



Дальневосточный федеральный университет
Школа медицины и наук о жизни

Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова
Медицинский институт

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Монография

Владивосток



2024

© ФГАОУ ВО ДВФУ, 2024
ISBN 978-5-7444-5619-1

УКД 616-057:614.23
ББК 51.1(2Рос)п:53.07

Авторы:

Марина Владимировна Аленицкая, д-р мед. наук, профессор Департамента общественного здоровья и профилактической медицины Школы медицины и наук о жизни Дальневосточного федерального университета;
Надежда Валерьевна Саввина, д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки РС(Я), заведующая кафедрой организации здравоохранения и профилактической медицины Медицинского института Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова;
Наталья Сергеевна Журавская, д-р мед. наук, профессор кафедры физкультурно-спортивной и оздоровительной работы Владивостокского государственного университета; профессор Института профилактической медицины Тихоокеанского государственного медицинского университета;
Вера Владимировна Аржакова, ведущий консультант отдела государственной службы и кадров Департамента управления делами и кадров Министерства здравоохранения Российской Федерации;
Геннадий Иванович Григорьев, канд. мед. наук, заведующий отделением анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии ГАУ РС(Я) «Республиканская больница № 1– Национальный центр медицины имени М.Е. Николаева»

Рецензенты:

О.В. Плотникова, д-р мед. наук, доцент, заведующая кафедрой гигиены труда, профпатологии Омского государственного медицинского университета;
Р.В. Гарипова, д-р мед. наук, доцент кафедры гигиены, медицины труда Казанского государственного медицинского университета.

Медико-психологическая оценка и психопрофилактика нарушений психического состояния у медицинских работников : монография / М.В. Аленицкая, Н.В. Саввина, Н.С. Журавская, В.В. Аржакова, Г.И. Григорьев. – Владивосток : Изд-во Дальневосточного федерального университета, 2024. – 1 CD-ROM ; [121 с.]. – Загл. с титул. экр. – ISBN 978-5-7444-5619-1. – Текст. Изображение : электронный.

В монографии рассматривается медико-психологическая оценка нарушений психического состояния медицинских работников и предложены меры по их профилактике. Приводятся обзор литературы по данной проблематике и результаты собственных исследований. Предложены рекомендации, направленные на снижение риска развития стрессовых ситуаций, влияния пагубных привычек и снижение в связи с этим уровня заболеваемости медицинского персонала. Кроме научного сообщества, монография, в большей степени, ориентирована на применение результатов исследований в практическом здравоохранении при разработке мероприятий, направленных на минимизацию рисков психоэмоционального фактора и возможных последствий среди персонала медицинских организаций.

Может быть полезна при обучении ординаторов медицинских вузов по направлению подготовки 31.00.00 «Клиническая медицина», 32.00.00 «Науки о здоровье и профилактическая медицина» и магистрантов по направлению 32.04.01 «Общественное здравоохранение».

Ключевые слова: профилактика, медицинские работники, управление рисками, здоровье.

Medical and psychological assessment and psychoprophylaxis of mental disorders in medical workers : monograph / M.V. Alenitckaia, N.V. Savvina, N.S. Zhuravskaya, V.V. Arzhakova, G.I. Grigoriev. – Vladivostok : Publishing House of the Far Eastern Federal University, 2024. – 1 CD-ROM ; [122 p.]. – Title from the title screen. – ISBN 978-5-7444-5619-1. – Text. Image: electronic.

Key words: prevention, medical workers, management of risks, health.

Текстовое электронное издание

Минимальные системные требования:
процессор с частотой 1,3 ГГц (Intel, AMD); оперативная память 256 МБ,
свободное место на винчестере 335 МБ; Windows (XP; Vista; 7 и т.п.)

Программное обеспечение:
Acrobat Reader, Foxit Reader либо любой другой их аналог

Дальневосточный федеральный университет
690922, Приморский край, г. Владивосток, о. Русский, п. Аякс, 10.
Тел.: 8 (423) 226-54-43
E-mail: dvfutip@yandex.ru, prudkoglyad.sa@dvfu.ru

Изготовитель CD-ROM:
Дальневосточный федеральный университет,
690922, Приморский край, г. Владивосток, о. Русский, п. Аякс, 10.

Подписано к использованию 10.01.2024 г.
Объем 2,60 Мб. Тираж 50 экз.

© ФГАОУ ВО ДВФУ, 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	5
Глава 1. СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ	18
1.1. Синдром профессионального выгорания как форма профессиональной деформации личности.....	18
1.2. Эмоциональное выгорание у медицинского персонала фтизиатрических и онкологических подразделений.....	37
1.3. Результаты исследования проблемы профессионального выгорания в учреждении поликлинического звена	42
1.4. Изучение качества жизни врачей в зависимости от степени профессионального выгорания на примере ГБУ РС(Я) «Нерюнгринской ЦРБ».....	53
1.5. Индивидуальные факторы риска.....	58
Глава 2. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РИСКОВАННОГО, ОПАСНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ С ВОЗМОЖНОЙ МАНИФЕСТАЦИЕЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ ВРАЧЕЙ г. ЯКУТСКА	63
2.1. Уровни потребления алкоголя.....	66
2.2. Уровень распространенности потребления алкоголя по отдельным специальностям	68
2.3. Уровни потребления алкоголя среди врачей по национальному признаку	75
2.4. Уровни потребления алкоголя среди врачей по возрасту	80
2.5. Уровни потребления алкоголя среди врачей по гендерному признаку ...	82
Глава 3. ВЗАИМОСВЯЗЬ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЕЙ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ С СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ. ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ	86
3.1. Основные факторы, сопровождающие уровни потребления алкоголя в среде врачей г. Якутска	86
3.2. Влияние факторов риска на уровни потребления алкоголя в группах по врачебной специальности.....	95
3.3. Основные направления профилактики рискованного, опасного и зависимоного потребления алкоголя среди врачей г. Якутска	102
Глава 4. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОЗДАНИЮ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	108
Рекомендации для внедрения в практику	112
Список сокращений	113
Список литературы	114

ВВЕДЕНИЕ

Среди почти 40 тысяч существующих ныне профессий особую социальную нишу занимают медицинские работники. В современных медицинских организациях осуществляет трудовую деятельность более трех миллионов медицинских работников (Алексеев С.В., 2016; Архангельский В. И., 2014; Архангельский В.И., 2012; Гарипова Р.В., 2014; Измеров Ф.Н., 2016; Дубель Е.В., Унгурияну Т.Н., 2018; Сергеева И.В. и др., 2015).

Состояние здоровья данной профессиональной группы значительно влияет на качество медицинской помощи, оказываемой населению. Однако в силу специфики трудовой деятельности медицинский персонал подвержен воздействию неблагоприятных условий труда. Воздействие неблагоприятных факторов производственной среды и трудового процесса приводит к повышению общей и профессиональной заболеваемости трудоспособного населения, временной и стойкой утрате трудоспособности. Профессиональная деятельность работников практического здравоохранения связана с негативным воздействием ряда факторов производственной среды и трудового процесса. К их числу относятся контакты с возбудителями инфекционных заболеваний, антибиотиками, дезинфицирующими средствами, реагентами и прочими химическими соединениями, факторы физической природы, включая недостаточную освещенность рабочих мест, различные виды излучений, шум, вибрацию. Медицинский персонал испытывает значительную интеллектуальную и психологическую нагрузку, связанную с высокой степенью ответственности, необходимостью принимать решения в нестандартных и экстренных ситуациях (Багрий М.А., 2009; Емельянова А.А. и др., 2017; Исаева Е.Р. и др., 2010; Монахов М.С. и др., 2013; Судилова Н.Н. и др., 2017).

В процессе профессиональной деятельности на медицинских работников может действовать комплекс факторов физической, химической, биологической природы. Кроме того, в процессе своей работы, медицинский работник испытывает функциональное перенапряжение отдельных органов и систем организма при воздействии психо-эмоционального фактора (Ластова Е.В., 2005; Кнутикова М.Г., 2007; Гарипова Р.В. и др., 2014; 2015, 2017; Медведева О.В. и др., 2014).

В классических исследованиях Г. Селье, а позднее А. Лазаруса, было показано, что длительное воздействие стресса приводит к таким неблагоприятным последствиям как снижение общей психической устойчивости организма, появление чувства неудовлетворенности результатов своей деятельности.

Врач, медицинская сестра, фельдшер – это профессии, в которых человек (сотрудник учреждения) начинает испытывать чувство внутренней эмоциональной опустошенности из-за постоянных контактов с другими людьми (Потапенко Н.А., 2002; Унгурияну Т.Н., 2013; Бектасова М.В., 2020).

Медицинские работники подвержены интенсивному психоэмоциональному напряжению, осуществляя работу зачастую в экстремальных условиях, при теснейшем общении с разными людьми, включая больных, требующих постоянной заботы и внимания, а также сдержанности. По классификации профессий Шафрановой А.С. по «критерию трудности и вредности», медицинские работники относятся к такой профессии, которая способствует и требует постоянной работы над собой, а также внеурочной работы над предметом (Гарипова Р.В. и др., 2014; 2015, 2017; Медведева О.В. и др., 2014).

Медицинские работники испытывают чувство внутренней эмоциональной опустошенности из-за постоянных контактов с другими людьми, причём на появление и степень выраженности синдрома профессионального выгорания влияет множество факторов. Наиболее тесную связь с выгоранием имеет возраст и стаж работы в профессии. Отмечено, что медицинские работники по сравнению с обслуживающим персоналом испытывают более сильное профессиональное выгорание. Среди медицинских работников по специальностям наибольший уровень наблюдается у врачей-онкологов и среднего медицинского персонала онкологических отделений (Бектасова М.В. и др., 2006, 2008, 2012, 2013, 2014, 2016, 2017; Дудинцева Н.В., 2015; Косарев В.В. и др., 2007, 2009; Труфанова Н.Л., 2015; Naamann F., 2011; Sanderson C., 2012; Wiskow C. et al., 2010).

Стрессоустойчивость индивидуума, причём связанных также связанная с различными профессиями, как проблематика, причём, привлекала внимание психологов с давних пор, в том числе и работающих над этой проблемой в разных направлениях. В классических исследованиях Г. Селье и Р. Лазаруса показано, что длительность воздействия стресса у человека приводит к неблагоприятным последствиям. Это может выражаться в проявлениях неудовлетворенностью своим трудом, частыми неудачами, поражениями, в снижении общей психической устойчивости организма работающего, возрастающими отказами от выполнения работы и заданий в ситуациях повышенных требований (Измеров Н.Ф., 2014, 2015; Мельцер А.В. и др., 2009, Сюрин С.А. и др., 2013; Унгурияну Т.Н., 2013; Бектасова М.В., 2021). Термин «психическое выгорание» в середине XX в. впервые употребил американский психолог Х. Фрейденбергер, как словосочетание в связи с анализом требований, которые предъявляются профессиям социального характера, основное содержание которых составляло межличностное взаимодействие. На современном этапе синдром профессионального выгорания считается состоянием эмоционального и умственного истощения, а также физического утомления, которые возникают в результате хронического стресса при выполнении функциональных обязанностей работником (Бектасова М.В. и др., 2014, 2021; Березин И.И. и др., 2017, 2018; Гарипова Р.В., 2014, 2017, 2018; Ростиков В.П. и др., 2012; Колюхов М.А. и др., 2016; Панков В.А. и др., 2010).

Профессиональная деятельность врача предполагает не только эмоциональную насыщенность, но и психофизическое напряжение, а также значительное количество факторов, которые вызывают стресс, к этим факторам относиться и работа в сверхурочном режиме. Вместе с тем сверхурочная работа может приводить к нарушению здоровья работников: формированию стресса на работе, нарушению сна, расстройству обмена веществ, болезням системы кровообращения и психическим расстройствам, увеличению риска развития онкологических заболеваний, особенно у женщин (Бабанов С.А., 2015; Авхименко Г.В., 2003; Быковская Т.Ю. и др., 2018; Рахманин Ю.А., Михайлова Н.В., 2014; Измеров Н.Ф., 2006; Крюкова Д.А. и др., 2010; Ларенцова Л.И. и др., 2002; Лопаткин В.Г. и др., 2012; Мавренков Э.М., 2010; Мирзонов В.А. и др., 2014; Степанов Р.М., 2008).

Работники здравоохранения – это одна из социальных групп населения, испытывающая на себе все реальные проблемы современной общественной жизни, но призванная в известной мере амортизировать эти проблемы в ходе массовых контактов населения с медицинской сетью. Таким образом, медицинские работники находятся в кругу как собственных жизненных проблем, так и проблем своих пациентов, в известной мере испытывая двойную социально-психологическую нагрузку. По-видимому, все это было одним из факторов, влиявших на здоровье работников здравоохранения в предшествующий период, и не может не сказаться на формировании здоровья медицинских работников в современных условиях.

Важным принципом работы медицинских работников является товарищеская взаимопомощь, коллегиальное решение наиболее сложных и трудных вопросов в их практической деятельности. Тесное общение медицинского работника с коллективом не только помогает ему преодолеть трудности в работе, но и благотворно влияет на его профессиональные и личностные качества, общественное сознание. Во взаимоотношениях с коллегами медицинский работник должен быть честным, справедливым, признавать и уважать их знания, опыт, вклад в свою профессию. Вежливость, тактичность, сдержанность, спокойные ровные отношения с коллегами – вот что украшает любого медицинского работника. Практическое врачевание, особенно в оперативных разделах, нередко требует от медицинского работника особой выдержки, самообладания, профессионального мужества и толерантности. Ответственность за свои действия, за свою работу – качество, обязательное для любой профессии, но для деятельности медицинского работника приобретает особый характер. Зависит это от того, что ни одна профессия не имеет такого близкого, конкретного, повседневного отношения к самому важному и сокровенному для человека: его жизни и смерти. Вследствие этого медицинская ответственность становится не только наиболее высокой и почетной, но и наиболее тяжелой (Ильин Е.П., 2000, Соларева Л.В.,

Фетискин Н.П., 2012). Медицинские работники практически ежедневно сталкиваются с отрицательными эмоциями. Врачи и средний медицинский персонал то выступают в роли утешителя для больных и их родственников, то являются мишенью для их раздражения, а зачастую и агрессии. Именно из-за этого медицинский персонал выстраивает разнообразные барьеры, которые выступают психологической защитой от пациента. Медицинский персонал вынужден становиться менее эмпатичным, это крайне необходимо для избегания профессионального выгорания. Медицинские работники практически всех направлений медицинской деятельности связаны с межличностным взаимодействием. Корректировка психологических воздействий и нарушений, их диагностика – это те актуальные моменты, которые необходимы современным медицинским работникам (Кнутикова М.Г., 2006; Абдылаева И.А., 2018; Головкова Н.Н. и др., 2019; Долгополова И.А. и др., 2016; Каприн А.Д. и др., 2017; Крутько Д.М., Донцов В.В., 2016; Максимов А.Л. и др., 2011).

Несмотря на техническое перевооружение, использование высокотехнологического оборудования, уменьшение ручного труда, сокращение численности персонала, риск профессиональных заболеваний в медицинских организациях остается на высоком уровне. Факторы образа жизни играют ключевую роль в формировании здоровья населения, а, следовательно, и медицинских работников (Бузинов Р.В. и др., 2013; Лебедева-Несевря Н.А., 2014; Лисицын Ю.П., 2009; Лучкевич В.С., 2012; Зайцева Н.В. и др., 2013).

Имеются данные литературы, показывающие широкую распространенность табакокурения и потребления алкоголя среди медицинского персонала (Деревянных Е.В. и др., 2017; Левина Т.В. и др., 2013; Мишкич И.А. и др., 2012; Павлова А.Н. и др., 2017; Толмачев Д.А. и др., 2017; Ikeda Y. et al., 2015; Joos L. et al., 2013).

Во многих исследованиях описан и проанализирован уровень общей и профессиональной заболеваемости медицинского персонала (Амиров Н.Х. и др., 2004, 2014; Бектасова М.В. и др., 2007, 2008, 2014, 2016, 2017; Гатиятуллина Л.Л., 2016; Ермолина Т.А. и др., 2017). Изучено воздействие условий труда на здоровье работников здравоохранения, исследован образ жизни данной профессиональной группы (Деревянных Е.В. и др., 2017; Гарипова Р.В. и др., 2015, 2017, 2018; Салдан И.П. и др., 2019; Гурьянов М.С., 2009, 2010, 2011; Мироненко О.В. и др., 2017; Кобякова О.С. и др., 2018; Чучева М.А., 2017; Biernat E. et al., 2012; Giurgiu D.I. et al., 2013).

Состояние здоровья медицинского персонала в настоящее время продолжает оставаться актуальной проблемой, требующей дальнейшего исследования, в том числе, уточнения факторов, формирующих его нарушения. Немаловажную роль играет система комплексного подхода, направленная на минимизацию

факторов рисков и профилактику заболеваемости медицинских работников современных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность.

Наибольший вклад в формирование состояния здоровья индивида (около 50 %) вносят факторы образа жизни (Лисицын Ю.П., 2009). По данным экспертов ВОЗ причинами более 60 % случаев смертности населения в мире являются неинфекционные заболевания; к числу которых относится сердечно-сосудистая, онкологическая патология, хронические респираторные болезни. Значительную роль в их развитии играют образ жизни и поведенческие факторы риска, такие как курение; злоупотребление алкоголем; недостаток физической активности, нерациональное питание (Байтуганова А.Н. и др., 2018; Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2010; Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2014; Кобякова О.С. и др., 2018; Трубников В.А. и др., 2014).

Согласно Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года одной из основных задач является сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности активной жизни, создание условий и формирование мотивации для ведения здорового образа жизни (Указ Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351 «Об утверждении концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года»). Практически каждый человек независимо от рода деятельности постоянно подвержен рискам в той или иной степени (Lennart S. et al., 2004). Восприятие риска является субъективной оценкой индивида вероятности определенного неблагоприятного события и величины отрицательных последствий данного события. Своевременное и корректное информирование о факторах риска здоровью способствует возникновению мотивации к здоровьесберегающему поведению, как среди общего населения, так и непосредственно в профессиональной группе работников здравоохранения (Renner B. et al., 2008). Медицинское сообщество и, в частности врачи, играют ведущую роль в распространении знаний о здоровом образе жизни. Приверженность медработников к здоровьесберегающему поведению способствует сохранению кадрового потенциала внутри данной профессиональной группы, а также служит примером для населения (Карасева Т.В. и др., 2013; Коплик А.А., 2012; Павлова А.Н. и др., 2017; Петрова Л.Е., 2012). Несмотря на это в среде работников здравоохранения широко распространены поведенческие факторы риска.

Проблема потребления табака медицинским персоналом является актуальной для многих стран мира (Левина Т.В. и др., 2013; Павленко Е.В. и др., 2012; Cement T., 1997; Josseran L., 2000; Yalçınkaya M. et al., 2007; Okeke P. et al., 2012; Mahfouz A.A. et al., 2013; Ryan M. et al., 2015; Widimsky J. et al., 1999). Медицинские работники играют ключевую роль в проведении мероприятий,

направленных на профилактику курения, и являются моделью поведения для пациентов. Широкая распространенность табакокурения среди лиц, занятых в сфере медицины, с одной стороны формирует у населения искаженное восприятие риска от воздействия данного поведенческого фактора, с другой – снижает доверие пациентов к здравоохранению (Бабанов С.А. и др., 2010; Габитова Д.М., 2017; Liss G.M. et al., 1997; Saglam L. et al., 2010; Al Hosani S. et al., 2015; Turkkani M.H. et al., 2015). По данным литературы доля курящих врачей в Дании составляет 23 % среди мужчин и 15 % среди женщин, в Чехии – 24 % и 27 % соответственно. Удельный вес мужчин-врачей общей практики, потребляющих табак, во Франции достигает 34 % женщин-врачей, страдающих никотиновой зависимостью – 25 % (Бабанов С.А. и др., 2010; Cement T., 1997; Josseran L., 2000; Widimsky J. et al., 1999). Уровень превалентности курения среди медицинских работников в Объединенных Арабских Эмиратах, Кувейте и Саудовской Аравии составляет 34 %, 31 % и 14 % соответственно (Al Hosani S. et al., 2015).

В результате исследования M.G. Ficarra и соавторов было установлено, что превалентность курения среди медицинского персонала больниц Италии (44 %) в 2 раза выше, чем среди общего населения (22 %), при этом распространенность курения среди медсестер (49,8 %) превышала данный показатель среди врачей на 15,9 % ($p < 0,01$) (Ficarra M.G. et al., 2010). Обольшей степени подверженности курению среднего персонала; чем врачей свидетельствуют данные Y. Ikeda и соавторов. Изучение образа жизни медработников университетской больницы в Японии показало, что удельный вес медсестер, потребляющих табак, был выше ($p < 0,05$), чем врачей-специалистов как среди мужчин (39 % и 19 %), так и среди женщин (14 % и 3 %) (Ikeda Y. et al., 2015). Социологический опрос, проведенный среди сотрудников медицинского университета в Турции, также свидетельствует о большей превалентности курения среди медицинского персонала среднего звена (34 %), чем среди врачей (19 %) ($p < 0,01$) (Saglam L. et al., 2010). Противоположные результаты были получены в исследовании P.K. Mony и соавторов, в ходе которого изучалась проблема курения медицинскими работниками городской больницы в Индии: удельный вес курящих врачей (6,9 %) был выше, чем среднего медицинского персонала (< 1 %) ($p=0,04$) (Mony P.K. et al., 2015).

