На правах рукописи

Федорова Лилия Темурхановна

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ

3.2.4. Медицина труда

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Новосибирск – 2026

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения российской федерации

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор **Потеряева Елена Леонидовна**

Официальные оппоненты:
доктор медицинских наук, профессор **Бабанов Сергей Анатольевич**
(Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра профессиональных болезней и клинической фармакологии имени заслуженного деятеля науки Российской Федерации, профессора В. В. Косарева, заведующий кафедрой)

доктор медицинских наук, доцент **Кузьмина Светлана Валерьевна**
(Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра психиатрии и медицинской психологии, профессор кафедры)

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Научно-исследовательский институт медицины труда имени академика Н. Ф. Измерова

Защита диссертации состоится «____»_____2026 г. в «_____» часов на заседании диссертационного совета 21.2.046.06, созданного на базе федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (630091, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 52)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Новосибирского государственного медицинского университета (630091, г. Новосибирск, ул. Залесского, д. 4; тел. +7(383)222-68-35; https://new.ngmu.ru/dissers/get-file/5482)
Автореферат разослан «_____» _____ 2026 г.

Ученый секретарь диссертационного совета Константин Юрьевич Макаров

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность избранной темы. Профессия врача – особый вид квалификации, характеризующийся длительным и трудоемким достижением профессионализма и узкой направленностью применения – сферой здравоохранения. Высокая интенсивность труда врача, опасность нанесения вреда собственному здоровью при исполнении служебных обязанностей, быстрая круглосуточная доступность врача по требованию пациента сегодня 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 (Аксенова Е. И., Камынина Н. Н., Турзин П. С., 2023).

В соответствии с моделью C. Maslach (Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С., 2008), 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 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, который не удается успешно преодолеть (https://icd.who.int/ru. Версия: 01/2023). 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 психическому 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 (Мельникова М. Л., 2018). 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 медицинской позиции 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 можно считать только вопрос влияния биологического фактора на здоровье врача (Басырова А. Р. и др., 2023; Мухаметзянов А. М. и др., 2024). 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 (Каменюкин А. Г., 2012).

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 (Вакулюк, В. И. и др., 2019).

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 донозологическом 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 ($r_{выб} = –0,944$), 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 долголетней 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.

В исследовании использованы данные анкетирования, нормативной документации учреждений, касающиеся 346 врачей из лечебных учреждений г. Новосибирска за 2020–2021 г.: 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.) проведено:

1) 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;

2) анкетирование врачей и экспертная оценка результатов. Использованы: когнитивно-поведенческая оценка по опроснику авторов 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» позволяющий оценить интегрально профессиональное выгорание для женщин и мужчин; четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4DSQ) (Смулевич А. Б. и др., 2014); шкалу оценки симптомов усталости D-FIS (Daily Fatigue Investigation Scale) (Fisk J. D., 2002) для оценки степени усталости, которую испытывает врач к моменту окончания трудового дня;

3) 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»;

4) оценка дистресса, депрессии, тревоги и соматизации врачей – клинических ординаторов на этапе профессионального становления (второй год обучения в клинической ординатуре).

Объект исследования – врачи, работающие полный рабочий день как основные сотрудники медицинских учреждений, – 346 человек возраста от 24 до 75 лет, средний возраст (42,97 ± 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 ± 11,87) года. Возрастной диапазон женщин определен в пределах 24–74 лет, средний возраст (43,91 ± 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 %). Сорок один врач (11,85 %)

соответствовал возрастной категории «преклонный» или «пожилой» возраст (диапазон 60–80 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 %). В исследовании приняли участие 212 врачей общетерапевтического профиля (61,27 %) и 134 врача (38,72 %) узких специальностей.

Критерии оценки психо-физиологического состояния (четырехмерный опросник дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (The Four-Dimensional Symptom Questionnaire – 4DSQ), разработанный B. Terluin и соавт. (1996), стандартизированная русскоязычная версия – 4ДДТС) изложены в Таблице 1.

Таблица 1 – 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

Интерпретация результатов теста когнитивно-поведенческой оценки (опросник О. Н. Родиной (https://hr-portal.ru/tool/oprosnik-ocenka-professionalnoy-dezadaptacii): 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 реадаптации; от 32 до 64 баллов – умеренный уровень дезадаптации, требует оказания помощи специалистов по проведению реадаптации; до 32 баллов – низкий уровень дезадаптации, полезно проведение консультативной работы специалистов.

