стало неприятно бывать в местах, где собирается много людей	2	1	
✓	Я стал часто ссориться	2	1	

со своими родными и коллегами			
✓ В последнее время мне реже, чем обычно, хочется встречаться со своими знакомыми	2	1	
✓ Я с удовольствием прихожу на работу		1	2
✓ Моя работа мне перестала нравиться	2	1	
✓ Обычно я работаю легко, без напряжения		1	2
✓ В начале смены мне трудно собраться с силами, чтобы начать работу	2	1	
✓ Во время работы я часто отвлекаюсь и забываю, что нахожусь на рабочем месте	2	1	
✓ Мне всегда хочется как можно быстрее закончить работу и уйти домой	2	1	
✓ Мой рабочий день обычно пролетает незаметно		1	2
✓ Я без труда справляюсь с нормой		1	2
✓ Мне часто приходится заставлять себя работать внимательнее	2	1	
✓ В последнее время мне стало труднее работать	2	1	
✓ Я часто ловлю себя на мысли, что мне просто ничего не хочется	2	1	
✓ Я стал пассивным	2	1	
✓ Я стал забывчивым	2	1	
✓ Мне трудно удержать в памяти даже те дела, которые надо сделать сегодня	2	1	
✓ После работы я всегда чувствую себя разбитым	2	1	
✓ В свободное время мне ничем не хочется заниматься, а только лечь и отдохнуть	2	1	
✓ При чтении книги на меня нападает сонливость	2	1	
✓ Когда я читаю, мне приходится напрягать глаза	2	1	
✓ Я постоянно испытываю неприятные ощущения в глазах	2	1	
✓ В последнее время я	2	1	

стал хуже видеть			
✓ Меня мучают боли в висках и во лбу	2	1	
✓ Когда я работаю, у меня почти все время болят спина и шея	2	1	
✓ У меня отекают ноги	2	1	
✓ У меня иногда возникает ощущение тошноты	2	1	
✓ У меня часто болит голова	2	1	
✓ У меня бывают головокружения	2	1	
✓ Я чувствую постоянную тяжесть в голове	2	1	
✓ У меня бывает ощущение шума или звона в ушах	2	1	
✓ Иногда у меня перед глазами как будто летают блестящие мушки	2	1	
✓ У меня бывают приступы сердцебиения	2	1	
✓ У меня появилась одышка	2	1	
✓ Иногда у меня бывает ощущение, что мне трудно вдохнуть	2	1	
✓ Я стал часто покрываться испариной	2	1	
✓ У меня легко потеют ладони	2	1	
✓ У меня часто выступают красные пятна на шее и щеках	2	1	
✓ Я легко засыпаю ночью		1	2
✓ Я постоянно хочу спать днем	2	1	
✓ Обычно я сплю крепко		1	2
✓ У меня чаще всего беспокойный сон	2	1	
✓ После пробуждения я засыпаю с трудом	2	1	
✓ Утром мне трудно проснуться	2	1	
✓ После сна я обычно встаю вялым, плохо отдохнувшим	2	1	
✓ У меня часто бывает бессонница	2	1	
✓ Я все время чувствую	2	1	

себя усталым							
✓ Я чувствую себя абсолютно здоровым человеком				1		2	
76	Пожалуйста, отметьте для каждой жалобы, как часто она наблюдалась у Вас в течение последних 7 дней , поставив крестик в соответствующем поле с наиболее подходящим ответом (для каждого вопроса можно отметить только один ответ)	0 нет	1 иногда	2 регулярно	2 часто	2 очень часто или постоянно	
✓	Головокружение или предобморочное состояние?						
✓	Боли в мышцах?						
✓	Обмороки?						
✓	Боль в шее?						
✓	Боль в спине?						
✓	Повышенная потливость?						
✓	Учащенное сердцебиение?						
✓	Головная боль?						
✓	Ощущение вздутия живота?						
✓	Затуманенное зрение или точки (мушки) перед глазами?						
✓	Ощущение нехватки воздуха?						
✓	Тошнота или расстройство желудка?						
77	Были ли у Вас в течение последних 7 дней следующие жалобы?	0 нет	1 иногда	2 регулярно	2 часто	2 очень часто или постоянно	
78	Было ли у Вас в течение последних 7 дней :	0 нет	1 иногда	2 регулярно	2 часто	2 очень часто или постоянно	
✓	Внутреннее напряжение?						
✓	Повышенная раздражительность?						
✓	Чувство страха?						
79	В течение последних 7 дней было ли у Вас чувство:	0 нет	1 иногда	2 регулярно	2 часто	2 очень часто или постоянно	
✓	Что все бессмысленно?						
✓	Что Вы ничего и никогда не сможете сделать?						