Показатели распространенности потребления табака среди медицинских работников в Российской Федерации являются высокими. Активному курению в Москве и Санкт-Петербурге подвержены более 40 % медицинского персонала. По данным Т.В. Левиной частота табакокурения медицинских работников Иркутской области составляет около 55 % среди мужчин и около 22 % среди женщин. Средний возраст приобщения к практике курения составляет $20,7 \pm 6,5$ лет как для врачей, так и для персонала среднего и младшего звена ($p < 0,001$). Около трети курящих медработников имеют высокую никотиновую зависи-

мость. Наибольшая доля лиц, потребляющих более 1 пачки сигарет в день, отмечается среди врачей (8,4 %) (Герасименко Н.Ф. и др., 2007; Левина Т.В. и др., 2011, 2012, 2013; Файтельсон-Левина Т.В. и др., 2008). При опросе медицинского персонала различных медицинских организаций Нижегородской области установлено, что более 20 % всех респондентов потребляют табак постоянно или периодически, при этом треть из них имеют стаж курения более 10 лет (Гурьянов М.С., 2009). В городе Екатеринбурге табачной зависимостью страдают 28,5 % медицинских работников. Табак потребляют около трети всех средних и младших медицинских работников, а также около 25 % врачей-специалистов (Перепелица Д.И., 2007). Анкетирование медицинского персонала клиник больниц города Волгограда показало, что чуть менее половины врачей-мужчин (48 %) являются активными курильщиками (Алпатова Н.С., 2009). Среди медработников, являвшихся слушателями Самарского государственного медицинского университета, не курили лишь 36 % врачей-мужчин, 46 % медицинских сестер и 60 % врачей-женщин (Бабанов С.А. и др., 2010). Данные многих авторов свидетельствуют о большей вовлеченности в процесс табакокурения молодых медицинских работников как женского, так и мужского пола. С одной стороны, это обусловлено негативной тенденцией к омоложению курения, с другой – отказом от потребления табака среди лиц старше 40–50 лет в связи с ухудшением состояния здоровья (Алпатова Н.С., 2009; Кан И.Н. и др., 2011; Левина Т.В. и др., 2013).

В группах работников здравоохранения, профессиональная деятельность которых связана с высокой интенсивностью и напряженностью трудового процесса, а также психологической нагрузкой, курение распространено очень широко. Доля лиц, потребляющих табак среди медицинского персонала отделений анестезиолого-реаниматологического (58 %), хирургического (40 %) профилей, станций скорой медицинской помощи (45 %), значительно выше ($p < 0,05$), чем среди их коллег, работающих в отделениях терапевтического и диагностического профилей (21 % и 18 % соответственно) (Левина Т.В. и др., 2013). Среди основных причин, по которым медицинские работники продолжают курить – желание получить поддержку при нервном напряжении, стимулирующий или расслабляющий эффект, сделать перерыв во время работы (Алпатова Н.С., 2009; Левина Т.В. и др., 2013; Туманов В.В. и др., 2009; Mahfouz A.A. et al., 2013). Многие исследователи подчеркивают высокий уровень алкоголизации работников здравоохранения и, в частности, врачей (Деревянных Е.В. и др., 2017; Говорин Н.В. и др., 2013; Овчинникова М.Г.; 2005; Сидоров П.И., 2003; Akvardar Y. et al., 2004; Okeke P. et al., 2012). В ходе изучения алкоголизации медработников больниц Норвегии, установлено, что только 9 % персонала не употребляли алкоголь в течение года, предшествующего исследованию. Около 13 % лиц,

потреблявших алкоголь, выпивали 6 и более порций спиртного за 1 прием, более 12 % респондентов испытывали симптомы абстиненции на рабочем месте, около 1 % сотрудников отсутствовали на работе по причинам, связанным с последствиями злоупотребления алкоголем в течение последних 12 месяцев (Edvardsen H.M.E. et al., 2014). Результаты анонимного опроса врачей университетской больницы в Турции показали, что 35 % респондентов употребляют спиртные напитки не реже 1 раза в неделю, при этом 4 % опрошенных лиц отмечали потребление 5 и более порций алкоголя за один прием. К основным причинам употребления алкоголя врачи относили желание расслабиться после напряженного трудового дня, а также необходимость отвлечься от социальных проблем (Аквардар У. et al., 2004). Среди медицинских работников больницы в Северной Италии доля лиц, чрезмерно потребляющих алкоголь, составляла около 4 % (Сона М. et al., 2013). Среди обследованного медицинского персонала медицинских специалистов Бельгии доля работников, злоупотребляющих алкоголем, составляла 18 % (Joos L. et al., 2013). Из числа медработников больниц Южной Африки, принимавших участие в исследовании распространенности поведенческих факторов риска, алкогольные напитки употребляли 54 % респондентов (Океке Р. et al., 2012).

Данные российских ученых также свидетельствуют о широкой распространенности потребления алкоголя среди работников здравоохранения. В ходе опроса медицинского персонала Нижегородской области установлено, что алкоголь потребляют 83 % врачей и около 80 % медицинских сестер. Удельный вес врачей и среднего медицинского персонала, принимающих спиртные напитки более одного раза в неделю, составил 6 % и 3 % соответственно. Среди мужчин-врачей около 10 % потребляют спиртное чаще 3 раз в неделю (Гурьянов М.С., 2010). При проведении опроса слушателей института последипломного образования Самарского государственного медицинского университета С.А. Бабанов и соавторы установили, что алкоголь употребляют 81 % врачей и 86 % средних медицинских работников (Бабанов С.А. и др., 2010). При обследовании врачей лечебных учреждений Забайкальского края наркологическая патология, связанная со злоупотреблением алкоголя, была выявлена у 10,6 % лиц. Алкогольные расстройства чаще диагностировались у врачей-мужчин (25 %), чем у врачей-женщин (3 %) ($p < 0,001$). В группе лиц, страдающих алкогольной зависимостью, преобладали врачи хирургических специальностей ($p < 0,01$), среди врачей, не злоупотреблявших алкоголем, преобладали специалисты терапевтического профиля ($p < 0,001$). Наиболее часто зависимость от алкоголя выявлялась среди врачей с профессиональным стажем 10–20 лет ($p < 0,05$) (Говорин Н.В. и др., 2013).

Неотъемлемой составляющей здорового образа жизни является рациональное питание. Однако работы российских и зарубежных авторов свидетельствуют

о несоблюдении медицинскими работниками основных требований, предъявляемых к кратности и режиму потребления пищи, ее качественному и количественному составу (Гурьянов М.С., 2010; Кожевников С.Н. и др., 2013; Шевченко И.Ю. и др., 2012; Albert N.M. et al., 2014; Ikeda Y. et al., 2015). При изучении поведенческих факторов среди персонала университетской больницы в Японии было установлено, что 45 % обследованных лиц ужинали менее чем за два часа до сна, 33 % чаще всего не завтракали по утрам (Ikeda Y. et al., 2015). Среди медицинских работников Ямайки наблюдалось низкое потребление фруктов и овощей – ежедневно данные пищевые продукты включали в рацион только 25 % респондентов. При этом жареное мясо регулярно употребляли 49 % медицинского персонала (Vourne P.A. et al., 2010). Недостаточное потребление фруктов и овощей, как фактор риска, широко распространен среди медработников первичного звена здравоохранения Бразилии. В обследованной группе только 26 % лиц регулярно включали в рацион необходимое количество данных пищевых продуктов (Florindo A.A. et al., 2015).

При изучении питания медсестер в клиниках Соединенных Штатов Америки выявлено, что нерациональная диета характерна для 17 % участников исследования. Большая часть медицинских сестёр (68 %) включала в свой рацион различные снеки (чипсы, крекеры, орешки). Употребляли сладости и фастфуд 50 % и 31 % опрошенных лиц соответственно. Безалкогольные напитки с высоким содержанием сахара потребляли более 60 % участников исследования (Albert N.M. et al., 2014). Данные исследования И.Ю. Шевченко и И.М. Телешун свидетельствуют о том, что большинство врачей (82,8 %) и медицинских сестер (60,3 %) инфекционных стационаров Краснодарского края допускали перерывы между приемами пищи более 5–8 часов. Значительная доля врачей (67 %) и среднего медицинского персонала (62 %) пропускали завтраки и обеды. Заменяли готовые горячие блюда бутербродами более 40 % врачей (Шевченко И.Ю. и др., 2012). Опрос медицинских работников Нижегородской области показал, что питание более чем 65 % респондентов характеризовалось пропусками приемов пищи, недостаточной кратностью включения в рацион горячих блюд, отсутствием полноценного завтрака (Гурьянов М.С., 2010). Исследование Д.А. Толмачева и соавторов показало, что только для одного врача из четырех характерно соблюдение принципов здоровьесберегающего поведения. Так 64 % респондентов из числа врачей, работающих в Республике Удмуртия, не считают необходимым соблюдать режим питания (Толмачев Д.А. и др., 2017). В результате анкетирования было установлено, что 87 % мужчин и 73 % женщин из числа медицинского персонала двух центральных районных больниц Кировской области неумеренно потребляли кондитерские изделия и сладкие блюда. Часто питались фастфудом 87 % и 60 % опрошенных лиц мужского и женского пола

соответственно. Более половины мужчин медицинских работников (53 %) употребляли пищу всухомятку, еще большая часть респондентов мужского пола (93 %) ужинала менее чем за 2 часа до сна (Емельянова С.О., 2015). По данным А.Х. Шамсутдинова, свежие фрукты регулярно присутствовали в рационе $25 \pm 5,5$ % семей врачей сельских амбулаторий Республики Татарстан (Шамсутдинов А.Х. и др., 2011).

Физическая активность многих медицинских работников характеризуется недостаточным уровнем (Бектасова М.В. и др., 2014; Брейкина О.А., 2011; Albert N.M. et al., 2014; Biernat E. et al., 2012; Quist H.G. et al., 2014). Социологическое исследование, проведенное в Польше, свидетельствует, что 53 % врачей-мужчин, 51 % врачей женского пола и 39 % медицинских сестер имели низкий уровень физической активности ($p < 0,05$) (Biernat E. et al., 2012). Результаты опроса врачей Белгородской, Курской и Воронежской областей показали, что физическая нагрузка большинства респондентов (более 50 %) характеризовалась как недостаточная, при этом удельный вес лиц, практикующих занятия физической культурой, снижался по мере увеличения медицинского стажа. При этом около 20 % врачей не считали необходимым увеличивать физическую активность для сохранения здоровья (Брейкина О.А., 2011). По данным М.С. Гурьянова, 64 % медицинских работников городских и сельских учреждений здравоохранения Нижегородской области не занимаются физической культурой и спортом (Гурьянов М.С., 2009, 2010). Среди барьеров, препятствующих повышению физической активности работников здравоохранения, следует отметить отсутствие личной мотивации, поддержки в коллективе и со стороны семьи, а также недостаток финансовых средств (Skaal L. et al., 2011; Skaal L. et al., 2011).

Нерациональное питание и низкий уровень физической активности являются основными факторами риска избыточного веса и ожирения. Ряд авторов сообщают о высоком уровне превалентности данных состояний среди медицинских работников. По данным Abbate С. и соавт. проблема избыточного веса была актуальна для 13,3 % мужчин и 13,6 % женщин среди медицинского персонала крупной сицилийской больницы в Италии (Abbate С. et al., 2006). Ожирению подвержены 11 % женщин и 9 % мужчин в возрасте старше 30 лет среди медработников, принимавших участие в масштабном исследовании, проведенном в Дании (Poulsen K. et al., 2014). В национальном исследовании, выполненном в США, распространенность тяжелого ожирения была выше у медицинских работников молодого и среднего возраста по сравнению со старшей возрастной группой (15,2 % против 8,5 %) (Chou С. F. et al., 2008; Lee D.J. et al., 2012). Среди персонала больницы в Южной Африке нормальные значения индекса массы тела регистрировались только у 27 % обследованных лиц, еще 27 % имели избыточный вес, 46 % страдали ожирением. Однако более половины медицинских

работников были удовлетворены своим весом (Skaal L. et al., 2011). Частота регистрации избыточной массы тела и ожирения среди сотрудников государственной клиники в Малайзии составляла 50 % среди женщин и 34 % среди мужчин из числа медицинского персонала ($p = 0,039$). Превалентность данного фактора ассоциировалась с возрастом старше 50 лет ($p < 0,001$), длительным стажем работы ($p = 0,003$) и низким уровнем дохода ($p = 0,001$) (Mustafa J. et al., 2013). Среди медицинских работников крупной клинической больницы в Румынии индекс массы тела выше 25 имели 71 % врачей, 49 % медицинских сестер, гиперхолестеринемия была характерна для 57 % и 44 % персонала соответственно ($p < 0,05$) (Giurgiu D.I. et al., 2013). Большая часть медицинских сестер крупной больницы города Астаны в Казахстане имеет избыточную массу тела и ожирение (58 %). В ходе исследования выявлен высокий риск развития артериальной гипертензии у медицинских работников с избыточным весом (Файтельсон-Левина Т.В. и др., 2008). В ходе изучения состояния здоровья участников конгресса кардиологов, проходившего в городе Екатеринбурге в 2016 г., установлено, что избыточный вес и ожирение имеют 45 % врачей, гиперхолестеринемия выявлена у 55 % участников исследования (Ротарь О.П. и др., 2017). К основным причинам несоблюдения принципов здорового образа жизни медицинские работники относят усталость после работы, дефицит свободного времени, недостаток материальных средств (Крючкова А.В. и др., 2017, Толмачев Д.А. и др., 2017).

Таким образом, среди медицинских работников широко распространены поведенческие факторы риска, в частности табакокурение и потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность. Отсутствие приверженности медицинских работников к здоровому образу жизни не только неблагоприятно сказывается на состоянии здоровья лиц данной профессиональной группы, но и служит отрицательным примером для пациентов.

На образ жизни населения и его отдельных социальных групп влияет восприятие факторов риска здоровью, которое является субъективной оценкой индивидом вероятности определенного неблагоприятного события, а также величины его отрицательных последствий, и зависит от множества условий, включающих как личностные характеристики индивида, так и особенности того или иного повреждающего фактора (Онищенко Г.Г. и др., 2002; Lennart S. et al., 2004; Menon G. et al., 2008). В многочисленных исследованиях было показано, что население более спокойно относится к рискам, которым подвергается осознанно. Уровень подконтрольности риска индивиду также значительно влияет на его восприятие. Более негативно население относится к повреждающим факторам, неблагоприятный эффект которых возникает мгновенно. Естественные риски, например, природные катаклизмы, воспринимаются с меньшим негативом, чем техногенные. Настороженность снижается при регулярности столкновения с

риском, а также в ситуациях, когда индивид владеет достаточной информацией о факторах риска (Lennart S. et al., 2004; Smedley J. et al., 2003; Schmidt M., 2004).

Большое влияние на восприятие факторов риска здоровью населением оказывают средства массовой информации (СМИ). Концентрируясь не на научных фактах, а на сюжетах, способных вызвать массовый интерес, СМИ преувеличивают значение отдельных факторов (Bomlitz L.J. et al., 2008). Акцентирование внимания общества СМИ и политиками государства на неблагоприятных последствиях применения ядерных технологий, особенно в период 1991–1994 годов, послужило основой для формирования в сознании населения стойких отрицательных стереотипов в отношении атомной энергетики (Мелихова Е.И., 2005).

Такие личностные характеристики, как образование, социальный статус, возраст, являющиеся косвенными индикаторами уровня знаний, а также половая принадлежность, эмоциональное состояние, система ценностей личности значительно влияют на восприятие факторов риска здоровью (Зайцева Н.В. и др., 2010; Ротарь О.П. и др., 2017; Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду: Р 2.1.10.1920-04; Menon G. Et al., 2008).

По данным ВОЗ, максимальный вклад в состояние здоровья человека (около 50 %) вносит образ жизни, значительно меньше доля вклада окружающей среды (20 %) и генетических факторов (15–20 %).

Влияние на здоровье качества медицинского обеспечения еще менее значительно – около 10 % (Лисицын Ю.П., 2009).

Корректное восприятие факторов риска здоровью, в том числе, связанных с образом жизни, способствует формированию мотивации к здоровьесберегающему поведению. Информированности о наличии риска недостаточно для того, чтобы изменить тип поведения индивида.

Так, большинство курильщиков признают, что курение может приводить к развитию серьезных заболеваний. В данном случае риск, ассоциированный с потреблением никотина, воспринимается как общий, а для изменения образа жизни необходимо осознание индивидом, что именно он находится в группе риска (Renner V. et al., 2008).

Рекомендации по вопросам индивидуальных мер профилактики риска здоровью воспринимаются значительно лучше при осознании важности индивидуального поведения в контроле над риском (Абалкина И.Л., 2005).

Профессия медицинского работника требует не только специальных знаний, но и особых душевных качеств, толерантности, самоотдачи. Профессионализм медработника определяется не только тем, насколько хорошо он знает этиологию и патогенез болезней, методы их диагностики и лечения, но и его отношением к пациентам, т.е. умением общаться, учить, советовать. Мотивация к

профессиональной деятельности является ключевым фактором для работы отдельных лиц и организаций и является важным предварительным условием для функционирования системы здравоохранения. Основными действующими лицами в системах здравоохранения, представляющими интерес для исследователей, являются врачи, как социальная группа.

Глава 1. СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

1.1. Синдром профессионального выгорания как форма профессиональной деформации личности

Профессиональная деятельность врачей и некоторых категорий средних медицинских работников связана со значительными интеллектуальными; сенсорными; нервно-эмоциональными нагрузками; многочисленными стрессовыми ситуациями; осуществляется в условиях дефицита времени; отличается высокой степенью моральной и юридической ответственности. Для персонала медицинских организаций характерна значительная продолжительность смены; работа в ночные часы; частые дежурства. Все это приводит к перенапряжению нервной системы и способствует развитию профессионального стресса; синдрома эмоционального выгорания; заболеваний сердечно-сосудистой системы; злокачественных новообразований; снижает субъективную оценку здоровья (Федотова А.А. и др., 2009; Ермолина Т.А. и др., 2009; Багрий М.А., 2009; Балтрукова Т.Б. и др., 2017; Емельянова А.А. и др., 2017; Исаева Е.Р. и др., 2010; Монахов М.С. и др., 2013; Кузьмин А.Г. и др., 2007; Камаев И.А. и др., 2008; Труфанова Н.Л.; 2015; Portela L.F. et al., 2004; Schernhammer E.S. et al., 2001; Акопов, 2014; Дудинцева и др., 2018). Высокая напряженность трудового процесса провоцирует у медицинских работников повышенную утомляемость; раздражительность; нарушения сна (Тетюшкин М.А. и др., 2012; Труфанова Н.Л., 2015). Медицинским работникам приходится ежедневно сталкиваться с разнообразием человеческих характеров, с проявлением боли, страданиями при проведении манипуляций и при уходе за пациентами, особенно тяжелобольными, что приводит к профессиональному выгоранию, которое проявляется комплексом психологических и физических симптомов: общее чувство усталости, неприязнь к работе, подозрительность, общее неопределенное чувство беспокойства (Бородулин В.Н., 2004; Бочкарева Д.А., Окунева Г.В., 2010; Гарипова Р.В. и др., 2018; Чистенко Г.Н. и др., 2017; Штокал К.В., 2018; Takizawa et al., 2005; Arnaiz-Villena et al., 1992; Paulin et al., 2015).

Международная организация труда (МОТ) признала, что профессиональный стресс является серьёзным фактором, влияющим на здоровье работников. Профессиональный стресс – многообразный феномен, выражающийся в психических и соматических реакциях на напряжённые ситуации в трудовой деятельности человека. В настоящее время он выделен в отдельную рубрику в Международной классификации болезней (МКБ-10: Z73 «Проблемы, связанные с трудностями поддержания нормального образа жизни») (Лемешевская Е.П. и

др., 2019). Увеличение уровней тревожности, психосоматические нарушения, а также склонность к депрессии отмечается у медицинских работников с годами эмоционально напряжённой работы, что приводит к использованию медицинскими работниками для купирования неврологических и психических состояний различных седативных средств и ведёт к злоупотреблению алкогольными напитками (пиво, крепкие алкогольные напитки), курением (табакокурение, электронные сигареты) (Балунов В.Д. и др., 2018; Петрухин Н.Н. и др., 2018; Полунина В.А., 2010; Сергеевнин В.И. и др., 2012; Сидоров И.И. и др., 2008; Синякова И.В. и др., 2017; Улунбекова Г.Э., 2010; Smith, Moss, 1994). Такая же ситуация характерна и для зарубежных медицинских специалистов. Так, в Европе и Латинской Америке уровень эмоционального выгорания среди врачей общей практики (терапевтов) составляет от 25 до 50 %, по опросным листам врачей и интернов в США – превышает 77 %. В РФ признаки синдрома эмоционального выгорания по данным отечественных исследований имеют 45–85 % врачей (Шульгина, 2012; Vaussano et al., 2011; Takizawa et al., 2005; Janagond et al., 2017).

Медицинские работники подвержены интенсивному психоэмоциональному напряжению, осуществляя работу зачастую в экстремальных условиях, при теснейшем общении с разными людьми, включая больных, требующих постоянной заботы и внимания, а также сдержанности. По классификации профессий Шафрановой А.С. по «критерию трудности и вредности», медицинские работники относятся к такой профессии, которая способствует и требует постоянной работы над собой, а также внеурочной работы над предметом (Елфимова Ю.Г., и др., 2016; Кайбышев В.Т., 2007; Кузнецова С.В., Мамонов А.В., 2010; Ларенцова В.И. и др., 2002; Огнерубов В.Е., Огнерубова О.Н., 2015; Петрова Е.А., Шагина Т.С., 2018; Полянская Е.А., 2013; Водопьянова А.М., 2009; Сидоров П.И., Юрвикова И.А., 2007, 2008).

Медицинские работники испытывают чувство внутренней эмоциональной опустошенности из-за постоянных контактов с другими людьми, причём на появление и степень выраженности синдрома профессионального выгорания влияет множество факторов. Наиболее тесную связь с выгоранием имеет возраст и стаж работы в профессии. Отмечено, что медицинские работники по сравнению с обслуживающим персоналом испытывают более сильное профессиональное выгорание. Среди медицинских работников по специальностям наибольший уровень наблюдается у врачей-онкологов и среднего медицинского персонала онкологических отделений (Сидоров П.И., Юрвикова И.А., 2007; Синякова И.В. и др., 2017; Трущенко Д.В., 2012; Samuel et al., 1999). Стрессоустойчивость индивидуума, причём связанных также связанных с различными профессиями, как проблематика, причём, привлекала внимание психологов с давних пор, в том числе и работающих над этой проблемой в разных направлениях (Петрухин Н.Н.