Критерии оценки профессионально обусловленных чувств и переживаний по опроснику «Профессиональное выгорание» изложены в Таблице 2. Тест применен для подвыборки данных, полученных от врачей, относящихся к зрелому возрасту (n = 186), с исключением анкет лиц молодого и пожилого возраста.

Таблица 2 – 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

Критерии оценки ежедневного усталостного воздействия (тест D-FIS):

- показатели 10–21: отсутствие усталости (нормальный);
- показатели 22–32: существенная или чрезмерная усталость.

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-анамнестических, 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 %.

Этические аспекты исследования. Работа выполнена в соответствии с этическими принципами проведения научных медицинских исследований с участием человека, изложенными в Хельсинкской Декларации всемирной медицинской ассоциации и с соблюдением этических норм и правил, предусмотренных Бюллетенем Высшей аттестационной комиссии Министерства образования России № 3 от 2002 г. «О порядке проведения биомедицинских исследований у человека». Проведение исследования одобрено комитетом по этике ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол № 129 от 30.11.2020).

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

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 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 %.

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 ставки; 1,5 ставки – у 91 (26,30 %) врача, 1 ставке – у 223 (64,45 %) врачей; 0,5 ставки – у 16 (4,62 %) врачей. Таким образом, 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. Работа врача требует постоянного самообразования, поэтому большинство опрошенных специалистов отметили дома вечернюю или ночную добровольную работу по подготовке к своей практической профессиональной деятельности. Суммируя индивидуальные усредненные показатели времени, затраченные на профессиональную деятельность, получено значительное увеличение усредненного показателя продолжительности рабочего дня обследованных врачей (в среднем (11,27 ± 1,32) часа).

Соответственно, по показателю напряженности трудового процесса, в частности, режима работы: фактической продолжительности рабочего времени, условия врачебного труда соответствуют классу 3.2 (Руководство Р 2.2.2006-05).

Суммарная голосовая нагрузка у обследованных врачей составила в среднем (7,8 ± 0,40) часа в течение дня, что значительно превышало нагрузки на голосовой аппарат в течение недели (более 25 часов в неделю) и соответствовала 3.2 классу условий труда по тяжести трудового процесса.

Среди 346 опрошенных врачей подлежали ежегодному профилактическому медицинскому осмотру и действительно прошли ежегодный медицинский осмотр 100 % специалистов. Здоровыми признаны 140 врачей (40,5 %). У 206 специалистов имеют место 259 нозологических форм патологии здоровья. Онкологические заболевания имеют место у 5 специалистов. По степени распространенности преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы (28,35 %), на втором месте – заболевания эндокринной системы (22,8 %), на 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 %).

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 4).

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 ± 3,61) года, т. е. дежурства несут врачи молодого и зрелого возраста. Всего количество здоровых лиц в группах указанных возрастных периодов составило 139 человек. 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; $p < 0{,}2$).

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.

К неблагоприятному действию биологического фактора рабочей среды за период исследования присоединился мощный внешний биологический фактор, существенно и длительно влияющий на здоровье человека, – COVID-19. 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 врача перенесли инфекцию трехкратно. Возраст врачей, перенесших COVID-19, определен от 38 до 63 лет, средний возраст (47,82 ± 4,61) года, что соответствует зрелому возрасту. Возраст врачей, не болевших COVID-19, определен от 24 до 74 лет, средний возраст (42,53 ± 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 ± 4,27) суток.

Проведена оценка уровня профессиональной дезадаптации по опроснику О. Н. Родиной. Обследованные специалисты разделены на три группы в соответствии с количеством набранных суммарных баллов (Таблица 3).

Таблица 3 – 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 1 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.