✓	Что жизнь не имеет смысла?					
✓	Что Вас больше не интересуют ни окружающие Вас люди, ни вещи?					
✓	Что Вы со всем этим не справляетесь?					
✓	«Уж лучше бы умереть?»					
✓	Что больше Вам ничего не доставляет удовольствие?					
✓	Что Вы в безвыходной ситуации?					
✓	Что все это невыносимо?					
80	В течение последних <u>7</u> <u>дней</u> :	0 нет	1 иногда	2 регулярн о	2 часто	2 очень часто или постоянно
✓	Было ли так, что Вам больше ничего не хотелось делать?					
✓	У Вас была нарушена ясность мыслей?					
✓	Вы испытывали трудности с засыпанием?					
✓	Вам было страшно выходить из дома одному?					
81	В течение последних <u>7</u> <u>дней</u> :	0 нет	1 иногда	2 регулярн о	2 часто	2 очень часто или постоянно
✓	Вас было легко взволновать?					
✓	Вы боялись того, чего совсем не стоило бы бояться? (например, животных, высоты, маленьких помещений)?					
✓	Боялись ли Вы ездить на автобусах, трамваях, метро или поездах?					
✓	Испытывали ли Вы неловкость или страх опозориться перед другими людьми?					
✓	Было ли у Вас чувство, что Вам угрожает неизвестная опасность?					
✓	Думали ли Вы о том: «Как жаль, что я не умер раньше?»					
✓	Появлялись ли у Вас мимолетные образы огорчающего или огорчающих					

событий, которые Вы пережили?							
✓ Вам было очень трудно отгонять от себя неприятные мысли о волнующем событии или событиях?							
✓ Были ли Вы вынуждены избегать определенных мест, потому что они вызывали у Вас страх?							
✓ Вы были вынуждены по нескольку раз в день повторять одни и те же действия, прежде чем могли сделать что-то еще?							
82	Выберите, пожалуйста, подходящий для Вас вариант ответа: (шкала оценки усталости: по баллам/чел)	0 нет	1 иногда	3 регулярн о	4 часто	5 очень часто или постоянно	
✓ Меня беспокоит усталость							
✓ Я очень быстро устаю							
✓ Я не делаю много дел в течение дня							
✓ У меня достаточно энергии для повседневной жизни							
✓ Я чувствую физическое истощение							
✓ Мне трудно начать что-нибудь делать							
✓ Мне трудно думать четко и ясно							
✓ У меня нет никакого желания что-нибудь делать							
✓ Я чувствую умственное истощение							
✓ Когда я делаю что-нибудь, я могу довольно хорошо сконцентрироваться							
83	Пожалуйста, прочитайте внимательно каждое утверждение и решите, чувствуете ли вы себя таким образом на вашей работе	1 никогда	2 очень редко	3 редк о	4 часто	5 оче нь час то	6 ежедневн о
✓ Я чувствую себя эмоционально опустошенным(ной), без ярких эмоций и чувств							
✓ К концу рабочего дня я чувствую себя как выжатый							

лимон						
✓ По утрам в рабочие дни у меня плохое настроение, я считаю дни и часы до выходных						
✓ Я хорошо понимаю, что чувствуют мои пациенты, и использую это для более успешного лечения						
✓ Я общаюсь с моими пациентами (больными) только формально, без лишних эмоций и стремлюсь свести время общения с ними к минимуму						
✓ Я чувствую себя энергичным(ой) и эмоционально воодушевленным(ой)						
✓ Я умею находить правильное решение в трудных ситуациях с больными и с коллегами						
✓ Я чувствую неудовлетворенность и потерю интереса к моей работе						
✓ Я могу позитивно влиять на самочувствие и настроение больных (пациентов)						
✓ В последнее время я предпочитаю быть более отстраненным(ой) и бесчувственным(ой) по отношению к тем, с кем мне приходится работать						
✓ Как правило, окружающие меня люди слишком много требуют от меня. Они скорее утомляют, чем радуют меня						
✓ Я работаю с удовольствием, и у меня много планов на будущее, связанных с моим профессиональным развитием. Я верю в их осуществление						
✓ Я испытываю все больше жизненных разочарований						
✓ Я чувствую равнодушие и потерю интереса ко многому,						

что радовало меня раньше						
✓ Я стараюсь эмоционально не реагировать на «трудных» (конфликтных) пациентов						
✓ Мне хочется уединиться и отдохнуть от всего и всех						
✓ Я легко могу создать атмосферу доброжелательности и оптимизма в отношениях с моими коллегами и в отношениях с моими больными						
✓ Я легко общаюсь с больными и их родственниками независимо от их социального статуса и характера						
84	В целом Вы бы оценили состояние Вашего здоровья	1 отличное /2 очень хорошее /3 хорошее /4 среднее /5 плохое				
85	Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад:	1. Значительно лучше, чем год назад 2. Несколько лучше, чем год назад 3. Примерно так же, как год назад 4. Несколько хуже, чем год назад 5. Гораздо хуже, чем год назад				
86	Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?:	1 Да, значительно ограничивает	2 Да, немного ограничивает	3 Нет, совсем не ограничивает		
	✓ Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта					
	✓ Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды					
	✓ Поднять или нести сумку с продуктами					
	✓ Подняться пешком по лестнице на несколько					