и др., 2018; Шульгина Л.Э., 2012). В классических исследованиях Г. Селье и Р. Лазаруса показано, что длительность воздействия стресса у человека приводит к неблагоприятным последствиям (Лазарус Р., 1970; Селье, 1979). Это может выражаться в проявлениях неудовлетворенностью своим трудом, частыми неудачами, поражениями, в снижении общей психической устойчивости организма работающего, возрастающими отказами от выполнения работы и заданий в ситуациях повышенных требований (Водопьянова А.М., Старченкова В.В., 2008; Елфимова, и др., 2016; Сергеевнин В.И. и др., 2012; Синякова И.В. и др., 2017; Труфанова Л.С. и др., 2013).

На современном этапе синдром профессионального выгорания считается состоянием эмоционального и умственного истощения, а также физического утомления, которые возникают в результате хронического стресса при выполнении функциональных обязанностей работником (Петрухин Н.Н. и др., 2018; Шульгина Л.Э., 2012; Takizawa et al., 2005). Профессиональная деятельность врача предполагает не только эмоциональную насыщенность, но и психофизическое напряжение, а также значительное количество факторов, которые вызывают стресс, к этим факторам относятся и работа в сверхурочном режиме. Вместе с тем сверхурочная работа может приводить к нарушению здоровья работников: формированию стресса на работе, нарушению сна, расстройству обмена веществ, болезням системы кровообращения и психическим расстройствам, увеличению риска развития онкологических заболеваний, особенно у женщин (Денисов Э.Н. и др., 2018).

Медицинские работники практически ежедневно сталкиваются с отрицательными эмоциями. Врачи и средний медицинский персонала то выступают в роли утешителя для больных и их родственников, то являются мишенью для их раздражения, а зачастую и агрессии. Именно из-за этого медицинский персонал выстраивает разнообразные барьеры, которые выступают психологической защитой от пациента. Медицинский персонал вынужден становиться менее эмпатичным, это крайне необходимо для избегания профессионального выгорания (Попов А.В. и др., 2017; Сидоров П.И., Юрвикова И.А., 2007; Синякова И.В. и др., 2017). Медицинские работники практически всех направлений медицинской деятельности связаны с межличностным взаимодействием. Корректировка психологических воздействий и нарушений, их диагностика – это те актуальные моменты, которые необходимы современным медицинским работникам (Кузнецова С.В., Мамонов А.В., 2010; Водопьянова А.М., 2009; Сидоров И.И. и др., 2008). Таким образом, медицинский персонал ежедневно подвергается действию вредных факторов производственной среды. Это не только воздействие химических веществ, биологического фактора, шума, вибрации, контакт с неионизирующим и ионизирующим излучением и другими физическими факторами, но и неудобная рабочая

поза, вредные привычки, высокая эмоциональная напряжённость, в сочетании с нерациональным режимом труда и отдыха (Андреева Л.В., Гуров А.В., 2013; Аюпов Т.Н., 2016; Бакиров А.Б. и др., 2012; Большаков А.П., Новикова И.М., 2005; Быковская Т.Ю. и др., 2018; Говорин Н.В., Бодагова Е.А., 2013; Елфимова Ю.Г., и др., 2016; Кузнецова С.В.; *American Journal of Infection Control* Vol. 24(5), 1996).

Факторами, способствующими развитию травматизма, являются большие эмоциональные перегрузки персонала, высокая напряженность трудового процесса, усталость, работа в ночное время, профессиональная неопытность.

Синдром выгорания довольно широко известен и исследуется в зарубежной литературе медико-психологического профиля, однако нельзя сказать, что он уже достаточно хорошо изучен. В отечественной науке этот феномен личностной деформации начал изучаться как самостоятельный лишь с конца 1990-х гг., а до этого он либо обозначался, либо рассматривался в контексте более широкой проблематики (Бойко В.В, 2004; Кайбышев В.Т., 2006; Водопьянова Н.Е., 2005, Хетагурова А.К., 2007). Понятие «эмоциональное выгорание» появилось в психологии сравнительно недавно, около 30 лет назад и широко исследуется в зарубежной психологии. Что касается отечественной науки, то данный феномен как самостоятельный практически не изучался, а рассматривался в контексте более широкой проблематики. В зарубежной литературе этот синдром называется английским словом *burnout*. Термин «*burnout*» сопоставим с такими русскими эквивалентами, как «сгорание», «затухание горения», «выгорание» и т.д.

Впервые термин «*burnout*» был введен американским психиатром Х. Френденбергом в 1974 г. для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами (пациентами) в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи. Первоначально под психическим выгоранием подразумевалось состояние изнеможения с ощущением собственной бесполезности. Позже симптоматика данного синдрома существенно расширилась за счет не только психического компонента, но и психосоматического.

На сегодняшний день «профессиональное выгорание» в наиболее общем виде трактуется как долговременная стрессовая ситуация, возникающая вследствие продолжительных профессиональных стрессов средней интенсивности. Поэтому синдром «психического выгорания» обозначается рядом авторов понятием «профессиональное (эмоциональное) выгорание», что позволяет рассматривать это явление в аспекте личной деформации профессионала под влиянием длительного профессионального стажа (Barth A.R., 1992; Freudenberger H.J., 1994; Kondo K., 2001; Maslach C., 1986; Maslach C., 1985).

«Эмоциональное выгорание» – это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения

эмоций (понижения их энергетики) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия (Бойко В.В. 2004; Никифоров Г., 2003; Касимовская Н.А., 2007; Κυριαcou С. 1987; Pines А., 1988) и представляет собой приобретенный стереотип эмоционального поведения, чаще всего профессионального поведения. По мнению Хетагурова А. К. 2007, Ronginska Т. 1998, Schaufeli W.B. 1999, «выгорание» – отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время могут возникать его дисфункциональные следствия, когда «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности, состоянии здоровья и отношениях с коллегами. Ведущую роль в синдроме «выгорания» играют эмоционально затрудненные или напряженные отношения в системе «человек– человек», к которым относятся отношения между лечащим врачом и трудными больными, отношения между руководителем и подчиненными в конфликтах и т.д.

Другой основоположник идеи «выгорания», К. Маслач, определяет это понятие как «синдром физического и эмоционального истощения, включая развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе и утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам». Доктор К. Маслач подчеркивает, что «выгорание» – это не потеря творческого потенциала, не реакция на скуку, а скорее «эмоциональное истощение, возникающее на фоне стресса, вызванного межличностным общением».

Наиболее ярко синдром «выгорания» проявляется в тех случаях, когда коммуникации отягощены эмоциональной насыщенностью или когнитивной сложностью. Вероятность появления проблемы «выгорания» увеличивается по мере возрастания частоты и продолжительности контактов разрушительной или раздражающей природы.

Существует классификация профессий А.С. Шафрановой (1925) по «критерию трудности и вредности» деятельности:

1. Профессии высшего типа – по признаку необходимости постоянной внеурочной работы над предметом и собой (просвещение, медицина, искусство).

2. Профессии среднего (ремесленного) типа – подразумевают работу только над предметом.

3. Профессии низшего типа – после обучения не требуют работы ни над собой, ни над предметом.

Особая специфика работы позволяет причислить медицинский персонал, к категории «профессий высшего типа», а именно по необходимости постоянной рефлексии на содержание предмета своей деятельности.

Врачи и фельдшера на уровне эмоционального переживания постоянно имеют дело со смертью. Она может выступать для них в трех формах:

1) реальная (бесполезность реанимационных мероприятий, смерть в машине скорой помощи);

2) потенциальная (когда от результатов деятельности врача, фельдшера, от их профессионализма зависит здоровье, а возможно, и жизнь человека). Смерть как угроза, как потенциальная возможность постоянно присутствует в деятельности персонала скорой помощи, вызывая сильнейшее эмоциональное напряжение;

3) фантомная (в виде ее могут выступать жалобы на состояние здоровья мнительного человека, страх и тревога хронического больного, взаимоотношения с родственниками тяжелобольных и даже представление о смерти в общественном сознании).

В каждом из этих случаев для врача и фельдшера существует проблема невключения своих чувств в ситуацию. Это далеко не всегда удается, потому что со всеми этими образованиями (реальной, потенциальной и фантомной смертью) им просто необходимо строить отношения. И только эмоционально зрелая, целостная личность в состоянии решать эти задачи и справляться с подобными трудностями.

Выделяют различные факторы, играющие существенную роль в эмоциональном выгорании. У медицинского персонала выделяют три типа факторов в возникновении «синдрома эмоционального выгорания».

1. Социальный фактор, особенности которого рассмотрены выше.

2. Личностный фактор. Как уже было сказано, «сгорают», как правило, не изначально равнодушные и безучастные к своей работе, и не те, кто в профессиональной деятельности реализует модус социальных достижений или обладания, а наоборот, профессионалы, для которых деятельность изначально значима, сознательно выбрана, предполагает известное эмоциональное отношение, ориентацию на других людей, т.е. реализующие модус служения. Сочувствующий, увлекающийся врач-идеалист, ориентированный на других, при недостаточной связи с реальностью, неумении оценивать критически неблагоприятные факторы, низкой устойчивости к стрессорам медицинских профессий (таким, как боль, страдания, болезнь и смерть) может стать носителем быстро прогрессирующего «синдрома эмоционального выгорания». Но существует и противоположное мнение. По Е. Махер, «авторитаризм» и «низкая степень эмпатии» в сочетании с фанатичной преданностью делу («я всю жизнь мечтал стать врачом») и реакцией на стресс, агрессивностью и апатией (унынием) при невозможности достичь в короткий срок желаемых результатов могут инициировать возникновение симптомов «эмоционального выгорания».

3. Фактор среды (места работы). Огромное значение имеет взаимоотношение с коллегами в коллективе и то, создается или нет ситуация «движения рука об руку», активного совместного решения профессиональных задач в рамках гуманистического ценностного подхода. Коллектив (нередко – включая

администрацию) может снижать мотивацию деятельности своим общим негативным или равнодушным отношением к ней. Кроме того, условия работы могут не способствовать успешному осуществлению профессиональных задач: общая низкая материально-техническая база, отсутствие медикаментов, суточные дежурства и отсутствие полноценного отдыха после них.

Учёт указанных данных свидетельствует о необходимости популяризации знаний о синдроме профессионального выгорания у медицинских работников и его ранних проявлениях с целью его последующей коррекции для сохранения здоровья медицинского персонала и продления его профессионального долголетия.

Существуют различные подходы к анализу этого феномена, нет единого мнения ни о том, представители каких профессий могут быть подвержены «выгоранию», ни о структуре данного синдрома. Многие исследователи полагают, что синдром выгорания характерен в основном для представителей коммуникативных профессий, т.е. работающих в системе отношений «человек–человек», причем наиболее изучена данная проблема у работников социальной сферы (получивших большей частью гуманитарное образование), руководителей и представителей сферы обслуживания.

На сегодняшний день в литературе, посвященной синдрому выгорания, указывается на значительное расширение сфер деятельности, подверженных такой опасности. К ним относятся: учителя, психологи, педагоги, воспитатели детских домов, социальные работники, полицейские и др. Проведенные в различных странах исследования свидетельствуют о том, что особой «группой риска» являются медицинские работники (Балахонов А.В., 2009; Перре, 2003, Никифорова Г.С., 2003; Lazarus R., 1987; Maslach C., 1982; Maslach C.U., 1982).

Однако, несмотря на отдельные публикации, посвященные проблематике профессионального выгорания различных групп работников, до сих пор остается мало освещенной тематика профессионального выгорания такого специфического контингента, как медицинские работники отдельных подразделений.

Исходя из актуальности данной тематики, мы определили целью нашего исследования анализ симптомов и синдромов профессионального выгорания и специфики деятельности медицинских работников поликлиники, способствующих его возникновению.

Симптомы профессионального выгорания указывают на характерные черты длительного стресса и психической перегрузки, которые приводят или могут приводить к полной дезинтеграции различных психических сфер, и прежде всего эмоциональной (Paine W.S., 1982).

Стадии синдрома эмоционального выгорания

Развитие синдрома носит стадийный характер. Сначала наблюдаются значительные энергетические затраты – следствие экстремально высокой положительной установки на выполнение профессиональной деятельности. По мере развития синдрома появляется чувство усталости, которое постепенно сменяется разочарованием, снижением интереса к своей работе. Однако протекание и проявление синдрома носит индивидуальный характер, определяемый различиями в эмоционально-мотивационной сфере, а также условиями, в которых протекает профессиональная деятельность человека. Согласно концепции М. Буриша (Burisch, 1994), в развитии синдрома профессионального выгорания можно выделить несколько главных фаз (Кайбышев В.Т. 2006, Водопьянова Н.Е. 2005, Перре, М. 2003, Tang C.S-K. 1996).

Таблица 1

Фазы развития синдрома профессионального выгорания (по Burisch, 1994)

1. Предупреждающая фаза	а) Чрезмерное участие <ul style="list-style-type: none">• чрезмерная активность, чувство незаменимости;• отказ от потребностей, не связанных с работой, вытеснение неудач и разочарований;• ограничение социальных контактов. б) Истощение <ul style="list-style-type: none">• чувство усталости, бессонница, угроза несчастных случаев
2. Снижение уровня собственного участия	а) По отношению к сотрудникам, ученикам, пациентам т.д. <ul style="list-style-type: none">• потеря положительного восприятия коллег;• переход от помощи к надзору и контролю;• приписывание вины за собственные неудачи другим людям;• доминирование стереотипов в поведении по отношению к сотрудникам, ученикам, пациентам – проявление негуманного подхода к людям. б) По отношению к остальным окружающим <ul style="list-style-type: none">• отсутствие эмпатии, безразличие, циничные оценки.

	<p>с) По отношению к профессиональной деятельности</p> <ul style="list-style-type: none"> • нежелание выполнять свои обязанности; • искусственное продление перерывов в работе, опоздания, уход с работы раньше времени; • акцент на материальный аспект при одновременной неудовлетворенности работой. <p>d) Возрастание требований</p> <ul style="list-style-type: none"> • потеря жизненного идеала, концентрация на собственных потребностях; • чувство переживания того, что другие люди используют тебя, зависть
<p>3. Эмоциональные реакции</p>	<p>a) Депрессия</p> <ul style="list-style-type: none"> • постоянное чувство вины, снижение самооценки; • безосновательные страхи, лабильность настроений, апатия. <p>b) Агрессия</p> <ul style="list-style-type: none"> • защитные установки, обвинение других, игнорирование своего участия в неудачах; • отсутствие толерантности и способности к компромиссу; • подозрительность, конфликты с окружением
<p>4. Фаза деструктивного поведения</p>	<p>a) Сфера интеллекта</p> <ul style="list-style-type: none"> • снижение концентрации внимания, отсутствие способности к выполнению сложных заданий; • ригидность мышления, отсутствие воображения. <p>b) Мотивационная сфера</p> <ul style="list-style-type: none"> • отсутствие собственной инициативы, снижение эффективности деятельности, выполнение заданий строго по инструкциям. <p>с) Эмоционально-социальная сфера</p> <ul style="list-style-type: none"> • безразличие, избегание неформальных контактов; • отсутствие участия в жизни других людей либо чрезмерная привязанность к конкретному; • избегание тем, связанных с работой; • самодостаточность, одиночество, отказ от хобби, скука

5. Психосоматическиерекции	<ul style="list-style-type: none"> • снижение иммунитета; • неспособность к релаксации в свободное время; • бессонница, сексуальные расстройства; • повышенное давление, тахикардия, головные боли; • боли в позвоночнике, расстройства пищеварения; • зависимость от никотина, кофеина, алкоголя
6. Разочарование	<ul style="list-style-type: none"> • отрицательная жизненная установка; • чувство беспомощности и бессмысленности жизни; • экзистенциальное отчаяние

Анализируя фазы развития синдрома, можно заметить определенную тенденцию: сильная зависимость от работы приводит к полному отчаянию, экзистенциальной пустоте.

На первом этапе развития синдрома профессиональная деятельность является главной ценностью и смыслом всей жизни человека. По мнению Буриша, тот, кто выгорает, когда-то должен был загореться. Этот «запал» не несет никаких отрицательных последствий при условии соответствующего удовлетворения. В случае несоответствия между собственным вкладом и полученным или ожидаемым вознаграждением появляются первые симптомы выгорания.

Изменение отношения к профессиональной деятельности от положительной до безразличной и отрицательной можно проследить на примере поведения «выгоревшего» врача, который начинает воспринимать пациента исключительно, как медицинский случай («почки» – из пятой палаты, «инфаркт» – из восьмой). Происходит обезличивание отношений между участниками процесса, которое подавляет проявления гуманных форм поведения между людьми и создает угрозу для личностного развития представителей социальной профессии.

Б. Перлман и Е. Хартман провели сравнительный анализ и сделали обобщение опубликованных с 1974 по 1981 г. работ по проблеме «выгорания». Авторы пришли к выводу, что большинство публикаций относится к группам описательных исследований и только небольшая часть исследований содержит эмпирический материал и статистический анализ данных.

Измерения синдрома профессионального выгорания при различных категориях стресса

Систематизация публикаций, проведенная данными авторами, наглядно демонстрирует, во-первых, категории работников, у которых были обнаружены

симптомы выгорания, во-вторых, многообразие и специфичность симптоматики психического выгорания. Они предложили модель, которая определяет личностные и организационные переменные, связанные с выгоранием.

Три измерения выгорания отражают основные симптоматические категории стресса:

а) физиологическую, сфокусированную на физических симптомах (физическое истощение);

б) аффективно-когнитивную, сфокусированную на установках и чувствах (эмоциональное истощение, деперсонализация);

в) поведенческую, сфокусированную на симптоматических типах поведения (дезадаптация, сниженная рабочая продуктивность) (рисунок).

Эта модель имеет когнитивно-перцептивный фокус с интерпретацией окружающей среды и личностными переменными в своей основе. Как показывает модель, индивидуальные характеристики, рабочее и социальное окружение важны для восприятия и воздействия стресса (выгорания) вместе с эффективным или неэффективным преодолением, влияющим на него.

Таблица 2

Личностные и организационные переменные, связанные с выгоранием

Уровни проявления профессионального выгорания		
Физиологический (физическое истощение)	Аффективно-когнитивный (эмоциональное истощение, деперсонализация)	Поведенческий (дезадаптация, сниженная рабочая продуктивность)

Модель охватывает четыре стадии.

Первая – степень, в которой ситуация способствует стрессу. Существует два наиболее вероятных типа ситуаций, при которых возникает стресс. Навыки и умения субъекта могут быть недостаточными, чтобы соответствовать воспринимаемым или действительным организационным требованиям, либо работа может не соответствовать его ожиданиям, потребностям или ценностям.

Другими словами, стресс вероятен, когда существует противоречие между субъектом и рабочим окружением.

Вторая стадия включает в себя ощущение, переживание стресса. Многие ситуации, способствующие стрессу, не приводят к тому, что люди считают себя находящимися под воздействием стресса. Движение от первой стадии ко второй зависит от ресурсов личности, так же как от ролевых и организационных переменных.

Третья стадия описывает три основных класса реакций на стресс, а четвертая представляет собой последствия стресса.

Выгорание как многогранное переживание хронического эмоционального стресса относится к четвертой стадии.

Переменные, значимо связанные с «выгоранием», могут быть распределены в модели следующим образом: организационные и индивидуальные характеристики располагаются в верхней и нижней части модели и воздействуют

- на восприятие субъектом роли и организации;
- на ответную реакцию на это восприятие;

• на реакцию организации на симптомы, проявляющиеся у работника (на третьей стадии), которые затем могут привести к последствиям, обозначенным на четвертой стадии. Именно с этой точки зрения должна пониматься многомерная природа «выгорания». Поскольку организация реагирует на эти симптомы, то возможны разнообразные последствия, например неудовлетворенность, текучесть кадров, выгорание. В результате проведенного контент-анализа имеющихся в литературе определений и симптомов выгорания Перлман и Хартман предложили следующее определение выгорания: выгорание – это ответ на хронический эмоциональный стресс, включающий в себя три компонента: эмоциональное и/или физическое истощение; снижение рабочей продуктивности; (сверх) деперсонализация. Авторы не включают в понятие такие симптомы, как негативная «Я-концепция», гнев, цинизм, подозрительность, депрессия, сверхдоверчивость, ригидность.

В 1981 г. К. Маслач, один из ведущих специалистов по изучению «синдрома выгорания», выделила его разрушительные симптомы: чувство эмоционального истощения и изнеможения, агрессивные и упаднические чувства, развитие негативных отношений к клиентам – дегуманизация и деперсонализация, негативное самовосприятие в профессиональном плане – недостаток чувства профессионального мастерства и профессиональной уверенности.

Б. Перлман и Е. Хартман в 1982 г. выделили три группы переменных, оказывающих определенное влияние на развитие синдрома выгорания в профессиях типа «человек–человек»: личностные, ролевые и организационные.

Личностные факторы – экстраверсия/интроверсия; реактивность; пол; возраст; авторитаризм; самоуважение; трудоголизм; поведенческая реакция на стресс по типу А (предпочитаемые человеком стратегии преодоления кризисных ситуаций); уровень эмпатии; мотивация, степень удовлетворенности профессией и профессиональным ростом; стаж и др. Ролевые факторы – ролевые конфликты; ролевая неопределенность.

Организационные факторы – время, затрачиваемое на работу; неопределенное (или трудно измеримое) содержание труда; работа, требующая

исключительной продуктивности и постоянного повышения профессионализма; работа, требующая соответствующей подготовки (тренировки); неопределенность или недостаток ответственности; характер руководства, не соответствующий содержанию работы.

Таким образом, при изучении профессионального выгорания прослеживаются корреляции с административными, управленческими и коммуникативными характеристиками организации, психологическим климатом, статусно-ролевыми и личностными особенностями персонала.