Явление умеренной профессиональной дезадаптации у обследованных специалистов

выявлено в 9,24 %, что согласуется с данными социологических исследований. 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 ± 12,49) года при индивидуальных колебаниях в диапазоне 24–75 лет. Средний возраст врачей, показавших баллы, соответствующие умеренной профдезадаптации, составил (37,63 ± 9,23) года при индивидуальных показателях от 24 до 64 лет. 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 ± 12,42) года. Общий медицинский стаж специалистов с умеренной профессиональной дезадаптацией составил от 1 до 43 лет, в среднем – (15,4 ± 12,85) года. Таким образом, большой медицинский стаж не является обязательной причиной (предиктором) развития профессионального выгорания, трактуемого как профессиональная дезадаптация.

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» (Водопьянова Н. Е., 2009) и 4ДДТС, 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 единовременно 11 женщин (средний возраст (25,27 ± 0,18) года) и

9 мужчин (средний возраст (26,4 ± 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 ± 0,34) балла, у мужчин – на низком (14,96 ± 0,43) балла).

Выявлен умеренно повышенный уровень соматизации как у мужчин, так и у женщин: мужчины – (20,23 ± 0,13) балла; женщины – (16,98 ± 0,04) балла. Уровень дистресса определен также как средний для мужчин и для женщин (17,42 ± 0,09 и 23,33 ± 0,12 соответственно). Определен существенно повышенный уровень депрессии без гендерных отличий: у женщин – (6,81 ± 0,14) балла; у мужчин – (6,88 ± 0,12) балла. Тревожность у женщин определена на более высоком уровне с точки зрения клинического значения, чем у мужчин – (14,16 ± 0,07) балла (сильно повышенный уровень), у мужчин – (13,76 ± 0,07) балла (умеренный уровень).

Таким образом, нервно-эмоциональная нагрузка при обучении оториноларинголога в клинической ординатуре соответствует профессиональному стрессу 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 практикующего врача показал, что фактор профессионального стресса снижает свое действие по сравнению с его действием в клинической ординатуре. В целом во врачебной среде преобладают специалисты с низким уровнем профессиональной дезадаптации (Рисунок 1). Однако тенденция к большей подверженности эмоциональному истощению практикующих врачей-женщин по сравнению с мужчинами прослеживается и далее, что подтверждает статистический анализ данных при опросе по тесту Н. Е. Водопьяновой. Согласно проведенному анкетированию врачей ($n = 344$), гендерная принадлежность у практикующих врачей не определена как статистически значимый фактор в развитии профессиональной дезадаптации ($0,3 < p < 0,5$).

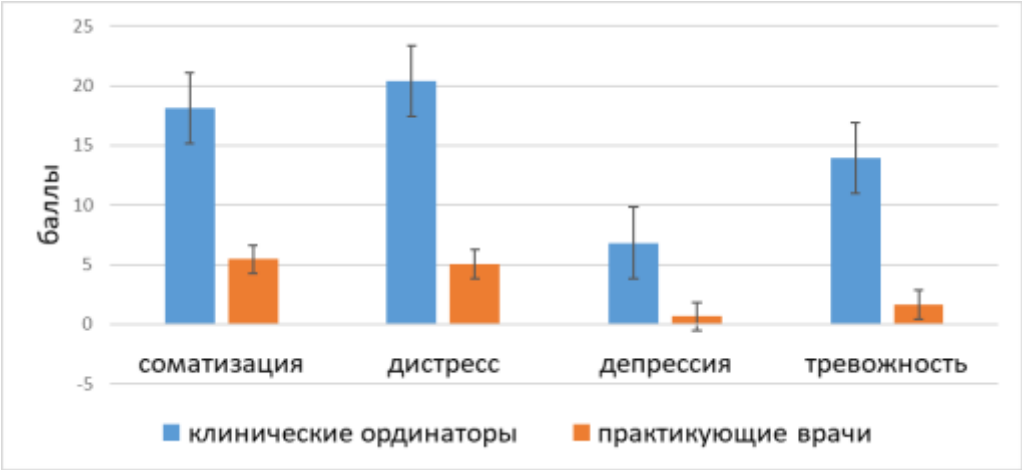


Рисунок 1 – Выраженность пограничных сомато-вегетативных расстройств в период профессионального постдипломного обучения и при практической врачебной деятельности, баллы, M ± m