пролетов							
✓	Подняться пешком по лестнице на один пролет						
✓	Наклониться, встать на колени, присесть на корточки						
✓	Пройти расстояние более одного километра						
✓	Пройти расстояние в несколько кварталов						
✓	Пройти расстояние в один квартал						
✓	Самостоятельно вымыться, одеться						
87	Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего:						
✓	Пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела	1 да / 2 нет					
✓	Выполнили меньше, чем хотели	1 да / 2 нет					
✓	Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работ или другой деятельности	1 да / 2 нет					
✓	Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)	1 да / 2 нет					
88	Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего:						
✓	Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	1 да / 2 нет					
✓	Выполнили меньше, чем хотели	1 да / 2 нет					
✓	Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	1 да / 2 нет					
89	Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?	1. Совсем не мешало 2. Немного 3. Умеренно 4. Сильно 5. Очень сильно					
90	Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?	1. Совсем не испытывал(а) 2. Очень слабую 3. Слабую 4. Умеренную 5. Сильную 6. Очень сильную					
91	В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому)?	1. Совсем не мешала 2. Немного 3. Умеренно 4. Сильно 5. Очень сильно					
92	Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение	1 все время	2 большую часть времени	3 часто	4 иногда	5 редко	6 ни разу

	последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям						
✓	Вы чувствовали себя бодрым (ой)?						
✓	Вы сильно нервничали?						
✓	Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным (ой) что ничто не могло Вас взбодрить?						
✓	Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным (ой)?						
✓	Вы чувствовали себя полным (ой) сил и энергии?						
✓	Вы чувствовали себя упавшим(ой) духом и печальным(ой)?						
✓	Вы чувствовали себя измученным(ой)?						
✓	Вы чувствовали себя счастливым(ой)?						
✓	Вы чувствовали себя уставшим(ей)?						
93	Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.)?	1. Все время 2. Большую часть времени 3. Иногда 4. Редко 5. Ни разу					
94	Насколько ВЕРНЫМ или НЕВЕРНЫМ представляются по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений?	1 определенн о верно	2 в основном верно	3 не знаю	4 в основно м неверно	5 определенно неверно	
✓	Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие						
✓	Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых						
✓	Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится;						
✓	У меня отличное здоровье						
COVID 19 (заполняется, если заболевание было перенесено)							
95	Был ли у Вас COVID 19?	1 Да			0 нет		

		(сроки:ГОД):	
96	Степень тяжести:	1. Легкое течение 2. Среднетяжелое течение 3. Тяжелое течение 4. Крайнетяжелое течение	
97	Есть ли в настоящее время последствия?	✓ Да/нет Сердечно-сосудистая система _____ ✓ Да/нет Дыхательная система _____ ✓ Да/нет Нервная система _____ ✓ Да/нет Скелетно-мышечная система _____ ✓ Да/нет Когнитивные нарушения _____	

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

(справочное)

Хронометражная карта

Время, затраченное на выполнение трудоого процесса		Элементы трудового процесса	Рабочая поза: (1) стоя, (2) сидя, (3) вынужденная	Голосовые нагрузки: (+) да (-) нет
часы	минуты			
Нормированное рабочее время				
		Планирование рабочего дня		
		Проверка листов назначений, запись в истории болезни		
		Обход/осмотр пациентов		
		Назначение диагностических и лечебных процедур		
		Проведение врачебных манипуляций/операций		
		Анализ результатов лечения пациентов		
		Ночное дежурство (если есть сегодня)		
		Беседы с пациентами и их родственниками		
		Консультации пациентов		
Ненормированное рабочее время				
		Служебные разговоры (совещание, взаимодействие с администрацией)		
		Разговор со средним и младшим персоналом, другими врачами		
		Служебные разговоры по телефону		
Работа с документацией				
		Заполнение историй болезни		
		Заполнение выписных справок		
		Заключения о состоянии здоровья		
Подготовка к работе				
		Работа в библиотеке, с интернет ресурсами		
Повышение квалификации				
		Повышение квалификации на курсах, обмен опытом с другими ЛПУ, дистанционное обучение и т. д.		
Физиологические потребности (личное необходимое время в ЛПУ)				
		Прием пищи, личная гигиена, не связанная с ведением пациентов		