В 1983 г. Е. Махер на основе обобщения данных, описанных многими авторами, составил перечень симптомов «выгорания»:

- усталость, утомление, истощение;
- психосоматические недомогания;
- бессонница;
- негативное отношение к клиентам;
- скудность репертуара рабочих действий;
- злоупотребление химическими агентами: табаком, кофе, алкоголем, наркотиками;
- отсутствие аппетита или, наоборот, переедание;
- негативная «Я-концепция»;
- агрессивные чувства (раздражительность, напряженность, тревожность, беспокойство, взволнованность до перевозбуждения, гнев);
- упадническое настроение и связанные с ним эмоции – цинизм, пессимизм, апатия, депрессия, чувство бессмысленности и безнадежности;
- переживание чувства вины и зависимости.

Х. Кюйнарпуу называет последние три симптома «разрушающими», а остальные – их следствиями.

По мнению К. Кондо (1991), «эмоциональное сгорание» имеет процессуальный характер. К. Кондо кратко определяет burnout как дезадаптированность к рабочему месту из-за чрезмерной нагрузки и неадекватных межличностных отношений. По его данным, «выгоранию» больше подвержены те, кто работает страстно, с особым интересом и высокой мотивацией. Люди, в течение долгого времени помогающие другим, начинают чувствовать разочарование, если не удастся достичь того эффекта, которого они ожидали.

Такая работа сопровождается чрезмерной потерей психической энергии, приводит к психосоматической усталости (изнурению) и эмоциональному истощению (исчерпыванию) и как результат – беспокойству (тревоге), раздражению, гневу, пониженной самооценке на фоне нарушения сердечно-сосудистой деятельности, дисфункции дыхания, желудочно-кишечных расстройств, головных

болей и нарушения сна, что может сказываться на семейных и производственных отношениях.

Основные симптомы синдрома выгорания

В 1986 г. К. Маслач выделила следующие ключевые признаки наличия или отсутствия синдрома «эмоционального выгорания»:

- индивидуальный предел самосохранности – «потолок» возможностей нашего эмоционального «Я» противостоять истощению, противодействовать «выгоранию»;

- внутренний психологический опыт, включающий позитивные чувства, конструктивные установки, мотивы, ожидания;

- негативный индивидуальный опыт, в котором сконцентрированы проблемы, дистресс, дискомфорт, дисфункции и/или их негативные последствия.

Среди первых симптомов профессионального (или же эмоционального) выгорания – общее чувство усталости, неприязни к работе, общего неопределенного беспокойства.

Наиболее часто встречающиеся симптомы при профессиональном выгорании следующие.

Симптом переживания психотравмирующих обстоятельств. Проявляется усиливающимся осознанием психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, которые трудно или вовсе неустранимы. Если человек не ригиден, то раздражение ими постепенно растет, накапливается отчаяние и негодование. Неразрешимость ситуации приводит к развитию прочих явлений «выгорания».

Симптом «неудовлетворенности собой». В результате неудач или неспособности повлиять на психотравмирующие обстоятельства человек обычно испытывает недовольство собой, избранной профессией, занимаемой должностью, конкретными обязанностями.

Действует механизм «эмоционального переноса» – энергетика направляется не только и не столько вовне, сколько на себя. По крайней мере, возникает замкнутый энергетический контур «Я и обстоятельства»: впечатления от внешних факторов деятельности постоянно травмируют личность и побуждают ее вновь и вновь переживать психотравмирующие элементы профессиональной деятельности.

В этой схеме особое значение имеют внутренние факторы, способствующие появлению эмоционального выгорания: интенсивная интериоризация обязанностей, роли, обстоятельства деятельности, повышенная совестливость и чувство ответственности.

Симптомы «загнанности в клетку». Когда психотравмирующие обстоятельства очень давят и устранить их невозможно, к нам часто приходит чувство

безысходности. Мы пытаемся что-то изменить, еще и еще раз обдумываем неудовлетворительные аспекты своей деятельности. Это приводит к усилению психической энергии за счет индукции идеального: работает мышление, действуют планы, цели, установки, смыслы, подключаются образы должного и желаемого. Сосредоточение психической энергии достигает внушительных объемов. И если она не находит выхода, если не сработало какое-либо средство психологической защиты, включая эмоциональное выгорание, то человек переживает ощущение «загнанности в клетку».

Это состояние интеллектуально-эмоционального затора, тупика. В жизни мы часто ощущаем состояние «загнанности в клетку», и не только по поводу профессиональной деятельности. В таких случаях мы в отчаянии произносим: «неужели это не имеет пределов», «нет сил с этим бороться», «я чувствую безысходность ситуации». Нас повергает в исступление бюрократическая казенщина, организационная бестолковщина, людская непорядочность, повседневная рутинность.

Симптом «тревоги и депрессии». Тревожно-депрессивная симптоматика в связи с профессиональной деятельностью в особо осложненных обстоятельствах, побуждающих к эмоциональному выгоранию как средству психологической защиты. Чувство неудовлетворенности деятельностью и собой порождает мощные энергетические напряжения в форме переживания ситуативной или личностной тревоги, разочарования в себе, в избранной профессии, в конкретной должности или месте работы. Симптом «тревоги и депрессии» – пожалуй, крайняя точка в формировании тревожного напряжения при развитии эмоционального выгорания.

Симптом «неадекватного избирательного эмоционального реагирования». Несомненный признак «выгорания», когда профессионал перестает улавливать разницу между двумя принципиально различающимися явлениями: экономичное проявление эмоций и неадекватное избирательное эмоциональное реагирование.

В первом случае речь идет о выработанном со временем полезном навыке (подчеркиваем это обстоятельство) подключать к взаимодействию с деловыми партнерами эмоции довольно ограниченного регистра и умеренной интенсивности: легкая улыбка, приветливый взгляд, мягкий, спокойный тон речи, сдержанные реакции на сильные раздражители, лаконичные формы выражения несогласия, отсутствие категоричности, грубости. Такой режим общения можно приветствовать, ибо он свидетельствует о высоком уровне профессионализма. Он вполне оправдан в случаях:

- если не препятствует интеллектуальной проработке информации, обуславливающей эффективность деятельности. Экономия эмоций не снижает «вхождение» в партнера, т. е. понимание его состояний и потребностей, не мешает принятию решений и формулировке выводов;

- если не настораживает и не отталкивает партнера;
- если, при необходимости, уступает место иным, адекватным формам реагирования на ситуацию. Например, профессионал, когда требуется, способен отнестись к партнеру подчеркнуто вежливо, внимательно, с искренним сочувствием.

Совсем иное дело, когда профессионал неадекватно «экономит» на эмоциях, ограничивает эмоциональную отдачу за счет выборочного реагирования на ситуации субъектов деятельности. Действует принцип «хочу или не хочу»: сочту нужным – уделю внимание данному партнеру, будет настроение – откликнусь на его состояния и потребности. При всей неприемлемости такого стиля эмоционального поведения он весьма распространен.

Дело в том, что человеку чаще всего кажется, будто он поступает допустимым образом.

Однако субъект общения или сторонний наблюдатель фиксирует иное – эмоциональную черствость, неучтивость, равнодушие.

Симптом «эмоционально-нравственной дезориентации». Он является логическим продолжением неадекватного реагирования в отношениях с деловым партнером. Нередко у профессионала возникает потребность в самооправдании. Не проявляя должного эмоционального отношения к субъекту, он защищает свою стратегию. При этом звучат суждения: «это не тот случай, чтобы переживать», «такие люди не заслуживают доброго отношения», «таким нельзя сочувствовать», «почему я должен за всех волноваться».

Подобные мысли и оценки со всей очевидностью свидетельствуют о том, что эмоции не пробуждают или недостаточно стимулируют нравственные чувства.

Ведь профессиональная деятельность с людьми не знает исключений. Врач не имеет морального права делить больных на «хороших» и «плохих». Учитель не должен решать педагогические проблемы подопечных по собственному выбору. Обслуживающий персонал не может руководствоваться личными предпочтениями: «этого клиента обслужу быстро и хорошо, а этот пусть подождет и понервничает».

К сожалению, в жизни мы нередко сталкиваемся с проявлениями эмоционально-нравственной дезориентации. Как правило, это вызывает справедливое возмущение, мы осуждаем попытки поделить нас на достойных и недостойных уважения. Но с такой же легкостью почти каждый, занимая свое место в системе межличностных отношений, допускает эмоционально-нравственную дезориентацию. В нашем обществе привычно исполнять свои обязанности в зависимости от настроения и субъективного предпочтения.

Это свидетельствует, если можно так сказать, о раннем периоде развития цивилизации в сфере субъектно-субъектных отношений.

Симптом «расширения сферы экономии эмоций». Такое доказательство эмоционального выгорания имеет место в тех случаях, когда данная форма защиты осуществляется вне профессиональной деятельности – дома, в общении с приятелями и знакомыми. Случай известный: на работе человек до того устает от контактов, разговоров, ответов на вопросы, что ему не хочется общаться даже с близкими. Кстати, часто именно домашние становятся первой «жертвой» эмоционального выгорания.

Симптом «редукции профессиональных обязанностей». Термин «редукция» означает упрощение. В профессиональной деятельности, связанной с людьми, редукция проявляется в попытках облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат.

По пресловутым «законам редукции» нас, субъектов в сфере обслуживания, лечения, обучения и воспитания, обделяют элементарным вниманием. Врач не находит нужным дольше побеседовать с больным, побудить к подробному изложению жалоб. Анамнез получается скудным и недостаточно информативным. Больной жалуется на кашель, его надо послушать с помощью фонендоскопа, задать уточняющие вопросы, но вместо этих операций, требующих подключения эмоций, доктор ограничивается направлением на флюорографию. Медсестра, пришедшая к вам на дом сделать укол, не обронила доброго слова, «забыла» дать пояснения к приему назначения. Официант «не замечает», что надо сменить или хотя бы стряхнуть скатерть на вашем столике. Проводник не спешит предложить чай пассажирам. Стюардесса, общаясь с вами, смотрит «стеклянными глазами». Одним словом, редукция профессиональных обязанностей – привычная спутница бескультурья в деловом общении.

Симптом «эмоционального дефицита». К профессионалу приходит ощущение, что эмоционально он уже не может помогать субъектам своей деятельности, не в состоянии войти в их положение, соучаствовать и сопереживать, отзываться на ситуации, которые должны трогать, побуждать усиливать интеллектуальную, волевою и нравственную отдачу. О том, что это ничто иное как эмоциональное выгорание, свидетельствует прошлое: некоторое время тому назад таких ощущений не было, и личность переживает их появление. Постепенно симптом усиливается и приобретает более осложненную форму: все реже проявляется недостаток положительных эмоций и все чаще возникают отрицательные. Резкость, грубость, раздражительность, обиды, капризы дополняют симптом «эмоционального дефицита».

Симптом «эмоциональной отстраненности». Личность почти полностью исключает эмоции из сферы профессиональной деятельности. Ее почти ничто не волнует, почти ничто не вызывает эмоционального отклика – ни позитивные обстоятельства, ни отрицательные. Причем это не исходный дефект эмоциональ-

ной сферы, не признак ригидности, а приобретенная за годы работы с людьми эмоциональная защита. Человек постепенно научается работать как робот, как бездушный автомат. В других сферах он живет полнокровными эмоциями.

Реагирование без чувств и эмоций – наиболее яркий симптом «выгорания». Он свидетельствует о профессиональной деформации личности и наносит ущерб субъекту общения. Партнер обычно переживает проявленное к нему безразличие и может быть глубоко травмирован. Особенно опасна демонстративная форма эмоциональной отстраненности, когда профессионал всем своим видом показывает: «наплевать на вас».

Симптом «личностной отстраненности, или деперсонализации». Проявляется в широком диапазоне умонастроений и поступков профессионала в сфере общения. Прежде всего отмечается полная или частичная утрата интереса к человеку – субъекту профессиональной деятельности. Он воспринимается как неодушевленный предмет, как объект для манипуляций – с ним приходится что-то делать. Объект тяготит своими проблемами, потребностями, неприятно его присутствие, сам факт его существования.

Личность утверждает, что работа с людьми неинтересна, не доставляет удовлетворения, не представляет социальной ценности. В наиболее тяжелых формах «выгорания» личность рьяно защищает свою антигуманистическую философию: «ненавижу...», «презираю...», «взять бы автомат и всех...». В таких случаях «выгорание» смыкается с психопатологическими проявлениями личности, с невротоподобными или психопатическими состояниями. Таким личностям противопоказана профессиональная деятельность с людьми. Но они ею заняты, поскольку нет психологического подбора кадров и аттестации.

Симптом «психосоматических и психовегетативных нарушений». Как следует из названия, симптом проявляется на уровне физического и психического самочувствия.

Обычно он образуется по условно-рефлекторной связи негативного свойства: многое из того, что касается субъектов профессиональной деятельности, провоцирует отклонения в соматических или психических состояниях. Порой даже мысль о таких субъектах или контакт с ними вызывает плохое настроение, дурные ассоциации, бессонницу, чувство страха, неприятные ощущения в области сердца, сосудистые реакции, обострения хронических заболеваний.

Переход реакций с уровня эмоций на уровень психосоматики свидетельствует о том, что эмоциональная защита – «выгорание» – самостоятельно уже не справляется с нагрузками, и энергия эмоций перераспределяется между другими подсистемами индивида. Таким способом организм спасает себя от разрушительной мощи эмоциональной энергии.

Серьезными проявлениями «выгорания» являются психосоматические недомогания, поведенческие изменения и ригидность. Если человек обычно болтлив и несдержан, он может стать тихим и отчужденным. Или, наоборот, человек, который обычно тих и сдержан, может стать очень разговорчивым, вступать в беседу с любым и каждым. Жертва «выгорания» может стать жесткой и ригидной в мышлении. В конечном счете она впадает в депрессию и начинает воспринимать ситуацию как «безнадежную», а также может даже пристраститься к алкоголю и наркотикам.

Анализ конкретных исследований синдрома «психического выгорания» показывает, что основные усилия психологов были направлены на выявление факторов, вызывающих «выгорание». Традиционно они группировались в два больших, которые были рассмотрены ранее, но некоторые авторы выделяли и третью группу факторов, рассматривая содержательные аспекты деятельности как самостоятельные.

Основная идея подхода, предложенного, например, американскими учеными К. Маслач и С. Джексон, заключается в том, что «выгорание» – результат несоответствия между личностью и работой. Увеличение этого несоответствия повышает вероятность возникновения «выгорания». Авторы выходят за рамки интерперсонального подхода и рассматривают «выгорание» как проявление «выгорания» человеческой души в целом, независимо от типа профессиональной деятельности. Ими предлагается шесть сфер такого несоответствия:

1. Несоответствие между требованиями, предъявляемыми к работнику, и его ресурсами. Основным является предъявление повышенных требований к личности и ее возможностям. «Выгорание» может привести к ухудшению качества работы и разрыву взаимоотношений с коллегами.

2. Несоответствие между стремлением работников иметь большую степень самостоятельности в своей работе, определять способы достижения тех результатов, за которые они несут ответственность, и жесткой нерациональной политикой администрации в организации рабочей активности и контролем за ней.

3. Несоответствие работы и личности ввиду отсутствия вознаграждения, что переживается работником как непризнание его труда.

4. Несоответствие личности и работы ввиду потери чувства положительного взаимодействия с другими людьми в рабочей среде.

5. Несоответствие между личностью и работой, которое может возникнуть при отсутствии представления о справедливости на работе. Справедливость обеспечивает признание и закрепление самооценности сотрудника.

6. Несоответствие между этическими принципами и принципами личности и требованиями работы. Например, человека обязывают вводить кого-то в заблуждение, говорить что-то, не соответствующее действительности, и т. п.

Данный подход представляется перспективным, поскольку позволяет найти совокупное влияние различных факторов в каждом конкретном случае «выгорания», обеспечить адекватные превентивные меры и перейти от рассмотрения «выгорания» к его устранению.

Как уже упоминалось выше, медицинских работников первоначально относили к лицам, потенциально подверженным «выгоранию». Их «сгорание» объяснялось специфическими особенностями «помогающих профессий». Специфика работы на скорой помощи и в других медицинских учреждениях отличается большим количеством эмоционально насыщенных и часто когнитивно сложных межличностных контактов, что требует от человека большого субъективного вклада в ежедневные профессиональные дела.

Профессиональная деятельность медицинских работников предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс. Эмоции, как правило, амбивалентны: удовлетворение по поводу успешно проведенного лечения, чувство собственной значимости, сопричастности другим людям, одобрение и уважение коллег; но и сожаление, угнетение из-за неправильного диагноза или ошибки в лечении, зависть к преуспевающим коллегам, разочарование в профессии.

1.2. Эмоциональное выгорание у медицинского персонала фтизиатрических и онкологических подразделений

В нашей работе мы провели сравнительную оценку распространенности и психологических особенностей синдрома профессионального выгорания врачей и специалистов в области сестринского дела онкологических и фтизиатрических лечебных учреждений. Сравнительная характеристика фаз профессионального выгорания у врачей и среднего медицинского персонала фтизиатрической и онкологических служб проводилась по методикам тестирования К. Маслач и С. Джексона; В.В. Бойко (таблица 3).

При тестировании по методике К. Маслач у 64,8 % респондентов было отмечено профессиональное выгорание (62,0 % у медицинского персонала противотуберкулёзных диспансеров; 73 % – онкологических диспансеров).

В 65,0 % случаях профессиональное выгорание отмечалось при исследованиях по методике В. В. Бойко. При анализе между результатами тестирования применяемых двух методик была установлена устойчивая и сильная корреляционная связь ($r = 0,67$; $p = 0,031$).

Определенный качественный разброс имела выраженность каждого из симптомов, которая характеризовала фазы выгорания (величина связана с профессиональным статусом).

Степень распространенности проявлений профессионального выгорания среди врачей фтизиатров и онкологов была вдвое ниже, чем у специалистов в области сестринского дела противотуберкулезных и онкологических диспансеров.

Таблица 3

Сравнительная характеристика фаз профессионального выгорания среди медицинских работников фтизиатрических и онкологических служб, %

Используемая методика	Стадия выгорания	Диспансеры							
		Противотуберкулезные				Онкологические			
		врачи		Специалисты в области сестринского дела		врачи		специалисты в области сестринского дела	
		Количество исследованных	Удельный вес, %	Количество исследованных	Удельный вес, %	Количество исследованных	Удельный вес, %	Количество исследованных	Удельный вес, %
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Маслач К., Джексон С.	Редукция личных достижений	20	22,2	35	31,8	13	26,0	23	32,9
	Деперсонализация	16	17,8	26	23,6	9	18,0	17	24,3
	Эмоциональное истощение	4	4,4	19	17,3	5	10,0	19	27,1
	Признаки выгорания отсутствуют	50	55,6	30	27,3	23	46,0	11	15,7
Бойко В. В.	Напряжение	10	11,1	17	15,5	8	16,0	15	21,4
	Резистенция	30	33,3	48	43,5	12	24,0	23	32,8
	Истощение	4	4,4	19	17,3	9	18,0	14	20,0
	Признаки выгорания отсутствуют	46	51,1	26	23,5	21	42,0	18	25,6

У специалистов в области сестринского дела в онкологических диспансерах отмечались значительно более глубокие процессы выгорания относительно

небольшим стажем (до 5, 6-10 лет), достоверно чаще ($p < 0,01$) у лиц, находящихся на стадии деперсонализации или резистенции.

По методике тестирования по К. Маслач полностью выгоревшие индивидуумы среди среднего медицинского персонала онкологических диспансеров встречались достоверно чаще ($p < 0,05$), чем во фтизиатрической службе (6,1 и 44,5 %).

Также было отмечено, что по данной методике у среднего медицинского персонала онкологических диспансеров профессиональное выгорание складывалось в основном не за счёт эмоционального истощения, а вследствие редукции личных достижений. Степень выраженности редукции личных достижений компенсировалась деперсонализацией, т.е. чем больше выражена редукция, тем чаще развивалась деперсонализация. У врачей-фтизиатров и врачей-онкологов эта зависимость не определялась, что может быть связано либо с отсутствием данного механизма развития профессионального выгорания, либо с сознательным сокрытием информации респондентами. Достоверность последнего предположения подтверждалась фактом достоверности различий ($p < 0,05$) в уровне корреляционных взаимосвязей по результатам тестирования по методикам К. Маслач и В.В. Бойко среди врачей специалистов в области сестринского дела обеих служб, соответственно $r = 0,56$ и $0,72$.

При исследовании корреляционной взаимосвязи между различными видами (фазами) эмоционального выгорания была обнаружена выраженная прямая корреляция между различными видами у сотрудников онкологической службы (таблица 4).

Результаты исследования корреляционной взаимосвязи между различными фазами (видами) эмоционального выгорания показали, что корреляция фаз выгорания становилась более значимой при углублении процесса и выявляла у лиц, у которых формировались стадия истощения или эмоциональное истощение. Стоит отметить факт явного несоответствия взаимосвязей между эмоциональным истощением и деперсонализацией и эмоциональным истощением и редукцией личных достижений среди врачей фтизиатров и онкологов и среднего медицинского персонала противотуберкулёзных и онкологических диспансеров. Данная ситуация указывает со стороны врачей сознательность или бессознательность коррекции ответов на тесты.

Средний возраст врачей с профессиональным выгоранием – $44,48 \pm 2,13$ года. Предположительно связь выгорания с возрастом и стажем работы врачей фтизиатров, онкологов вполне возможна.

Осуществленный нами факторный анализ по Спирмену показал отсутствие значимых различий в исследуемых показателях среди медицинских работников разного пола. В результате исследования было установлено влияние возраста и стажа трудовой деятельности на формирование синдрома. Для медицинских

работников-мужчин стаж – это значимый фактор, который влияет на показатель «истощение» ($p = 0,0091$). Возраст достоверно влиял на формирование профессионального выгорания вне зависимости от пола ($p = 0,0162$ для медиков-мужчин и $0,0491$ для медиков-женщин).