Однако гендерные отличия влияют на особенности проявления профессиональной психо-физиологической адаптации, что выявлено при тестировании стандартизированным опросником Н. Е. Водопьяновой «Профессиональное выгорание». В группе специалистов с низким показателем профессиональной дезадаптации врачи-мужчины (n = 55) проявили эмоциональное истощение в диапазоне 2–7 баллов (M ± S = 4,970 ± 1,317; Me = 5), что соответствует 1 стену. Врачи-женщины (n = 255) указали эмоциональное истощение от 5 до 18 баллов (M ± S = 12,2 ± 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 ± S = 0,509 ± 0,791; Me = 0), в среднем – соответствует 1 стену. У врачей-женщин диапазон баллов деперсонализации соответствует 0–12 баллов (M ± S = 2,031 ± 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 ± S = 33,818 ± 1,712; Me = 34), что соответствует 1 стену. У женщин редукция личностных достижений определена в пределах 4–45 баллов (M ± S = 33,094 ± 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 ± S = 1,771 ± 0,248; Me = 1,757), что соответствует минимальному 1 стену. У врачей-женщин интегральный показатель ПВ найден в диапазоне 1,248–5,319 балла (M ± S = 2,846 ± 0,505; Me = 2,787), что соответствует 3 стену шкалы ПВ.

В группе специалистов с показателями умеренной профессиональной дезадаптации врачи-мужчины (n = 4) проявили эмоциональное истощение в диапазоне 17–24 баллов (M ± S = 20,250 ± 2,986; Me = 20), что соответствует 6 стену. Врачи-женщины (n = 27) указали эмоциональное истощение от 17 до 31 балла (M ± S = 24,556 ± 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 ± S = 10,500 ± 3,109; Me = 10,500), в среднем соответствует 6 стену. У врачей-женщин диапазон баллов деперсонализации соответствует 4–14 баллам (M ± S = 8,593 ± 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 ± S = 19,250 ± 0,957; Me = 19,5), что соответствует 9 стену. У женщин редукция личностных достижений определена в пределах 10–22 баллов (M ± S = 15,444 ± 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 ± S = 6,43 ± 0,611; Me = 6,294), что соответствует 7 стену. У врачей-женщин интегральный показатель ПВ найден в диапазоне 5,601–8,999 балла (M ± S = 7,182 ± 0,682; Me = 7,218), что также соответствует 7 стену шкалы ПВ.

Согласно результатам теста 4ДДТС, при низкой степени профессиональной дезадаптациии гендерные отличия проявления пограничных психо-вегетативных расстройств имеют место для показателей соматизации и депрессии. Мужчины-врачи (n = 56) по показателю соматизация набрали от 0 до 11 баллов, по показателю дисстресс – от 0 до 16 баллов, по показателю депрессия – 0 до 7 баллов, по показателю тревога – от 0 до 11 баллов. Усредненные показатели указаны в Таблице 4.

Таблица 4 – Уровень пограничных психо-соматических расстройств у врачей-мужчин с низкой степенью профессиональной дезадаптации, M ± S

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

Таблица 5 – Текущий уровень пограничных психо-соматических расстройств у врачей-женщин с низкой степенью профессиональной дезадаптации, M ± S

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

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 эмоционального истощения нивелируются, однако цинизм и обесценивание межличностных отношений (деперсонализация) у женщин выражены на 1 стен меньше, чем у мужчин. Градиент утраты психо-эмоционального компонента при развитии умеренной профдезадаптации у женщин составил 3 стена, а у мужчин 5 стенов.

Семейное положение может требовать от специалиста всегда работать в режиме многозадачности или оказывать психологическое давление, что может сказаться на мотивации к выполняемой работе или способствовать развитию депрессии и профессионального выгорания. Особенности семейного положения обследованных специалистов (n = 340) приведены в таблице.

Таблица 6 – 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. 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.

Большинство опрошенных специалистов (вне зависимости от степени профдезадатации) не меняли место основной работы. Среди врачей с низкой профдезадаптацией наблюдалась высокая отрицательная коррелятивная зависимость между баллами дезадаптации и частотой смены рабочего места $r_{выб} = –0,944$. Среди врачей с умеренной степенью профдезадаптации $r_{выб} = –0,795$, 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.

Состояние здоровья – важный фактор, влияющий как на эмоциональное состояние, так и на физическую возможность профессиональной деятельности. Согласно опроснику SF-36, состояние качества жизни у специалистов с низким и умеренным уровнем профессиональной дезадаптации имеет существенные отличия (Таблица 7).