Таблица 4

**Сравнительная оценка корреляционных связей
между различными компонентами профессионального выгорания
у медицинского персонала фтизиатрической и онкологической службы**

Корреляционные взаимосвязи	Диспансеры			
	Противотуберкулезные		Онкологические	
	врачи	специалисты в области сестринского дела	врачи	специалисты в области сестринского дела
Напряжение истощение	$r = 0,68$	$r = 0,75$	$r = 0,69$	$r = 0,78$
Резистентность истощение	$r = 0,72$	$r = 0,70$	$r = 0,77$	$r = 0,79$
Эмоциональное истощение	$r = 0,58$	$r = 0,66$	$r = 0,59$	$r = 0,69$
Деперсонализация истощение	$r = 0,51$	$r = 0,51$	$r = 0,50$	$r = 0,52$
Эмоциональное истощение	$r = 0,56$	$r = 0,21$	$r = 0,60$	$r = 0,32$
Деперсонализация				
Эмоциональное истощение	$r = 0,40$	$r = 0,66$	$r = 0,43$	$r = 0,67$
Редукция личных достижений				
Эмоциональное истощение резистенция	$r = 0,40$	$r = 0,65$	$r = 0,44$	$r = 0,66$
Эмоциональное истощение напряжение	$r = 0,51$	$r = 0,58$	$r = 0,54$	$r = 0,59$

Среди среднего медицинского персонала изучаемых групп было установлено наличие достоверных различий ($p = 0,025$) у медицинских сестер в возрастных группах 51–55; 56–60 лет с сформировавшимся синдромом профессионального выгорания ($21,69 \pm 1,41$ года) и его отсутствием ($31,89 \pm 2,67$ года). Можно говорить о том, что после 4–7 лет работы в онкологическом диспансере средний медицинский персонал под действием профессионального выгорания склонен менять профессию или рабочее место. У данных сотрудников развитие выгорания было связано с выраженной интенсивностью психотравмирующих факторов и не связано с экспозицией их дозы.

Таким образом, продолжительные, многообразные и сложные когнитивно-эмоциональные ситуации общения в профессиональной среде врачей-фтизиатров, онкологов предъявляли высокие требования к коммуникативной компетентности. Способность врачей и среднего медицинского персонала противотуберкулезных и онкологических диспансеров замечать свои эмоции, несомненно, привлекательны для общества. Именно эти способности медицинского персонала помогают справиться больному с тяжелым заболеванием. И вместе с тем, это состояние без должной социальной поддержки снижает ресурс здоровья медицинских работников.

Известно, что существует ряд психоэмоциональных состояний человека, которые способны резко уменьшать его мотивацию, в том числе и связанную с его трудовой деятельностью. Проблема разрушения здоровья при действии профессионального стресса весьма актуальна на современном этапе и требует не только привлечения к себе внимания, но и пошагового решения.

Было установлено, что профессиональное выгорание в различных стадиях своего развития значительно чаще встречается у среднего медицинского персонала противотуберкулезных и онкологических диспансеров (73,1 % респондентов), по сравнению с врачами-фтизиатрами, онкологами (48,4 % тестируемых).

У специалистов в области сестринского дела противотуберкулезных и онкологических диспансеров профессиональное выгорание формировалось в 1,5 раза чаще, чем у врачей. Зависимость развития профессионального выгорания от профессионального стажа и возраста была характерна для врачей фтизиатров, онкологов. Существует настоятельная необходимость изучения эпидемиологии синдрома профессионального выгорания, а также определения путей социальной и юридической профилактики формирования синдрома у врачей и среднего медицинского персонала противотуберкулезных и онкологических диспансеров.

На развитие синдрома профессионального выгорания влияли и личностные особенности медицинских работников. Именно личностные особенности служили внутренними факторами, которые способствовали возникновению и формированию данного синдрома, и выдвигали следующие проблемы:

работа над внутренним фактором (профилактика личностных деформаций) и внешним фактором (создание условий для предотвращения или снижения личностной деформации).

В качестве внешних условий лежат требования эргономики к организации рабочего времени и режима профессиональной деятельности. Это является задачей администрации медицинской организации.

Для создания внутренних факторов в качестве профилактики негативных личностных профессиональных изменений необходимо сформировать ещё у студентов, как будущих профессионалов механизмы сознательного сохранения своих: здоровья и сознательной защиты.

1.3. Результаты исследования проблемы профессионального выгорания в учреждении поликлинического звена

В настоящее время вопросы профессиональной патологии нацелены на решение широкого круга практических задач не только в клинической, но и в профилактической медицине, в том числе выявление закономерностей влияния психических факторов на состояние здоровья, возникновение, течение и преодоление состояний дезадаптации, на успешную социально-трудовую реабилитацию (Александрова 2005, Кузнецова Е.А. 2012, Менделевич В.Д., 2008). Значительно возрос интерес к вопросам, связанным со стрессом и механизмами формирования стрессоустойчивости человека в различных профессиях (Березин Ф.Б., 1988; Запускалов С.В., Положий Б.С., 1993, Никифоров Г.С., 2000; Матулене Г., 2002; Абабков В.А, Перре М., 2004; Леонова А.Б., 2004, Vinokur V., 2003). Существенное внимание уделяется проблеме профессионального стресса и его последствий для лиц помогающих профессий (Грановская Р.М., 1988; Рыбников В.Ю., Ашанина Е.Н., 2011). Значительное внимание привлекают особенности влияния профессиональной деятельности на состояние здоровья тех специалистов, чья работа тесно связана с интенсивным и эмоционально напряженным взаимодействием с людьми. У этих специалистов наиболее часто наблюдаются психические и физиологические реакции на широкий круг ситуаций в трудовой деятельности. Эти реакции являются проявлением такого феномена, как профессиональный стресс. С полным основанием к категории лиц, наиболее подверженных профессиональному стрессу, можно отнести врачей (Maslach С., 1982).

Работа в условиях городской поликлиники относится к профессиональным сферам, в максимальной степени насыщенным стрессогенными факторами, действие которых потенцируется увеличением функциональной нагрузки этих специалистов, сокращением времени приема, отпущенного на одного пациента, работа в условиях ограниченного пространства, необходимость быстро и

качественно поставить предварительный диагноз, необходимостью правильного оформления всей документации. Социальная и экономическая «цена» профессионального стресса у медицинских работников очень высока.

В исследованиях российских и зарубежных авторов проведена оценка синдрома профессионального выгорания (СЭВ) у медсестер, врачей-травматологов, врачей-хирургов, врачей-стоматологов, психологов-консультантов, врачей-психиатров (Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., 2005; Губин А.И., Евдокимов В.И., 2007; Бойко В.В., 1999; Ларенцова Л.И., 2009; Maslach С., 1982, 1986, 1999, 2001). В Англии 40 % всех случаев нетрудоспособности врачей связаны с эмоциональным стрессом (Dinsdale P., 1995).

По данным А.Б. Леоновой (2004) у врачей выявлен высокий уровень проявлений стрессовых состояний в виде тревоги, астении, отмечается хроническая усталость, различные нарушения сна, мышечные и головные боли, обострение соматических заболеваний, проявления раздражительности и агрессии в отношениях с пациентами, высокий уровень тревоги и клинически выраженная депрессия, нередко даже более выраженная, чем у их пациентов. S. Rathod и соавт. (2000). Это закономерно приводит к высокому уровню психического напряжения врачей и медицинского персонала и определяет повышенный риск развития у них профессиональной дезадаптации личности (одним из проявлений которой является синдром профессионального выгорания) и других негативных состояний вплоть до нарушений социальной адаптации, нервно-психического или соматического здоровья (Баклаев А.В., Смирнов И.В., Мизиков В.М., Бунятян А.А., 1994; Cassela С.W. 2011).

Однако, это и другие исследования (Вид В.Д., Лозинская Е.И., 1998; Козина Н.В., 1998; Водопьянова Н.Е. 2002; Ларенцова Л.И., 2002), не раскрывают многих важных аспектов формирования профессионального стресса у российских врачей. Кроме того, в литературе отмечены противоречивые данные о связи интенсивности профессионального стресса со стажем врачей, что затрудняет формирование адекватных путей профилактики и коррекции состояния профессионального стресса у этих специалистов. (Рыбина О.В. 2005)

Раннее выявление и профилактика феномена профессионального выгорания как показателя психической дезадаптации профессионала на рабочем месте способствует оптимизации рабочего поведения, лучшей переносимости рабочих нагрузок и повышению качества квалифицированного лечения пациентов в критическом состоянии (Кузнецова Е.А. Санкт-Петербург- 2012, Шульц Д., Шульц С., 2003). Существуют работы, посвященные отдельным аспектам деятельности анестезиологов-реаниматологов, стоматологов, однако систематизированных исследований по оценке проявлений синдрома выгорания и разработке рекомендаций для такой профессиональной группы, как медперсонал

поликлиники не проводилось. Кроме того, важным представляется установление взаимосвязи между комплексом психологических характеристик врачей и длительностью работы в этой области, так как есть основания предполагать трансформацию характеристик личности по мере увеличения срока работы в стрессогенных условиях профессиональной деятельности. Этим объясняется целесообразность проведения дальнейших исследований, связанных с актуальностью работы.

Было проведено анкетирование 45 врачей и 35 среднего медицинского персонала поликлиники по методике К. Маслач, в модификации Водопьяновой. Исследованы развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе и утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам (таблица 5).

Таблица 5

Распределение у врачей и сотрудников поликлиники по уровню выраженности компонентов синдрома выгорания

Компоненты синдрома выгорания	Уровень выраженности, количество человек, %			
	Не сформирован	Низкий	Средний	Высокий
Эмоциональное истощение	3,5	49	35,5	12
Деперсонализация	0,6	13,2	39,2	47
Редукция персональных достижений	0,6	30	37	32,4

У 12 % обследованных отмечаются высокие показатели по всем трем шкалам синдрома выгорания. Еще для 12 % врачей отмечается высокий уровень «эмоционального истощения» и «деперсонализации», что тоже соответствует высокой степени развития синдрома выгорания. У 10 % обследованных врачей выявлен высокий уровень развития «эмоционального истощения» и «редукции персональных достижений», что соответствует средней степени выраженности синдрома выгорания (согласно фазовой модели выгорания Golembiewski R.T., Munzenrider R.T., 1988).

По оси абсцисс компоненты профессионального выгорания: 1 – эмоциональное истощение, 2 – деперсонализация, 3 – редукция персональных достижений. По оси ординат – числовое значение, полученное по результатам тестирования по методике Maslach С. в адаптации Водопьяновой Н.Е. и Старченковой Е.С.

Выраженность синдрома выгорания по компонентам и по уровню во многом сходна с аналогичной картиной других врачей, но отличается более выраженным уровнем выгорания в целом и более высокими показателями по шкале «деперсонализация», что позволяет заключить, что «деперсонализация» развивается как неадекватный психологический защитный механизм в условиях работы ограниченного времени, в состоянии высокого уровня стресса, оказанию помощи лицам пожилого и старческого возраста с тяжелыми заболеваниями.

В ходе исследования установлена корреляция между показателями рабочего поведения и переживаний, синдрома профессионального выгорания, уровнем субъективного контроля и уровнем самоактуализации. При анализе выявленных взаимосвязей между показателями тестов установлено, что в сохранении психологического здоровья в профессиональной сфере наиболее важными из полученных данных являются такие показатели, характерные для самоактуализирующейся личности, как высокие результаты по шкалам «ориентация во времени», «самоуважение», «ценностная ориентация», «поддержка (опора на себя)», «взгляд на природу человека». Эти шкалы связаны со всеми тремя компонентами синдрома выгорания. Для развития «эмоционального истощения» также имеет значение результат по шкале «гибкость поведения». Для развития «деперсонализации» значимы показатели «креативность» и «спонтанность». С «редукцией персональных достижений» связано снижение таких показателей по шкалам самоактуализации: «сензитивность», «синергичность», «принятие агрессии», «познавательные способности».

Чем более выражены симптомы выгорания, тем чаще встречаются неадекватные показатели стратегий рабочего поведения и переживаний: «поглощенность работой», «способность к сопротивлению и преодолевающее поведение», «сниженный эмоциональный фон». Для развития всех трёх компонентов синдрома выгорания значимы следующие аспекты стратегий рабочего поведения: низкие значения «наступательного преодоления проблем», «внутреннего покоя (уравновешенности)», «удовлетворённости жизнью», «переживания социальной поддержки». Для развития «деперсонализации» кроме вышеперечисленных имеют значение низкие показатели «субъективной значимости работы» и «стремления к совершенству».

Экстернализация уровня субъективного контроля является предрасполагающим фактором для развития синдрома выгорания. Ниже представлено графическое изображение наиболее значимых корреляций.

Приверженность понимается как преданность своей профессии (или организации), желание продолжать работать в ней и повышать ее значимость. В нашей работе рассматривалась трехкомпонентная модель приверженности (организационной и профессиональной), которая включает аффективную,

продолженную и нормативную приверженность (Allen N.J., Meyer J.P., 1993). При проведении корреляционного анализа выявлено, что аффективная профессиональная приверженность является ресурсом для развития и поддержания высокого уровня самооценки, противостоит развитию «редукции персональных достижений».

Морально-этические отношения, связывающие сотрудника, профессию и организацию, чувство групповой профессиональной и организационной принадлежности, ощущение себя носителем групповых ценностей, снижают развитие деперсонализации, повышают уровень удовлетворенности работой и жизнью вне работы. Чем выше развито чувство долга и обязательств по отношению к работе, тем в меньшей степени развивается цинизм и негативное отношение к пациентам, тем выше остаются самооценка и удовлетворенность работой. Взаимосвязаны аффективная организационная приверженность и «эмоциональное истощение»: чем больше сотрудник воспринимает проблемы из задачи организации как свои собственные, тем быстрее могут развиваться связанные с работой отрицательные эмоции и истощение.

В ходе проведения факторного анализа выделено 6 наиболее значимых факторов, суммарная информативность которых составляет 53 %.

Выявленные факторы можно охарактеризовать как:

- эмоциональную стеничность, стабильность (информативность 12,7 %);
- фактор межличностного общения, доброжелательности в отношении к людям и положительную самооценку (12,2 %);
- возрастно-статусные особенности личности, достижение определенного статуса и профессионального успеха (8,7 %);
- сбалансированность (уравновешенность) нервных процессов, энергетическую цену в достижении профессионального успеха (8,6 %);
- фактор уверенность в себе, ассертивное поведение (6 %);
- понимание взаимосвязи событий и позитивное отношение к жизни (4,8 %).

Поскольку в первой части исследования установлено, что ведущим компонентом, с которого начинается развитие синдрома выгорания и который выражен в наиболее высокой степени у врачей и сотрудников поликлиники, является «деперсонализация», группа была для дальнейшей обработки данных разделена на три подгруппы в зависимости от уровня полученных данных по шкале «деперсонализация». Соответственно, в первой подгруппе низкий уровень по шкале «деперсонализация», во второй – средний, в третьей – высокий. Обработка результатов анкетирования по специально разработанным анкетам для анализа профессиональных потребностей и профессионального смысла проводилась по подгруппам; выявились различия между ними.

Результаты ответов на анкету №1. По мере нарастания выраженности синдрома выгорания: уменьшается значимость хорошего психологического климата в коллективе за счет дистанцированности от коллег; нарастает значимость заработной платы как компенсации затраченных усилий на работе, потребность в помощи и разделении ответственности в принятии решения за тактику ведения больного; выделяется потребность в «месте для комфортного отдыха и приема пищи». Даже при высокой степени развития синдрома выгорания сохраняется интерес к собственно содержанию работы и технически-медикаментозному оснащению отделения, а также к регулярному повышению квалификации.

Ответы докторов на анкету № 2, разработанной для определения отношений с пациентами и коллегами, субъективного профессионального смысла, были обработаны с помощью метода контент-анализа. Во всех трёх подгруппах невысокую положительную оценку имеет собственно содержание работы, профессиональные задачи, не сохраняется высокая заинтересованность содержанием работы. Во второй подгруппе появляются высказывания, связанные внезапной со смертью или необходимостью оказывать помощь пациентам с синдромом заходящего солнца, онкологическим пациентам, что привносит негативную окраску. Изменяются в негативную сторону отношения с пациентами и коллегами: если представители первой подгруппы равнозначно указывают положительные и отрицательные элементы отношений, то в подгруппе с высоким уровнем развития «деперсонализации» не отмечено положительных сторон, зато усилились отрицательные. Умеренно нарастает к третьей подгруппе недовольство администрацией, организацией труда, в том числе и жалобы на юридическую «незащищённость прав врача». В первой подгруппе вообще нет высказываний о заработной плате. Во второй и третьей появляются высказывания о заработной плате с нарастанием недовольства, возможно, как ощущение недостаточной компенсации за потраченные силы и эмоции. Представители первой и второй подгрупп чаще расценивают свою работу как условие и возможность для реализации своего личностного потенциала и роста.

Согласно анкетам, на первое место врачи ставят отношение к пациентам дружба с коллегами и рабочие отношения занимают второе место. Результаты анкетирования 1-й группы: 1 – отношение к пациентам, 2 – дружба с коллегами, 3 – рабочие отношения, 4 – зарплата, 5 – содержание работы, 6 – личностный рост, 7 – оценка коллектива, 8 – рабочая нагрузка. Результаты анкетирования 2-й группы: 1 – отношение к пациентам, 2 – дружба с коллегами, 3 – рабочие отношения, 4 – администрация, 5 – зарплата, 6 – материальное и медикаментозное обеспечение, 7 – содержание работы, 8 – оценка коллектива

При анализе динамики развития синдрома выгорания у врачей выделяются несколько пиков повышения показателей разных компонентов синдрома выгорания в зависимости от стажа деятельности.

В первые годы после прихода в профессию развивается «деперсонализация», достигая в среднем по группе среднего уровня. Наиболее уязвимой оказалась группа врачей со стажем 4–9 лет, на этот период приходится пик повышения показателей по шкале «деперсонализация», она достигает высокого уровня развития, также отмечается рост «эмоционального истощения» и снижение самооценки. В следующей группе при нарастании стажа (10–12 лет) отмечается некоторое снижение «деперсонализации» (но остается на высоком уровне), рост самооценки и снижение «эмоционального истощения». Для последних трех групп, выделенных по стажу (более 30 лет), можно отметить стабилизацию и постепенное незначительное снижение «деперсонализации», некоторое снижение самооценки и постепенное увеличение «эмоционального истощения» (таблица 6).

Таблица 6

Показатели выгорания в зависимости от стажа работы

Стаж	Эмоциональное истощение	цинизм	Профессиональная успешность	Критерий Стьюдента	Уровень значимости
До 10	32	33	10	t-критерий	$P > 0,05$
До 20	18	15	18	t-критерий	$P > 0,05$
До 30	13	17	22	t-критерий	$P > 0,05$
До 40	15	18	20	t-критерий	$P > 0,05$
> 40	22	17	30	t-критерий	$P > 0,05$

Отмечаются различия в подгруппах врачей со стажем меньше 20 лет и от 20 лет и выше. В группе врачей со стажем 20 и более лет возрастают показатели «эмоционального истощения», однако умеренно снижаются показатели «деперсонализации» и «редукции персональных достижений».

При делении группы медперсонала поликлиники по возрасту отмечаются две возрастные группы: 45–50 лет, и 51 и старше.

Для обеих возрастных групп высокие показатели по шкале «деперсонализации» до высокого уровня с постепенной ее стабилизацией, безнезначительного снижения показателей, и нарастание выраженности «эмоционального истощения».

Учитывая представленные данные, можно отметить более четкую картину динамики выгорания в зависимости от стажа профессиональной деятельности, чем от возраста респондентов. Следовательно, можно утверждать, что динамика развития синдрома выгорания у врачей обусловлена именно особенностями работы и имеет свои характерные отличия у данной профессиональной группы (рисунок 1).

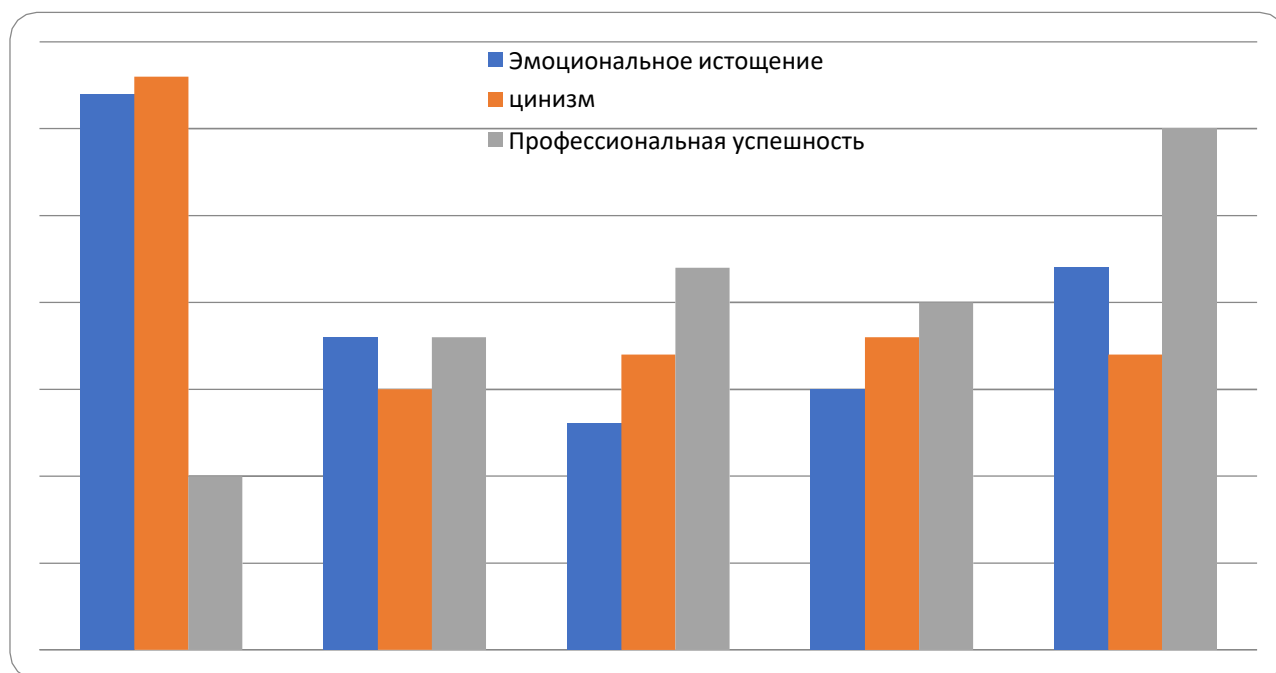


Рис. 1. Проявления синдрома эмоционального выгорания обследуемых в зависимости от стажа работы

Провели изучение проявлений синдрома эмоционального выгорания обследуемых в зависимости от специализации медицинских работников (таблица 7).