Таблица 7 – Качество жизни, согласно SF-36, у специалистов с низким и умеренным уровнем профессиональной дезадаптации, M ± S

Исследуемые группы	РН	МН
Низкая профдезадаптация	65,31 ± 1,53*	49,07 ± 6,14*
Умеренная/выраженная профдезадаптация	54,92 ± 3,46	39,83 ± 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. 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.

Анкетирование выявило важный достоверный маркер ухудшения качества здоровья, сопряженный с ростом уровня профессиональной дезадаптации от низкого к умеренному – болевой синдром. Болевые ощущения могут локализоваться в различных анатомических зонах, что не уменьшает значимости найденного статистического отличия. Врачи с умеренным уровнем профессиональной дезадаптации достоверно чаще испытывают боли в шее, боли в спине, головные боли, боли в эпигастрии, боли в груди.

Увеличение уровня профессиональной дезадаптации от низкого 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 профдезадапации), 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 ± 4,358) балла (Me = 4,0). При умеренной профдезадаптации 96,77 % врачей указали проявление соматизации при среднем уровне (12,839 ± 5,550) балла (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.

По шкале «Дистресс» диапазон индивидуальных показателей расширился на 16 баллов (0–16 баллов – при низкой профдезадаптации, 9–32 баллов – при умеренной профдезадапации). 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 ± 43,681) балла (Me = 3,0). При умеренной профдезадаптации 100 % врачей указали проявление соматизации при среднем уровне (18,097 ± 5,486) балла (Me = 17,0). Статистические критерии отличия составили по U-критерию = 113,500; W-критерий = 49568,500; Z – критерий = –9,054; асимптотическая двусторонняя значимость = менее 0,0001.

По шкале «Депрессия» диапазон индивидуальных показателей расширился на пять баллов (0–7 баллов – при низкой профдезадаптации, 0–12 баллов – при умеренной профдезадапации). 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 ± 0,828) балла (Me = 0,0). При умеренной профдезадаптации 98,41 % врачей указали проявления депрессии при среднем уровне (4,000 ± 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.

По шкале «Тревожность» диапазон индивидуальных показателей расширился на 13 баллов (0–11 баллов – при низкой профдезадаптации, 0–24 баллов – при умеренной профдезадапации). 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 ± 1,759) балла (Me = 0,0). При умеренной профдезадаптации 96,77 % врачей указали проявления тревожности при среднем уровне (7,935 ± 5,703) балла (Me = 7,0). Статистические критерии отличия составили по U-критерию = 746,500; W-критерий = 50 201,500; Z-критерий = –8,521; асимптотическая двусторонняя значимость определена менее 0,0001.

Статистические критерии по симптомам профессионального выгорания составили: Эмоциональное истощение: U Манна – Уитни = 12.000; W Вилкоксона = 48 840,000; Z = –9,195; двустороння 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; двустороння 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; двустороння 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; двустороння асимптотическая значимость менее 0,001 (при принятом уровне значимости отличий $p < 0,05$).

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).

На основании проведенных исследований предложены схема (система, Рисунок 2) и алгоритм (Рисунок 3) профессионального выгорания медицинских работников.



Рисунок 2 – Система первичной профилактики профессионального выгорания медицинских работников (блок-схема)

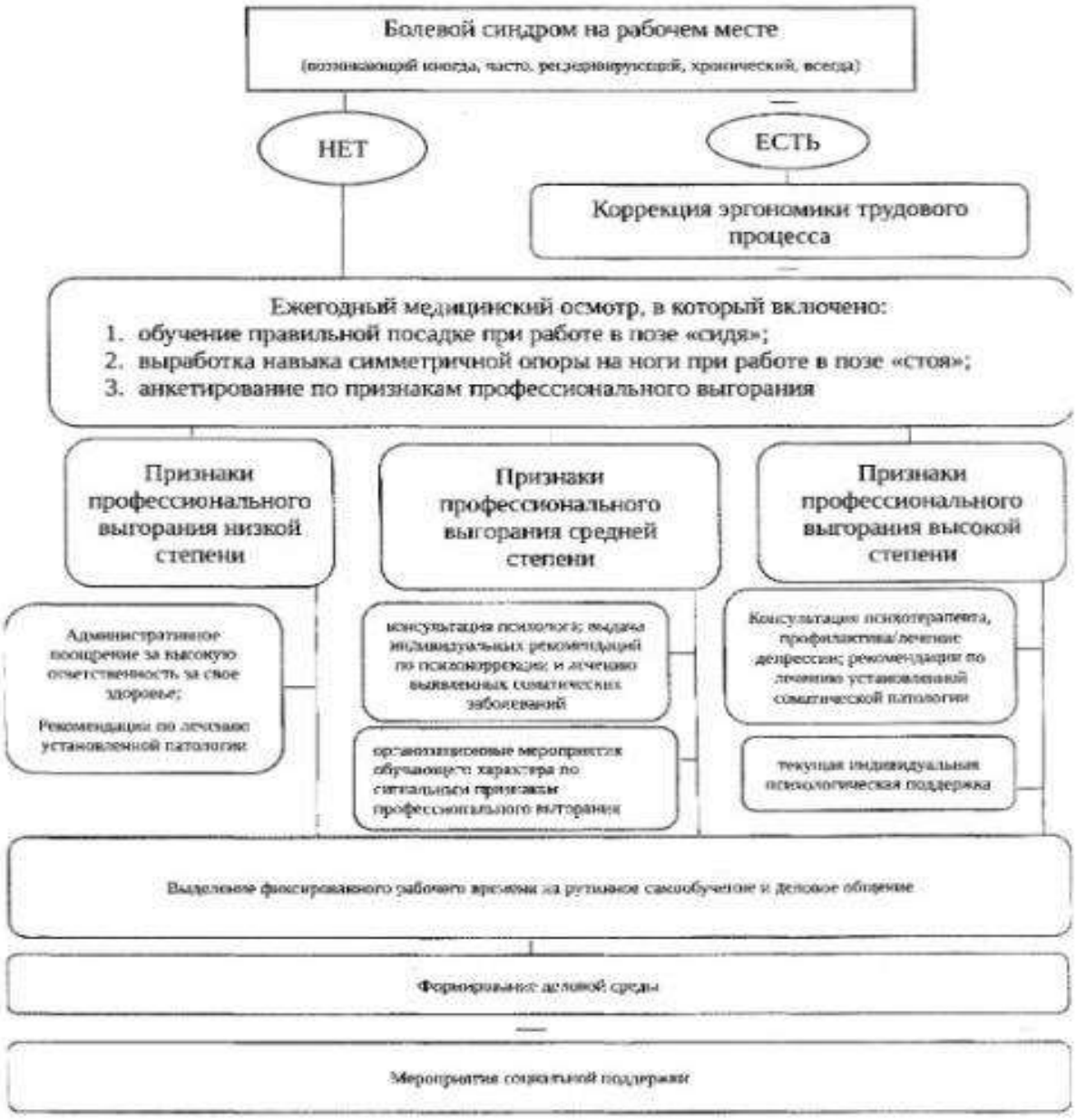


Рисунок 3 – Алгоритм профилактики врачебного профессионального выгорания

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 ± 1,32) часа, а суммарная голосовая нагрузка достигает (7,8 ± 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 (PH) составляет

54,92 ± 3,46 против 65,31 ± 1,53 ($p < 0,05$), а психический (МН) – 39,83 ± 3,07 против 49,07 ± 6,14 ($p < 0,05$). Кроме того, эти врачи достоверно чаще пропускали рабочие дни по больничному листу (в 2019 г. (2,60 ± 1,248) дня против 1,56 ± 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 ± 5,55) балла), а дистресс выявляется у 100 % специалистов этой группы (18,10 ± 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 реадаптации 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.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ АВТОРОМ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Признаки профессионального стресса у клинических ординаторов второго года обучения оториноларингологии / К. Ю. Ушакова, **Л. Т. Федорова**, В. А. Чаукина [и др.] // **Сибирский медицинский вестник**. – 2023. – Т. 7, № 4. – С. 65–68.

2. Переживание телесной боли на рабочем месте как специфический фактор развития профессионального выгорания врача / **Л. Т. Федорова**, Е. Л. Потеряева, М. В. Яшникова, Е. Л. Смирнова // **Медицина в Кузбассе**. – 2024. – Т. 23, № 4. – С. 65–71.