Таблица 7

Уровень выраженности компонентов выгорания при различных специализациях

Компонент профессионального выгорания, уровень	Врачи-терапевты, %	Узкие специалисты, %	Средний медперсонал
Эмоциональное истощение	Не выражен	10	0
	Низкий	41	58
	Средний	41	29
	Высокий	8	13
Деперсонализация	Не выражен	1	5
	Низкий	20	8
	Средний	61	27
	Высокий	18	65

Редукция персональных достижений	Не выражен	1	0	0
	Низкий	35	30	0
	Средний	33	36	0
	Высокий	31	34	5

Полученные данные свидетельствуют о том, что выгорание наиболее выражено среди группы врачей-терапевтов, на втором по выраженности месте врачи узких специальностей отделений, и неблагоприятно складывается картина у среднего медперсонала. Доминирующие симптомы синдрома профессионального выгорания представлены в таблице 8.

Таблица 8

**Доминирующие симптомы
синдрома профессионального выгорания**

Стаж	Доминирующие симптомы
До 20 лет	<ul style="list-style-type: none"> • неадекватные и избирательные эмоциональные реагирования, • загнанность в клетку, • тревога и депрессия
До 30 лет	<ul style="list-style-type: none"> • расширение сферы экономии эмоций, • эмоциональная отстраненность
> 30 лет	<ul style="list-style-type: none"> • нравственная дезориентация, • психосоматические и вегетативные расстройства

Подсчет интегрального индекса выгорания по Бехтереву =1 у всехсотрудников.

На основе проведенной работы и полученных выводов можно говорить о возможности практического применения результатов данной работы (таблица 9). Профилактика и психологическая коррекция синдрома выгорания должны начинаться с его диагностики и разъяснения его симптоматики для группы специалистов, у которых проводится это обследование. В дальнейшем работа по профилактике и психологической коррекции возможна как проведение индивидуальных консультаций, групповых занятий, тренингов.

Результатам обследования показали, что 50 % медицинских работников имеют психологические детерминанты развития синдрома выгорания. Уровень развития синдрома профессионального выгорания достигает среднего у 12 % и высокого уровня у 12 % обследованных врачей. Ведущую роль в его развитии играет симптом «деперсонализации». При преобладании таких поведенческих стратегий,

как низкая выраженность «субъективной значимости работы» и «стремления к совершенству» увеличивается скорость развития «деперсонализации».

Таблица 9

Основные этапы и содержание мероприятий психологической помощи, поддержки и реабилитации

Этапы реабилитации	Цели этапа	Используемые методы
Диагностический	Оценка психологического состояния, выявление признаков синдрома выгорания	Полуструктурированное интервью, тест выгорания Maslach C.
Экстренная помощь	Снижение эмоционального напряжения	Беседа, НЛП
Основной этап (психологическая коррекция)	Расширение поведенческих и эмоциональных реакций на стрессовые ситуации на работе, выработка новых копинг-стратегий, проработка эмоциональных проблем, вызванных вторичной психологической травмой	Индивидуальные консультации, групповые занятия, проективные методики, арт-терапия, рекомендации по организации рабочего времени
Мониторинг психологического состояния	Повторное обследование	Беседа, арт-терапия, проективные методики, тест Maslach C.
Повышение квалификации специалистов	Профилактика синдрома выгорания	Проведение семинаров, лекции для ординаторов, балинтовские группы

Для группы врачей характерно наличие поведенческих стратегий рискотипов А и В (по Шааршмидт У.), связанных с риском развитием синдрома выгорания и риском развития сердечно-сосудистой патологии. Основными стратегиями рабочего поведения и переживаний врачей, которые взаимосвязаны с синдромом профессионального выгорания, являются низкие показатели «профессионального честолюбия (самолюбия)», «способности к дистанцированию», «наступательного преодоления проблем», «внутреннего покоя (уравновешенности)», «удовлетворённости жизнью», «переживания социальной поддержки».

Высокие показатели по методике определения самоактуализации (по Шострому Э.) по шкалам: «ориентация во времени», «самоуважение»,

«ценностная ориентация», «поддержка (опора на себя)», «взгляд на природу человека», являются наиболее важными в сохранении психологического здоровья медицинских работников и противостоят развитию профессионального выгорания.

С помощью факторного анализа выделены 6 наиболее значимых факторов психологической устойчивости, которые противостоят развитию профессионального выгорания: эмоциональная стеничность и стабильность; фактор межличностного общения, доброжелательность в отношении к людям; достижение определенного статуса и профессионального успеха; сбалансированность (уравновешенность) энергетической цены в достижении профессионального успеха; уверенность в себе, асертивное поведение; понимание взаимосвязи событий и позитивное отношение к жизни.

Группа врачей является неоднородной по риску возникновения синдрома профессионального выгорания – участковые терапевты подвержены синдрому выгорания в более высокой степени, чем их коллеги – узкие специалисты. Даже при высокой степени развития синдрома выгорания сохраняется интерес к собственному содержанию работы и технически-медикаментозному оснащению отделения, а также к регулярному повышению квалификации.

Выявлена динамика синдрома выгорания в зависимости от стажа профессиональной деятельности в большей степени, чем от возраста, что свидетельствует об обусловленности развития синдрома выгорания спецификой работы. Наиболее уязвимой по развитию выгорания является группа врачей со стажем до 10 лет: в этом интервале отмечается наиболее высокие показатели по шкале «деперсонализации», повышение значения «эмоционального истощения» и «редукции персональных достижений».

Выделены две группы специалистов в зависимости от стажа работы для профессионалов со стажем менее 20 лет характерно преобладание «деперсонализации» в структуре выгорания, при стаже больше 20 лет происходит возрастание «эмоционального истощения» и снижение «деперсонализации», однако компонент «деперсонализация» остается ведущим. У пришедшего в профессию врача изначально высокое стремление к «помощи людям» сочетается с выраженным чувством долга и заинтересованностью содержанием профессиональной деятельности. С ростом параметров профессионального выгорания утрачивается смысл профессии как «помощи людям», но возрастает заинтересованность в её содержании, сохраняется потребность в самоактуализации и проявляется материальная заинтересованность как смысл работы. В дальнейшем происходит снижение составных частей смысла профессии как «долга» и заинтересованности в профессиональной деятельности.

При развитии синдрома выгорания изменяются представления врачей о необходимых для эффективной и успешной работы условиях, о

профессиональных потребностях, в том числе в материально-техническом обеспечении. По мере нарастания выраженности синдрома выгорания: уменьшается значимость хорошего психологического климата в коллективе; нарастает значимость заработной платы, потребность в помощи и разделении ответственности в принятии решения за тактику ведения больного; выделяется потребность в «месте для комфортного отдыха и приема пищи».

Развитие синдрома выгорания затрагивает структуру профессиональной и организационной приверженности, что способствует снижению удовлетворенности работой и эффективности труда врачей. При развитии «редукции персональных достижений» снижается аффективная профессиональная приверженность; при развитии «деперсонализации» снижается нормативная приверженность как показатель групповой профессиональной и организационной принадлежности специалиста. Высокая аффективная приверженность к организации ускоряет развитие «эмоционального истощения» (при эмоциональной привязанности к одному объекту (организации) отношение к другому (профессии) переходит в категорию долженствования).

Подсчёт интегрального индекса выгорания по Бехтереву составил 1 у всех сотрудников, что означает, что синдром эмоционального выгорания является сформированным у всех сотрудников поликлиники.

1.4. Изучение качества жизни врачей в зависимости от степени профессионального выгорания на примере ГБУ РС(Я) «Нерюнгринской ЦРБ»

Одним из критериев качества жизни является степень профессионального выгорания. Психическое состояние медицинского работника является одним из важнейших условий его труда и оказывает значительное влияние на качество жизни.

Впервые о выгорании (burnout) как научном понятии, заявил Х. Фрайденбергер в 1974 году. Он работал психиатром в одной из американских больниц и наблюдал за персоналом, испытывающим воздействие больничной среды, которое постоянно приводило к эмоциональному истощению и потере мотивации у многих сотрудников. С тех пор к проблеме психического выгорания специалистов приковано широкое внимание ученых всего мира. Данный процесс однозначно оценивается как негативно влияющий на профессиональную эффективность, личность и здоровье специалиста.

Большакова Т.В. определяет выгорание как «устойчивое, прогрессирующее, негативно окрашенное психологическое явление, характеризующееся психоэмоциональным истощением, развитием дисфункциональных установок

и поведения на работе, потерей профессиональной мотивации, проявляющееся в профессиональной деятельности у лиц не страдающих психопатологией».

Маслач К., одна из ведущих специалистов по исследованию «эмоционального сгорания», описывает проявления данного синдрома в трех основных проявлениях:

1) эмоциональное истощение, изнеможение (человек чувствует невозможность отдаваться работе так, как это было прежде);

2) деперсонализация (тенденция развивать негативное отношение к клиентам, «невидение» личности пациента);

3) редукция личных достижений (негативное самовосприятие в профессиональном плане, снижение чувства собственной значимости).

Показателем выгорания является профиль, построенный по трем независимым переменным выгорания, которые отражены в созданном ею опроснике. Эти переменные могут существовать относительно независимо друг от друга, но только объединяясь вместе, они создают своеобразный синдром «психического выгорания».

В настоящее время синдром эмоционального выгорания имеет диагностический статус в Международной классификации болезней (МКБ-10: Z73 – Проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью).

Ведущую роль в формировании выгорания имеют профессиональные стрессы, присутствующие в трудовой жизни каждого работника, однако наиболее подвержены развитию данного синдрома представители «субъект – субъектных» профессий, в частности к таким областям деятельности относится медицина.

Возникновение психического выгорания обусловлено совокупным влиянием внешних и внутренних факторов. Среди внешних условий, влияющих на возникновение психического выгорания у врачей, выделяют следующие:

- организационный фактор (нечеткая организация и планирование труда, рабочие перегрузки, конфликтность ролей и др.);

- хронический характер воздействия психоэмоциональных стрессов (эмоциональные и нервные перегрузки, интенсивное общение, психологическая трудность контингента);

- неблагоприятная психологическая атмосфера (недостаточная социальная поддержка, конфликтность).

В качестве внутренних предпосылок к выгоранию выступают:

- интенсивная интериоризация, восприятие и переживание обстоятельств профессиональной деятельности, ведущая к быстрому истощению эмоционально-энергетических ресурсов;

- фрустрация значимых мотивов профессиональной деятельности;

- наличие некоторых личностных особенностей у работников, затрудняющих эффективное выполнение ими своей профессиональной деятельности.

Конкретизируя указанные детерминанты, вызывающие психическое выгорание у врачей, можно выделить факторы, способные привести к развитию данного явления в группе врачей первичного звена здравоохранения ГБУ РС(Я) «Нерюнгринской ЦРБ»:

- высокая насыщенность рабочего дня, связанная с общением с большим количеством больных людей, негативными эмоциями, болью, страданиями и смертью;

- большое количество эмоционально насыщенных личностных контактов с пациентами и их родственниками;

- высокая ответственность за жизнь и здоровье людей; необходимость отвечать перед родственниками больного, перед государством и перед собственной совестью за результат своей каждодневной работы;

- производственная среда с высокими факторами социального риска (алкоголизм, наркомания, бездомность и др.);

- низкие возможности для полноценного отдыха как после работы, так и во время очередного отпуска;

- зависимость от партнеров по общению; возможные конфликтные или напряженные ситуации общения с администрацией, коллегами, пациентами или их родственниками;

- высокий риск заражения инфекционными заболеваниями и другие неблагоприятные факторы различной природы.

Эти и другие причины, более или менее постоянно и интенсивно воздействующие на врача первичного звена здравоохранения ГБУ РС(Я) «Нерюнгринской ЦРБ» в ходе его профессиональной деятельности, требуют от него особого напряжения душевных и физических сил, вызывая физическое и эмоциональное перенапряжение и, в случае невозможности компенсировать его адаптивными способами, неизбежно приводят к нарушению адаптации развитию признаков выгорания.

При этом симптомы выгорания могут иметь свои особенности и отличаться количественно и содержательно в зависимости от особенностей содержания и условий профессиональной деятельности врачей различных отделений. Одним из направлений нашего исследования было установить распространенность психического выгорания в зависимости от места осуществления профессиональной деятельности врачей первичного звена здравоохранения ГБУ РС(Я) «Нерюнгринской ЦРБ».

Данные, полученные в результате исследования профессионального выгорания у врачей представлены в таблице 10.

Оценка профессионального выгорания

Критерии профессионального выгорания	Терапевтическая служба	Педиатрическая служба	Достоверность показателей
Эмоциональное истощение	26,2381	30,0000	$p < 0,05$
Деперсонализация	16,0952	15,6471	$p > 0,05$
Профессиональная успешность	32,0952	30,1765	$p < 0,001$

У врачей терапевтического и педиатрического отделений диапазон значений колеблется от минимального по шкале «деперсонализация» (16,0952 баллов и 15,6471 баллов соответственно) и до максимального по шкале «профессиональная успешность» (32,0952 баллов и 30,1765 баллов соответственно).

Отмечается достоверная разница при $p < 0,01$ в оценке степени профессионального выгорания между врачами терапевтической и педиатрической службы по шкале «профессиональная успешность» (32,0952 баллов и 30,1765 баллов соответственно).

Также отмечается достоверная разница при $p < 0,05$ в оценке степени профессионального выгорания между врачами терапевтической и педиатрической службы по шкале «эмоциональное истощение» (26,2381 балла и 30,00 баллов соответственно).

На рисунке 2 представлено соотношение усредненных показателей степени профессионального выгорания у врачей терапевтического и педиатрического отделений первичного звена здравоохранения ГБУ РС(Я) «Нерюнгринской ЦРБ».

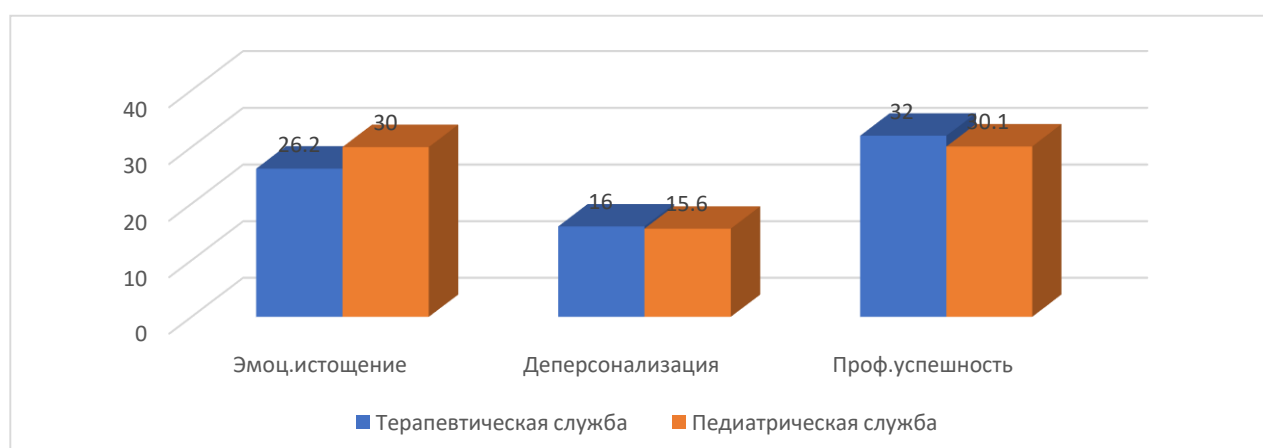


Рис. 2. Сравнительная характеристика профессионального выгорания

У врачей педиатрического отделения преобладает эмоциональное истощение, которое связано с чувством эмоционального перенапряжения и утраты эмоциональных ресурсов. Врачи чувствуют себя эмоционально опустошенными, угнетенными и апатичными, у них нет желания идти на работу.

У врачей терапевтического отделения выражена высокая степень деперсонализации. Для таких врачей потеря индивидуальности связана с отрицательной, жесткой и излишне отстраненной реакцией на людей, которые обычно являются «получателями» услуг или помощи. Врачи чувствуют, что общаются с некоторыми пациентами и коллегами как с предметами (без теплоты и расположения к ним). Во взаимоотношениях с окружающими они проявляют черствость, им безразлично, что происходит с окружающими.

Также у врачей терапевтического отделения преобладает редукция личных возможностей, то есть заниженная самооценка связана со снижением чувства личной компетентности и достижений в работе. Врачи отмечают, что у них не всегда получается понимать чувства окружающих, в конфликтных ситуациях, возникающих при общении с коллегами, они не всегда умеют находить правильное решение. Очень редко во время работы они испытывают приятное оживление, активность и положительные эмоции.

Далее нами была исследована корреляционная связь между психическим и физическим компонентами качества жизни и критериями профессионального выгорания у врачей первичного звена здравоохранения ГБУ РС(Я) «Нерюнгринской ЦРБ» терапевтической и педиатрической службы (таблица 11).

Таблица 11

Влияние профессионального выгорания на качество жизни

Качество жизни	Критерии профессионального выгорания	Терапевтическая служба	Педиатрическая служба
Психический компонент	Эмоциональное истощение	0,497*	-0,128
	Деперсонализация	0,323	0,050
	Профессиональная успешность	0,163	-0,020
Физический компонент	Эмоциональное истощение	-0,189	-0,537*
	Деперсонализация	-0,250	0,255
	Профессиональная успешность	-0,022	0,087

* □ $p < 0,001$

** □ $p < 0,05$

В результате исследования была установлена сильная положительная корреляционная связь у врачей терапевтического отделения между психическим компонентом качества жизни и эмоциональным истощением (0,497).

У врачей педиатрического отделения установлена сильная отрицательная корреляционная связь между психическим компонентом качества жизни и эмоциональным истощением (-0,537).

Таким образом, исследование влияния профессионального выгорания на качество жизни у врачей первичного звена здравоохранения ГБУ РС(Я) «Нерюнгринской ЦРБ» показало, что на качество жизни существенное влияние оказывает степень эмоционального истощения.

1.5. Индивидуальные факторы риска

Одной из причин высокой заболеваемости, в том числе и среди медицинских работников, считается широкая распространенность факторов повышенного риска, предрасполагающих или прямо ведущих к развитию тех или иных патологических состояний. Эти факторы повышенного риска можно распределить: социально-бытовые, климатогеографические, производственные, патогенетические или индивидуальные.

Группа «индивидуальные» факторы, которая имеет непосредственную связь с заболеваниями, заслуживает особого внимания. К ним относятся: избыток/недостаток массы тела, повышенное/пониженное кровяное давление, повышенное содержание холестерина/сахара в крови и др.

Сюда же можно отнести частичную витаминную недостаточность организма, ухудшение показателей физической тренированности, неспецифической резистентности организма, снижение его функциональных резервов. К другой группе индивидуальных факторов риска относятся такие вредные привычки, как курение и употребление крепких алкогольных напитков, гиподинамия, неполноценное питание, избыточное употребление поваренной соли, переедание, нарушение регламента питания, режима сна и отдыха, плохое настроение, отсутствие жизненных интересов, цели в жизни, низкая психологическая устойчивость к стрессам.

В настоящее время установлено, что перечисленные факторы становятся причиной многих хронических заболеваний, так называемых «болезней цивилизации». К их числу относятся: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, инсульт, сахарный диабет, злокачественные новообразования. Все вышесказанное свидетельствует об актуальности проблемы обнаружения и своевременного устранения факторов повышенного риска в медицинских коллективах, проведения комплекса мероприятий по их профилактике на фоне улучшения условий труда.

С этой целью были проведены исследования, направленные на выявление индивидуальных факторов риска у медицинских работников лечебных

учреждений в период с 2007 по 2022 г. Были проведены лабораторно-инструментальные исследования и анкетирование. Среди медицинских работников значительно распространены индивидуальные факторы риска.

Так, число курящих из общего числа опрошенных составляли 50 % медицинских работников (63 % мужчин: 23 % – врачи; 15 % – специалисты в области сестринского дела; 25 % – младший медицинский персонал и 37 % женщин: 7 % – врачи; 10 % – специалисты в области сестринского дела; 20 % – младший медицинский персонал).

С 2013–2014 гг. отмечается снижение удельного веса курящих медиков. Если в период с 2007 по 2013 годы удельный вес курящих доходил до 80 %, то с момента введения Федерального закона № 15-ФЗ от 23.02.2013 г. «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» число курильщиков резко сократилось (рисунок 3).

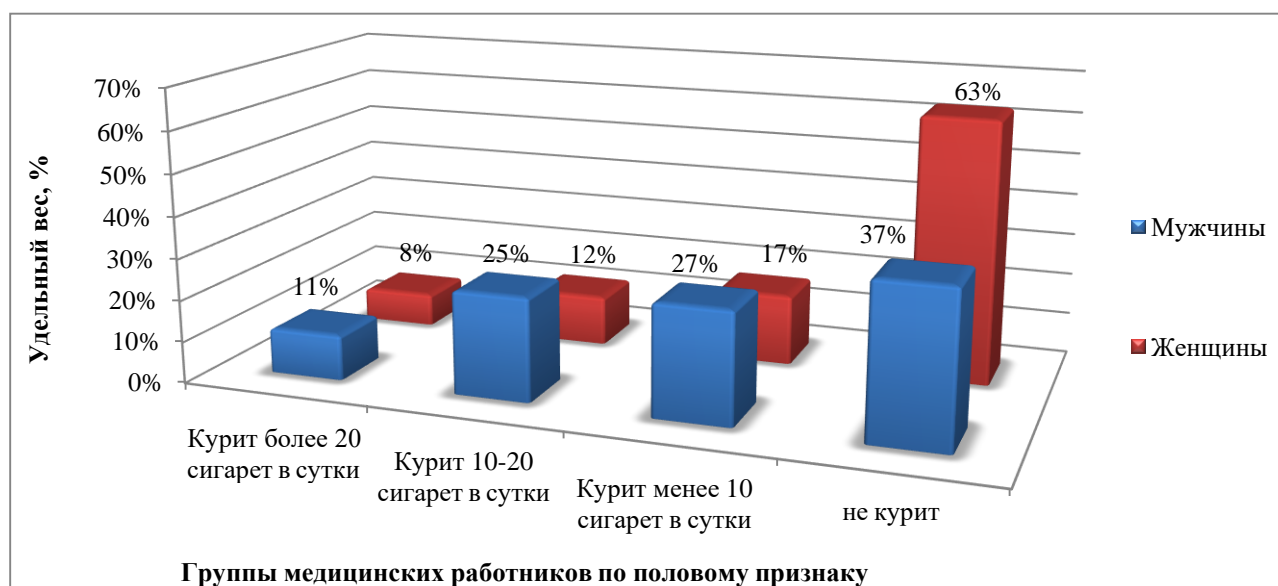


Рис. 3. Удельный вес вредных привычек (курение) у медицинских работников учреждений здравоохранения, %

Количество лиц, употребляющих крепкие алкогольные напитки – 65 % (80 % мужчин: 32 % – врачи; 13 % – специалисты в области сестринского дела; 20 % – младший медицинский персонал и 40 % женщин: 14 % – врачи; 10 % – специалисты в области сестринского дела; 16 % – младший медицинский персонал).

Крепкие алкогольные напитки более 50 % респондентов употребляет 1–2 раза в неделю. Слабые алкогольные напитки (пиво, столовые вина, мартини, шампанское) регулярно в течение месяца употребляли 80 % опрошенных (83 % мужчин: 28 % – врачи; 27 % – специалисты в области сестринского дела; 28 % – младший медицинский персонал и 77 % женщин: 27 % – врачи; 40 % – специалисты в области сестринского дела; 10 % – младший медицинский персонал).

В процентном отношении распределение количества употребляющих алкогольные напитки медиков по учреждениям и профессиям – 64,6 % в хирургических подразделениях (68,71 % мужчин и 61,8 % женщин); 52,1 % в соматических стационарах (54,5 % – мужчин; 48,6 % – женщин); 30 % в инфекционных стационарах (31,7 % – мужчин; 27,6 % – женщин); 40 % в амбулаторно-поликлинических (37,7 % – мужчины; 43,5 % – женщины); 15 % в санаторных учреждениях (15,5 % – мужчины и 15,6 % – женщины) (рисунок 4).

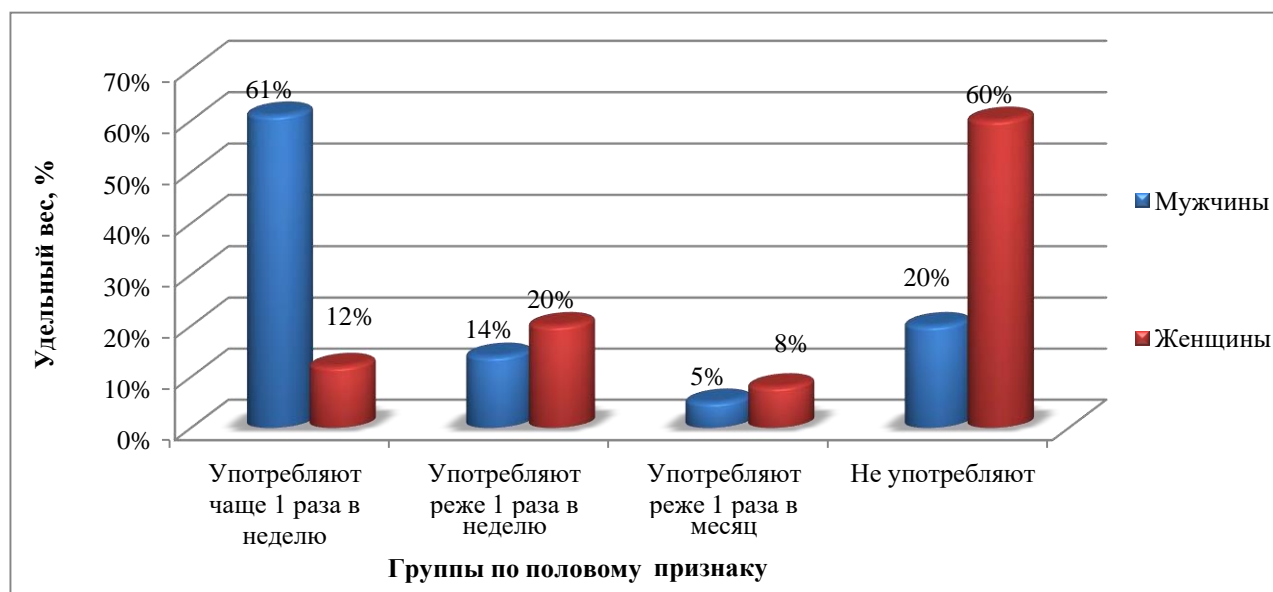


Рис. 4. Удельный вес вредных привычек (употребление алкогольных напитков) у медицинских работников учреждений здравоохранения, %

Занятиям спортом, физкультурой, гимнастикой, в том числе и китайским оздоровительным практикам, уделяют внимание незначительное количество медицинских работников.

Никакими видами спорта, гимнастикой, оздоровительной физкультурой, бегом, плаванием, спортивной ходьбой и т. п. не занимались 40 % мужчин; 15 % женщин.

Ежедневно делали утреннюю зарядку 12 % мужчин и 34 % женщин; регулярно занимались оздоровительным бегом 7 % мужчин и 5 % женщин; регулярно занимались в спортивных секциях 12 % мужчин и 16 % женщин; самостоятельно индивидуально занимались в гимнастическом зале (шейпинг, йога, бодибилдинг) 21 % мужчин и 20 % женщин.

Нерегулярно, периодически с большими временными перерывами занимались гимнастикой, бегом, плаванием либо посещали спортивные секции 8 % мужчин и 10 % женщин (рисунок 5).

Среди женщин-медиков был распространен такой фактор риска, как избыточная масса тела, несмотря на более высокий уровень физической активности

особенно у медицинского персонала в предпенсионном либо пенсионном возрасте. Масса тела оценивалась по индексу Брока. Увеличение физиологической нормы массы тела на 10–20 % отмечалось у 32 % мужчин и 35 % женщин, превышение на 21–30 % – у 24 % мужчин и 27 % женщин. Более чем на 30 % превышение веса тела отмечалось у 10 % мужчин и 13 % женщин, что соответствовало ожирению различных степеней. В группе молодых сотрудников со стажем работы до 5 лет (78 % – специалистов в области сестринского дела и 22 % среди врачей) сотрудников с индексом массы тела ниже 20–13 % мужчин и 15 % женщин.

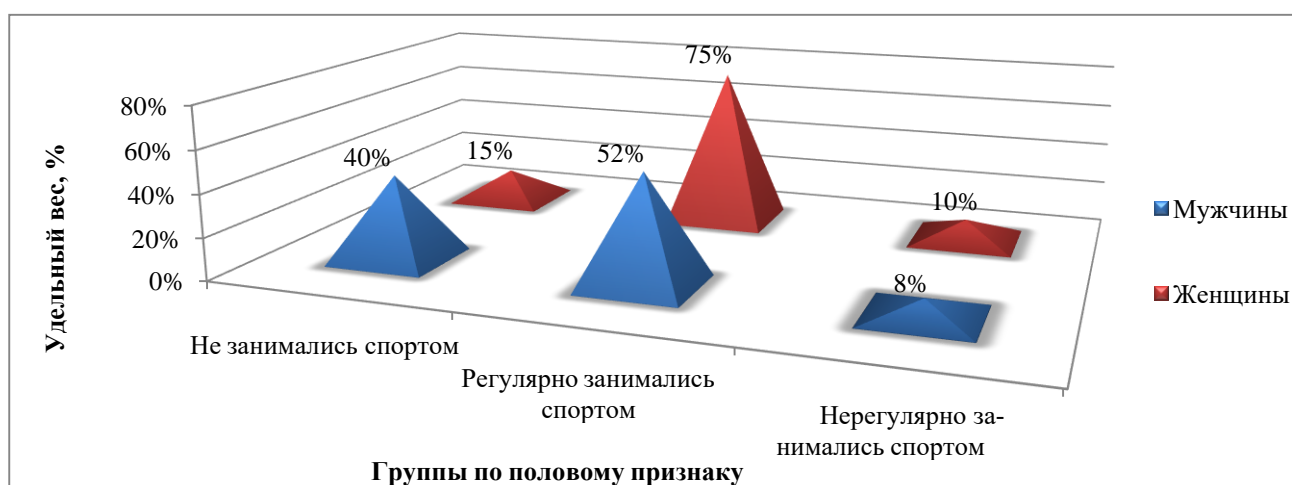


Рис. 5. Удельный вес занятия физической культурой и спортом, %

Фактором риска, свидетельствующим об общем ослаблении защитных сил организма, является повышенная/сниженная сосудистая проницаемость. С целью установления данного фактора с помощью метода «баночной» пробы по А.И. Нестерову были обследованы медики. У 23,6 % мужчин и 28,4 % женщин были отмечены сниженные величины данного показателя, в том числе у 14,8 % мужчин и 20,4 % женщин в резко выраженной форме.

Также одним из показателей общего состояния организма служит метеочувствительность, т. е. чувствительность человека к изменению погоды. Повышенная чувствительность к погодным изменениям чаще всего свидетельствует о наличии в организме либо явных, либо скрытых отклонений от нормы, и может рассматриваться как косвенный фактор риска. С целью установления данного фактора был проведён опрос, анализ которого показал, что число лиц с отсутствием метеочувствительности среди медицинских работников невелико. Резко и умеренно реагируют на погодные изменения 76 % женщин-медиков и 52 % мужчин-медиков (рисунок 6).

Этот факт свидетельствовал о наличии у медицинских работников различных форм хронической патологии, что было подтверждено анализом

заболеваемости. В результате исследований было установлено наличие форм предболезненных состояний у обследуемого контингента, которые можно было установить с помощью применения донозологических методов диагностики. Благоприятным фоном для развития профессиональной и профессионально- обусловленной заболеваемости у медицинских работников явилось наличие индивидуальных факторов риска. Медицинские работники лечебных учреждений с установленными факторами риска должны быть предметом повышенного внимания для проведения лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий.

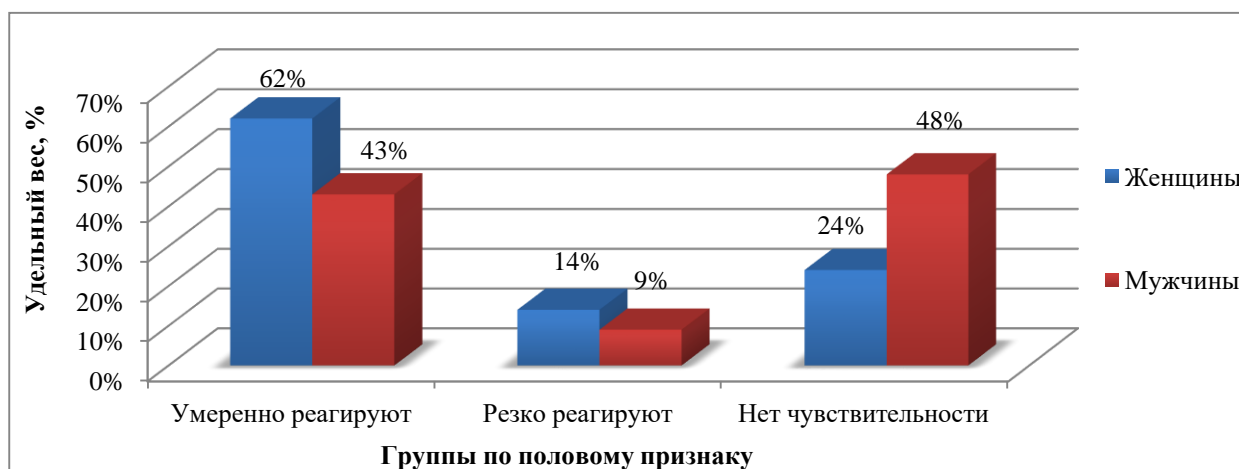


Рис. 6. Удельный вес чувствительности к перемене погоды, %

Глава 2. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РИСКОВАННОГО, ОПАСНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ С ВОЗМОЖНОЙ МАНИФЕСТАЦИЕЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ ВРАЧЕЙ г. ЯКУТСКА

Выявление распространенности уровней потребления алкоголя среди врачей г. Якутска было осуществлено с помощью международного опросника AUDIT.

Проблемой современной наркологии является скрининг (выявление) психических и поведенческих расстройств, как следствие употребления алкоголя; выявление лиц, относящихся к группе повышенного риска развития алкогольной зависимости с целью получения максимальной информации при минимальных затратах времени. Одним из вариантов решения этой проблемы является использование психологических тестов, с помощью которых появляется возможность выявления той или иной патологии среди лиц, не предъявляющих каких-либо жалоб по поводу здоровья (Лисицын, Сидоров, 1990).

Еще в 1960 г. E. Jellinek разработал J-карту, с помощью которой можно было получить информацию, характеризующую стадии развития алкоголизма и особенности поведения больного. В настоящее время в поле диагностики алкогольной зависимости существует достаточно много тестов. Среди них можно отметить такие, как опросник CRIT (Criteria for the Diagnosis of Alcoholism), состоящий из 16 разделов, включающий психологические, поведенческие и социальные функции опрашиваемого; MAST (Michigan Alcoholism Screening Test), включающий 25 разделов (влияние алкоголя на межличностные отношения, работоспособность, здоровье и т. п.). BMAST (Brief Michigan Alcoholism Screening Test), MAC (MacAndrew Alcoholism Scale), IASI (Iowa Alcoholic Stage Index), – в состав которых входит 5 разделов (работа, семья, финансы, взаимоотношения с полицией, здоровье). Данные опросники позволяют определять ранние, средние и поздние стадии алкоголизма (Hitlemand, Moore et al., 1989); тест Мортимера-Филькинза, опросник эссенциально-реактивного алкоголизма, опросник Ландина, который состоит из вопросов, касающихся демографической информации, наследственности, диагностических шкал BMAST и дополнительных шкал, включающих симптоматику алкоголизма (Henzel, 1984), опросники ADS и SADD (Hillemand, Moore et al, 1989; Roberto, Masur, 1986; Allen, Fertig, Towie, 1994), тест употребления алкоголя (Richter, 1993), шкала для оценки влечения к алкоголю (Anton, Moak, 1992), опросник The significant-other behavior Questionnaire (SBQ) (Love, et al., 1993), тест выявления нарушений при употреблении алкоголя, MALT – Мюнхенский алкогольный тест для определения принадлежности к группе высокого риска по алкоголизму (Watburg, 1988; Bernitzki, 1987), скрининга населения, на алкоголизм (Marsili, Traverse, 1988; Gbrenc,

Feuerlein et al., 1985). С. Appel (1988) предложил опросник для оценки эффектов потребления алкоголя, состоящий из 14 шкал для диагностики алкоголизма, который, по сравнению с опросниками типа MAST, MMAST и CAGE, больше мотивировал больных к участию в лечении.

Медико-социальные последствия, возникающие при злоупотреблении алкоголем, явились основанием для создания определенных диагностических шкал, фиксирующих «озабоченности алкоголем», «симптоматическое пьянство», «симптомы наркомании», шкалы «зависимости» (Matkowski, 1989; Winters, Richter, Moret, 1993). Среди диагностических шкал наиболее убедительную проверку временем выдержала шкала MAC, созданная С. MacAndrew.

AUDIT (*The Alcohol Use Disorders Identification Test*) (Babor T.F., 2000) – опросник, разработан на основе международного сотрудничества под руководством ВОЗ и предназначен не только для выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем. Идентификационный номер документа WHO/PSA/92.4/. Особенность его в том, что данный опросник позволяет выявить вред, приносимый здоровью алкоголем. Основное преимущество опросника AUDIT в том, что он разработан для выявления 4 уровней (режимов) потребления алкоголя, принятых ВОЗ.

1 уровень – **безопасное** потребление. Потребление 1–2 доз алкоголя в день (10–20 г этанола) и не чаще 4 раз в неделю.

2 уровень потребления алкоголя – *потребление алкоголя с риском вредных последствий*. В отечественной медицине – чрезмерное или «**рискованное** потребление», продолжение которого может привести к вреду для здоровья и социальной жизни (т.е. то, что в дальнейшем может стать злоупотреблением – потреблением с вредом для здоровья). По определению ВОЗ, такой тип потребления наблюдается при приеме за сутки более 20 г и 40 г этанола для женщин и мужчин соответственно 5 раз в неделю и чаще. Рискованное потребление алкоголя не является болезнью, но требует вмешательства врача. В отечественной литературе этот уровень чаще обозначается, как «рискованное потребление».

3 уровень потребления алкоголя – *потребление алкоголя с вредными последствиями* для организма. В отечественной литературе этот уровень принято называть «**опасное потребление**». В данный уровень потребления можно отнести понятие «злоупотребление» – это то, что уже наносит ущерб физическому (панкреатит, гепатит) или психическому здоровью (бессонница, тревога) человека. То, что употребление алкоголя вызывает неодобрение других людей (например, членов семьи) или общества в целом, или может привести к социальным последствиям (развод, арест, увольнение), еще не является доказательством вреда от употребления.

4 уровень – *алкогольная зависимость*. Она включает в себя сочетание поведенческих, когнитивных и физиологических признаков, развивающихся после многократного применения алкоголя.

Именно на определение вышеуказанных уровней потребления направлен международный опросник AUDIT. Состоит он из 10 вопросов, касающихся употребления алкоголя, поведения, связанного с потреблением, и связанных со всем этим проблем (Saunders, Babor et al., 1993; Bohn, Babor, 1995). Как было замечено выше, есть много инструментов, которые были проверены временем в разных странах, но AUDIT остается «золотым стандартом». Методика была разработана экспертами ВОЗ и доказала, что она имеет специфичность во многих странах. Чувствительность AUDIT весьма высокая и варьирует, по мнению исследователей от 76 до 99 %. 10 вопросов построены в контексте установления потребления (1–3 вопросы), зависимости (4–6 вопросы) и различных проблем, связанных с приемом алкоголя. Практика исследований показала, что суммарная составляющая в оценке потребления и зависимости всегда эквивалентна этим задачам и оценку можно ставить по сумме баллов. Каждый пункт оценивается путём выбора категории ответа, которая ближе всего к ответу пациента. Интерпретация результатов теста с наиболее точным переводом с английского языка при прямом обращении к пациенту звучит следующим образом:

- меньше 8 баллов – низкая вероятность алкогольной зависимости. Безопасное потребление алкоголя (риск алкоголизма относительно минимальный), если человек потребляет не более 2 стандартных доз алкоголя в день (30–60 мл водки, 0,5л пива, 300 мл вина) и пьет максимум 4 раза в неделю.

- 8–15 баллов: рискованное потребление алкоголя (потребление с риском вредных последствий, по определению ВОЗ). Это устойчивое, систематическое потребление алкоголя, которое уже может приносить ущерб здоровью, но не привело к зависимости. Вас критикуют и не одобряют другие люди, что иногда приводит к социальным последствиям типа домашних конфликтов, финансовых трудностей и опозданий на работу.

- 16–19 баллов: опасное потребление алкоголя (или по определению ВОЗ: употребление алкоголя с вредными последствиями). Опасное потребление, которое фактически привело к зависимости, приносящее вред психическому и физическому здоровью. Это стадия окончательного формирования синдрома абстиненции (похмелья). Появились кратковременные запои, которые выбивают вас из нормального хода жизни. Вас часто критикуют окружающие за неблагоприятные антисоциальные последствия Вашей выпивки.

- более 20 баллов: возможно наличие алкогольной зависимости. Алкоголь занял центральное место в Вашей жизни. У Вас выраженная психическая и физическая зависимость. Такое состояние характеризуется наличием «непреодолимой тяги к выпивке», потери контроля над выпитым, неспособности контролировать начало выпивки. Вы уже не способны после воздержания вернуться к малым дозам алкоголя во время выпивок.

Исследователь всегда должен знать, что высокие баллы ответов на вопросы 1–3, при отсутствии повышенных баллов на все остальные вопросы предполагают наличие рискованного потребления алкоголя. Повышенные баллы ответов на вопросы от 4 до 6 подразумевают наличие алкогольной зависимости. Высокие баллы ответов на вопросы 7–10 предполагают вредное потребление алкоголя. Надо заметить, что анкетирование не может с высокой долей вероятности выставить диагноз алкогольной зависимости. Для последнего необходимо сопоставление клинических, лабораторных, генетических и социальных составляющих, но предположить наличие рискованного, вредного или зависимого потребления алкоголя, анкета AUDIT может.

2.1. Уровни потребления алкоголя

Для удобства изложения материала приводится структура распространенности в порядке нумерации ответов на вопросы анкетирования с выводом о распространенности потребления алкоголя среди выбранной для конкретного кластера исследования.

1. В ходе исследования выяснилось, что во всей выборке абсолютных трезвенников почти половина. Так, 46,1 % врачей г. Якутска не принимают алкоголь; 1 раз в месяц и реже употребляют 34,5 % врачей; 2–4 раза в месяц 9,4 %; 2–3 раза в неделю 9,1 %, 4 и более раз в неделю употребляют 0,9 % врачей (3 человека).