3. Гендерно-социальные особенности профессиональной дезадаптации врача / Е. Л. Потеряева, **Л. Т. Федорова**, Е. Л. Смирнова, И. А. Несина // **Медицина в Кузбассе**. – 2025. – Т. 24, № 4. – С. 52–58.

4. Профессиональное выгорание врачей: проблемы и пути решения / Е. Л. Потеряева, **Л. Т. Федорова**, Е. Л. Смирнова [и др.] // **Медицина в Кузбассе**. – 2026. – Т. 25, № 3. – С. 43–49.

5. **Свидетельство о государственной регистрации базы данных** 2026624418 Российская Федерация. Сравнительная характеристика потенциального воздействия условий труда и трудового процесса, социальных факторов, образа жизни, отношения к профессиональной переподготовке и психологического микроклимата в коллективе на формирование признаков профессионального выгорания у терапевтов, педиатров и хирургов : № 2026624192 : заявл. 04.09.2026 : опубл. 15.09.2026 / Потеряева Е. Л., Новикова И. И., **Федорова Л. Т.**, Чаукина В. А., Савченко О. А. ; правообладатели: ФБУН «Новосибирский научно-исследовательский институт гигиены» Росздравнадзора, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России. – 608 КБ.

6. Влияние факторов трудового процесса на психоэмоциональное состояние начинающих врачей оториноларингологов, обучающихся в клинической ординатуре / **Л. Т. Федорова**, Е. Л. Потеряева, В. А. Чаукина, О. В. Андамова, А. Б. Киселев // Общие

вопросы оториноларингологии : материалы Межрегиональной научно-практической конференции оториноларингологов (02–03 июня 2023 года, Барнаул). Алтайский госуд. медицинский университет. – Барнаул. – 2023. – С. 119–120.

7. Профессиональный стресс учебного процесса и его влияние на соматизацию у клинических ординаторов второго года обучения оториноларингологии / **Л. Т. Федорова**, К. Ю. Ушакова, В. А. Чаукина, А. Б. Киселев // Материалы Научно-практической конференции «весенний консилиум. Просто о сложном» памяти академика РАМН, д.м.н., профессора Юрия Михайловича Овчинникова, 15 марта 2023 г. – Москва, 2023. – С. 99.

8. **Федорова, Л. Т.** Нервно-эмоциональная нагрузка учебного процесса как фактор профессионального стресса у клинических ординаторов второго года обучения / **Л. Т. Федорова** // Материалы XIV Российской (итоговой) научно-практической конференции с международным участием студентов и молодых ученых «Авиценна-2023», посвященной 100-летию со дня рождения профессора В. Е. Яворовской : в 2 т. – Новосибирск : ИПЦ НГМУ, 2023. – Т. 1. – С. 146–147.

9. Стресс и дистресс обучения в клинической ординатуре по специальности оторинорларингология / **Л. Т. Федорова**, К. Ю. Ушакова, В. А. Чаукина, А. Б. Киселев // Актуальные вопросы оториноларингологии : материалы межрегиональной научно-практической конференции оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока с международным участием, 4–5 июля 2023 г. / под общ. ред. А. А. Блоцкого. – Благовещенск : Амурская ГМА, 2024. – Вып. 21. – С. 42–44.

10. **Федорова, Л. Т.** Особенности эргономики трудового процесса как фактор профессионального выгорания врача / **Л. Т. Федорова**, Е. Л. Потеряева // Актуальные вопросы оториноларингологии : материалы Всероссийской научно-практической конференции оториноларингологов с международным участием, 4–5 июля 2024 г. / под общ. ред. А. А. Блоцкого. – Благовещенск : Амурская ГМА, 2024. – Вып. 22. – С. 51–56.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

Ведомость ПМО	ведомость проведения медицинских осмотров
Карта СОУТ	карта специальной оценки условий труда
КЖ	качество жизни
ЛПУ	лечебно-профилактическое учреждение
ОВФП	опасные и вредные производственные факторы
ПВ	профессиональное выгорание
СЭВ	синдром эмоционального выгорания
ВПФ	вредный производственный фактор