2. За один случай распития спиртного 1–2 стандартные дозы алкоголя потребляют 60,0 % врачей; 3–4 дозы – 16,1 %, 5–6 доз – 18,8 %, 7–8 доз приходится на 3,9 % врачей, 10 доз и более потребляют 1,2 % якутских врачей. Стоит заметить, что Международная Организация Труда (МОТ) в своих профилактических программах рекомендует людям, которые потребляют алкоголь, подсчитывать, сколько они выпивают для того, чтобы контролировать для себя уровень опасности и попробовать изменить свои привычные для употребления дозы алкоголя на более безопасные. МОТ ввела понятие «одна стандартная доза алкоголя» или «1 доза алкоголя», которая равняется 12,8 грамма чистого алкоголя, что соответствует 30 мл 40 % водки, 50 мл 17–20 % крепленного вина, 130 мл 11–13 % столового вина или 330–500 мл 5 % пива (Дядичко А. Умеренное потребление: где границы? Медицина и общество).

3. Рискованные дозы алкоголя за одну выпивку (6 доз алкоголя) никогда не принимают 65,5 % врачей, реже 1 раз в месяц принимают 13 %, 1 раз в месяц – 7,9 %, 1 раз в неделю – 13,0 %, каждый день способны принимать 6 доз алкоголя 0,6 % врачей г. Якутска.

4. При анализе частоты потери контроля над выпитым установлено, что 39,7 % опрошенных врачей не теряют контроля вообще. Реже 1 раз в месяц контроль над выпитым теряют 42,1 %, 1 раз в месяц – 16,7 %, 1 раз в неделю – 0,6 %, каждый день – 0,9 % опрошенных врачей.

5. При выяснении частоты невыполнения обычных обязанностей установлено, что никогда не бывает неисполнения обязанностей у 38,2 % врачей, реже 1 раза в месяц такие проблемы возникают у 42,7 % врачей, 1 раз в месяц у 16,4 %, 1 раз в неделю у 2,1 % и каждый день могут не выполнять обычные обязанности 0,6 % опрошенных врачей.

6. Отрицают факты снятия плохого самочувствия после алкогольных эксцессов повторным приемом алкоголя 34,8 % врачей, позволяют себе это сделать реже 1 раза в месяц 47,6 % врачей, 1 раз в месяц 8,8 %, 1 раз в неделю – 8,2 %, каждый день снимают плохое самочувствие приемом алкоголя 0,6 % (2 человека).

7. Никогда не испытывают чувства вины после случаев выпивки 46,1 %, испытывают чувство вины реже 1 раза в месяц 38,8 %, 1 раз в месяц – 12,4 %, 1 раз в неделю – 1,8 %, каждый день испытывают чувство вины 0,9 % врачей г. Якутска.

8. Наличие посталкогольной амнезии не удалось выявить у 53,9 % врачей; у 38,8 % врачей она присутствует реже 1 раза в месяц; 1 раз в месяц амнезия бывает у 8,5 % врачей; 1 раз в неделю у 3,0 %; каждый день посталкогольная амнезия может быть у 0,9 % врачей (3 человека).

9. Наличие собственного травматизма или травматизма других людей после выпивки отрицают 88,2 % врачей, и 11,8 % признают факт параалкогольного травматизма.

10. Наличие фактов озабоченности окружающих приемами алкоголя отрицают 89,1 % врачей, 1,2 % врачей признают, что подобное было 1 год назад, 9,7 % врачей признали, что окружающие проявляли озабоченность по поводу приёмов алкоголя.

Анализ результатов позволил установить степень распространенности принятия алкоголя по шкале нанесенного вреда здоровью и степень зависимости от алкоголя (таблица 12).

Таблица 12

Распространенность принятия алкоголя по степени нанесенного вреда здоровью и степени зависимости от алкоголя среди врачей г. Якутска

Степень наносимого вреда приемом алкоголя	N	%
Низкая вероятность алкогольной зависимости	235	71,2
Чрезмерное или рискованное потребление алкоголя	60	18,2
Опасное потребление и употребление алкоголя с вредными последствиями	31	9,4
Возможное присутствие алкогольной зависимости	4	1,2
Итого	330	100,0

Исследование показало, что 152 врача из 330 респондентов вообще не употребляют алкоголь, что составило 46,1 % от всех опрошенных. Эти же 152 врача вошли в группу врачей из 235 человек с низкой вероятностью алкогольной зависимости, и доля их составила 71,2 % от всех врачей (рисунок 7).

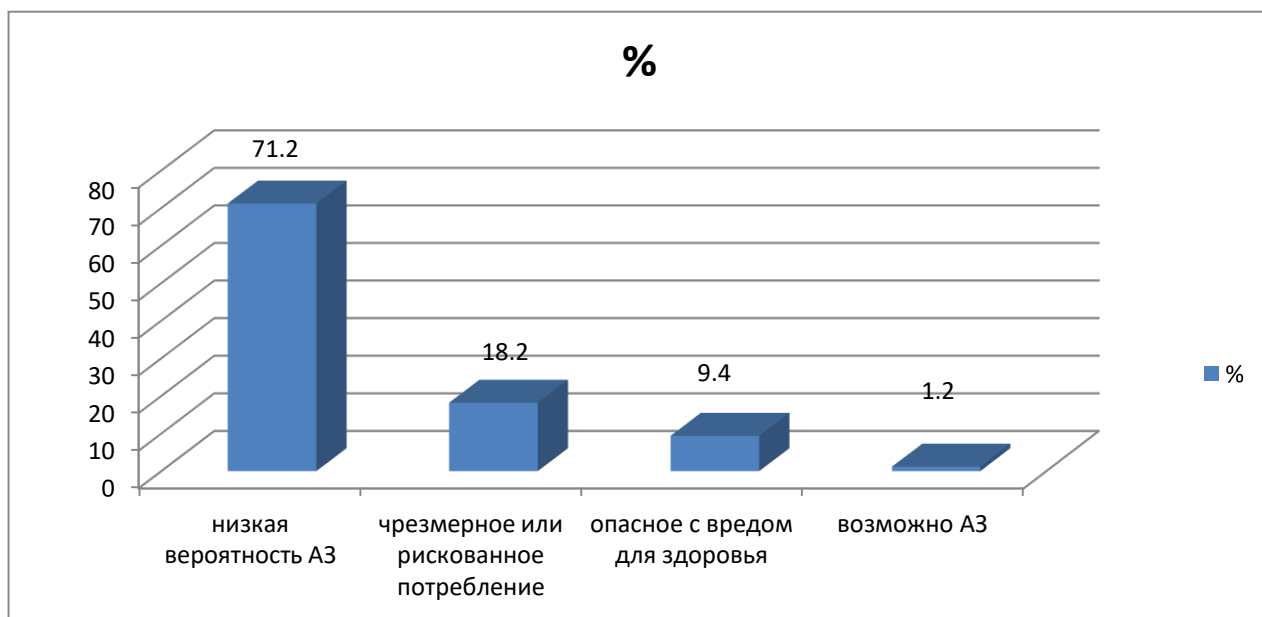


Рис. 7. Доли уровней потребления алкоголя в среде врачей г. Якутска

В режиме чрезмерного или рискованного потребления алкоголя оказалось 18,2 % (n=60) врачей. Опасное потребление алкоголя и употребления алкоголя с вредными последствиями обнаружено у 9,4 % (n=31) врачей (рисунок 6). Возможное присутствие алкогольной зависимости зафиксировано у 1,2 % (n=4) врачей г. Якутска, что сопоставимо с распространенностью алкогольной зависимости среди населения РФ и РС (Я): 1,5 % в России и 1,9 % в Якутии и 1,2 %.

2.2. Уровень распространенности потребления алкоголя по отдельным специальностям

Исследование степени распространенности режимов потребления алкоголя среди врачей различных специальностей привело к следующим результатам:

1. При изучении частоты употребления установлено, что среди врачей других специальностей 47,8 % специалистов вообще не употребляют алкоголь и являются абсолютными трезвенниками, 35,0 % употребляют 1 раз в месяц и реже, 8,9 % употребляют 2–4 раза в месяц, 7 % употребляют 2–3 раза в неделю, 1,3 %, врачей других групп употребляют алкоголь 4 и более раз в неделю. Среди терапевтов 50 % не употребляют алкоголь, 33,6 % употребляют с периодичностью 1 раз в месяц и реже, 7,4 % употребляют 2–4 раза в месяц, 9 % употребляют 2–3 раза в неделю.

Среди опрошенных анестезиологов не употребляют алкоголь 30,4 % респондентов, употребляют с периодичностью 1 раз в месяц и реже – 34,8 %, употребляют 2–4 раза в месяц 17,4 %, употребляют 2–3 раза в неделю 13,0 %, 4 раза и более раз в неделю употребляют 4,3 %.

В результате опроса хирургов выяснилось, что 32,1 % не употребляют алкоголь, 35,7 % употребляют с периодичностью 1 раз в месяц и реже, 14,3 % употребляют 2–4 раза в месяц, 17,9 % употребляют 2–3 раза в неделю.

2. Количество доз алкоголя в день выпивки.

Выяснилось, что среди врачей других специальностей, 1–2 дозы алкогольных напитков в день выпивки употребляют 64,3 %, 3–4 дозы употребляют 14,0 %, 5–6 доз – 17,2 %, 7–8 доз – 3,2 %, 10 и более доз – 1,3 % врачей.

Среди терапевтов 1-2 дозы алкогольных напитков в день выпивки употребляют 62,3 %, 3–4 дозы – 16,4 %, 5–6 доз – 17,2 %, 7–8 доз – 4,1 %, 10 и более доз не употребляют.

В результате опроса оказалось, что среди анестезиологов 1–2 дозы алкогольных напитков в день выпивки употребляют 39,1 %, 3–4 дозы – 21,7 %, 5–6 доз – 30,4 %, 7–8 доз – 4,3 %, 10 и более доз 4,3 %.

Установлено, что среди врачей – хирургов 1-2 дозы алкогольных напитков в день выпивки употребляют 42,9 %, 3–4 дозы – 21,4 %, 5–6 доз – 25,0 %, 7–8 доз – 7,1 %, 10 и более доз 3,6 %.

3. Опасные дозы потребления

По данным анкетирования выяснилось, что среди врачей других специальностей никогда не выпивают более 180 мл водки (6 доз) или 400 мл вина в течение одной выпивки 72,0 %, реже одного раза в месяц – 8,9 %, 1 раз в месяц регулярно потребляют 5,7 %, 1 раз в неделю – 12,7 % врачей и ежедневно способны потреблять данное количество алкоголя 0,6 % врачей г. Якутска.

Так же установлено, что среди терапевтов никогда не выпивают более 180 мл водки (400 мл вина) в течение одной выпивки 65,6 %, реже одного раза в месяц 17,2 %, 1 раз в месяц регулярно – 5,7 %, 1 раз в неделю регулярно – 11,5 %, ежедневно не употребляют.

По результатам опроса оказалось, что среди анестезиологов никогда не выпивают более 180 мл водки (400 мл вина) в течение одной выпивки 47,8 %, реже одного раза в месяц – 8,7 %, 1 раз в месяц регулярно 21,7 %, 1 раз в неделю регулярно – 17,4 %, каждый день способны принимать 4,3 % анестезиологов.

Далее выяснилось, что среди хирургов никогда не выпивают более 180 мл водки (400 мл вина) в течение одной выпивки 42,9 %, реже одного раза в месяц 21,4 %, 1 раз в месяц регулярно – 17,9 %, 1 раз в неделю регулярно – 17,9 %, каждый день ни один хирург алкоголь не употребляет.

4. Потеря контроля над выпитым.

Анализ данных исследования показал, что 45,2 % врачей других специальностей, никогда не находили, что не способны остановиться, начав употреблять алкоголь. Реже 1 раза в месяц не способны остановиться, начав пить 41,4 % врачей других специальностей, регулярно по 1 разу в месяц выпивают 12,1 %, 1 раз в неделю регулярно – 0,6 %, каждый день теряют контроль над выпитым 0,6 % врачей других специальностей.

Далее удалось выяснить, что 36,9 % терапевтов, участвовавших в опросе, не теряют контроля над выпитым алкоголем. Реже 1 раза в месяц теряют контроль 43,4 %, 1 раз в месяц – 18,9 % терапевтов, 1 раз в неделю при регулярном распитии теряют контроль 0,8 % терапевтов. Ежедневно употребляющих с потерей контроля над выпитым среди терапевтов нет.

Выяснилось, что 34,8 % анестезиологов никогда не находили, что не способны остановиться, начав пить, реже 1 раза в месяц теряли контроль 34,8 % анестезиологов, 1 раз в месяц – 26,1 % анестезиологов, каждый день теряли контроль над выпитым 4,3 % анестезиологов.

Среди хирургов никогда не теряют контроля 25,0 %, реже 1 раза в месяц – 46,4 %, 1 раз в месяц – 25,0, каждый день теряют контроль над выпитым 3,6 % хирургов.

5. Интересным социологическим наполнением представляется уровень отказа врачами от своих обычных обязанностей не только на работе, но и в быту. Выяснилось, что за последний год 42,7 % врачей других специальностей ответили, что из-за их выпивки, никогда не происходит сбоя ожидаемых от них обязанностей; 38,9 % врачей отметили, что могут не выполнить обычные обязанности менее 1 раза в месяц; 15,3 % не выполняют обязанностей 1 раз в месяц; 2,5 % способны на невыполнение обязанностей 1 раз в неделю. Каждый день это могут совершать 0,6 % врачей других специальностей.

У 35,2 % терапевтов никогда не бывает игнорирования обязанностей, 48,4 % терапевтов способны не выполнить обязанности реже 1 раза в месяц, 15,6 % терапевтов не выполняют обязанности 1 раз в месяц при регулярном приеме и 0,8 % терапевтов способны отказаться от выполнения обязанностей 1 раз в неделю.

Никогда не нарушают своих обязанностей из-за выпивки 34,8 % анестезиологов, реже 1 раза в месяц это могут себе позволить 39,1 % анестезиологов, 1 раз в месяц не выполняют ожидаемых от них обязанностей 21,7 % анестезиологов, каждый день способны это делать 4,3 % анестезиологов.

Никогда не нарушают своих обязанностей из-за выпивки 28,6 % хирургов, реже 1 раза в месяц это могут себе позволить 42,9 % хирургов, 1 раз в месяц не выполняют ожидаемых от них обязанностей 21,4 % хирургов, каждый день способны это делать 7,1 % хирургов.

6. При оценке наличия абстинентного синдрома выяснилось, что 46,5 % врачей других специальностей никогда не принимают алкоголь с целью облегчения состояния после тяжелой выпивки, 38,9 % прибегают к этому реже 1 раза в месяц, 7 % врачей других специальностей – 1 раз в месяц, 7,0 % – 1 раз в неделю, и 0,6 % врачей других специальностей – каждый день.

Изучение наличия абстинентного синдрома показало, что 32,0 % терапевтов никогда не принимают алкоголь с целью облегчения состояния после тяжелой выпивки, 49,2 % прибегают к этому реже 1 раза в месяц, 9,8 % терапевтов способны облегчать состояние 1 раз в месяц, 9,0 % 1 раз в неделю. Каждый день употребляющих в данном режиме терапевтов нет.

При дальнейшей работе над выявлением наличия абстинентного синдрома выяснилось, что 30,4 % анестезиологов никогда не принимают алкоголь с целью облегчения состояния после тяжелой выпивки, 47,8 % прибегают к этому реже 1 раза в месяц, 4,3 % анестезиологов – 1 раз в месяц, 13,0 % – 1 раз в неделю. Каждый день употребляющих в данном режиме анестезиологов оказалось 4,3 %.

При оценке наличия абстинентного синдрома так же выяснилось, что 28,6 % хирургов никогда не принимают алкоголь с целью облегчения состояния после тяжелой выпивки, 46,4 % прибегают к этому реже 1 раза в месяц, 17,9 % хирургов – 1 раз в месяц, 7,1 % – 1 раз в неделю. Каждый день употребляющих в данном режиме хирургов не оказалось.

7. Отсутствие высоких суммарных баллов на первые вопросы и высокие баллы ответов на вопросы с 7 по 10 данной анкеты, тем не менее, позволяют предположить наличие у респондентов опасного (с вредом для здоровья) употребления алкоголя и употребления алкоголя с вредными последствиями. Никогда не испытывают чувства вины после распития алкоголя 49,7 % врачей других специальностей, реже 1 раза в месяц испытывают чувство вины 36,9 %, 1 раз в месяц – 10,8 %, 1 раз в неделю – 1,9 %, каждый день -0,6 % врачей других специальностей.

Никогда не испытывают чувства вины после распития алкоголя 43,4 % терапевтов, реже 1 раза в месяц – 39,3 % терапевтов, 1 раз в месяц – 16,4 %, 1 раз в неделю – 0,8 %, респондентов, испытывающих чувство вины каждый день нет, т.к. среди терапевтов нет лиц, употребляющих алкоголь каждый день.

Среди анестезиологов доля не испытывающих чувства вины составила 43,5 %, реже 1 раза в месяц – 43,5 % терапевтов, 1 раз в месяц – 4,3 %, 1 раз в неделю – 4,3 %, респондентов, испытывающих чувство вины каждый день в среде анестезиологов оказалось 4,3 %.

Никогда не испытывают чувства вины после распития алкоголя 39,3 % хирургов, реже 1 раза в месяц – 42,9 % хирургов, 1 раз в месяц – 10,7 %, 1 раз в неделю – 3,6 %, доля хирургов, испытывающих чувство вины, каждый день составила 3,6 %.

8. При оценке наличия и частоты наступления постанкогальной амнезии учитывалась закономерность присутствия этого симптома, как доказательства опасного потребления алкоголя. Наличие амнезии говорит о серьезном вреде, который наносится головному мозгу принятыми дозами алкоголя. Никогда не отмечали амнезии 58,0 % врачей других специальностей, 31,8 % врачей других специальностей испытывали это состояние реже 1 раза в месяц, 5,7 % – 1 раз в месяц, 3,8 % – 1 раз в неделю, каждый день не помнили события предшествующей выпивки 0,6 % врачей других специальностей.

Никогда не отмечали амнезии 52,5 % терапевтов, 33,6 % терапевтов испытывали это состояние реже 1 раза в месяц, 12,3 % – 1 раз в месяц, 1,6 % – 1 раз в неделю и каждый день – не выявлено.

Никогда не отмечали амнезии 43,5 % анестезиологов, 34,8 % анестезиологов испытывали это состояние реже 1 раза в месяц, 13,0 % – 1 раз в месяц, 4,3 % забывали события предшествующей выпивки 1 раз в неделю, каждый день не помнили события предшествующей выпивки 4,3 % анестезиологов.

Никогда не отмечали амнезии 46,4 % хирургов, 42,9 % хирургов забывали о событиях выпивки реже 1 раза в месяц, 3,6 % – 1 раз в месяц, у 3,6 % хирургов амнезия наступала 1 раз в неделю, каждый день не помнили события предшествующей выпивки 3,6 % хирургов.

9. Вред, наносимый организму, оценивается и уровнем травматизации, наносимой не только самому респонденту, но и окружающим его людям. 87,9 % врачей других специальностей никогда не отмечали вред после выпивки, отмечали травматизм у себя в этом году 12,1 % врачей других специальностей.

91,0 % терапевтов никогда не отмечали вред после выпивки, отмечали травматизм у себя в этом году после выпивки 9,0 % терапевтов. Анестезиологи никогда не отмечали вред после выпивки в 78,3 % случаях выпивки, отмечали травматизм у себя в этом году после выпивки 21,7 % анестезиологов.

Хирурги отрицают у себя наличие травм после выпивки в 85,7 % случаях выпивки, отмечали травматизм у себя в этом году после выпивки 14,3 % анестезиологов.

10. Степень потребления алкоголя в опасном для здоровья режиме проявляется в замечании окружающими вреда, который наносит врач, как своему здоровью, так и социуму, который его окружает. Не отмечали озабоченности со стороны окружающих 90,4 % врачей других специальностей. Более года назад замечания были у 0,6 % врачей других специальностей, в этом году замечания к себе отметили 8,9 % врачей других специальностей.

Не отмечали озабоченности со стороны окружающих 92,6 % терапевтов. Более года назад замечания были у 0,8 % терапевтов, в этом году замечания к себе отметили 6,6 % терапевтов.

Доля озабоченности окружающими об употреблении врачами алкоголя нарастает в зависимости от специальности. Не отмечали озабоченности со стороны окружающих 78,3 % анестезиологов. Более года назад замечания были у 4,3 % анестезиологов, в этом году замечания к себе отметили 17,4 % анестезиологов.

Не отмечали озабоченности со стороны окружающих 75,0 % хирургов. Более года назад замечания были у 3,6 % хирургов, в этом году замечания к себе отметили 21,4 % хирургов.

После исследования распространенности потребления алкоголя среди врачей г. Якутска удалось выявить распределение рискованного, опасного и возможно зависимого потребления алкоголя внутри специальностей. Выяснилось, что самая низкая вероятность (74,5 %) алкогольной зависимости существует у врачей других специальностей, наименьшая доля низкой вероятности (53,6 %) возникновения алкогольной зависимости обнаружена у хирургов г. Якутска (таблица 13).

Таблица 13

**Распределение уровней потребления алкоголя
среди врачей различных специальностей**

Специальности	Уровень потребления	N	%
Врачи других специальностей	низкая вероятность алкогольной зависимости	117	74,5
	рискованное потребление алкоголя.	24	15,3
	опасное употребление алкоголя	14	8,9
	возможная алкогольная зависимость	2	1,3
	всего	157	100,0
терапевты	низкая вероятность алкогольной зависимости	90	73,8
	рискованное потребление алкоголя	24	19,7
	опасное потребление алкоголя	8	6,6
	возможная алкогольная зависимость	0	0
	всего	122	100,0
анестезиологи	низкая вероятность алкогольной зависимости	13	56,5
	рискованное употребление алкоголя	5	21,7
	опасное употребление алкоголя	4	17,4
	возможная алкогольная зависимость	1	4,3
	всего	23	100,0

хирурги	низкая вероятность алкогольной зависимости	15	53,6
	рискованное употребление алкоголя	7	25,0
	опасное употребление алкоголя	5	17,9
	возможная алкогольная зависимость	1	3,6
	всего	28	100,0

Самая высокая доля рискованного потребления алкоголя обнаружена у хирургов, которая составила 25,0 %, самая низкая доля (15,3 %) рискованного потребления зафиксирована у врачей других специальностей (рисунок 7).

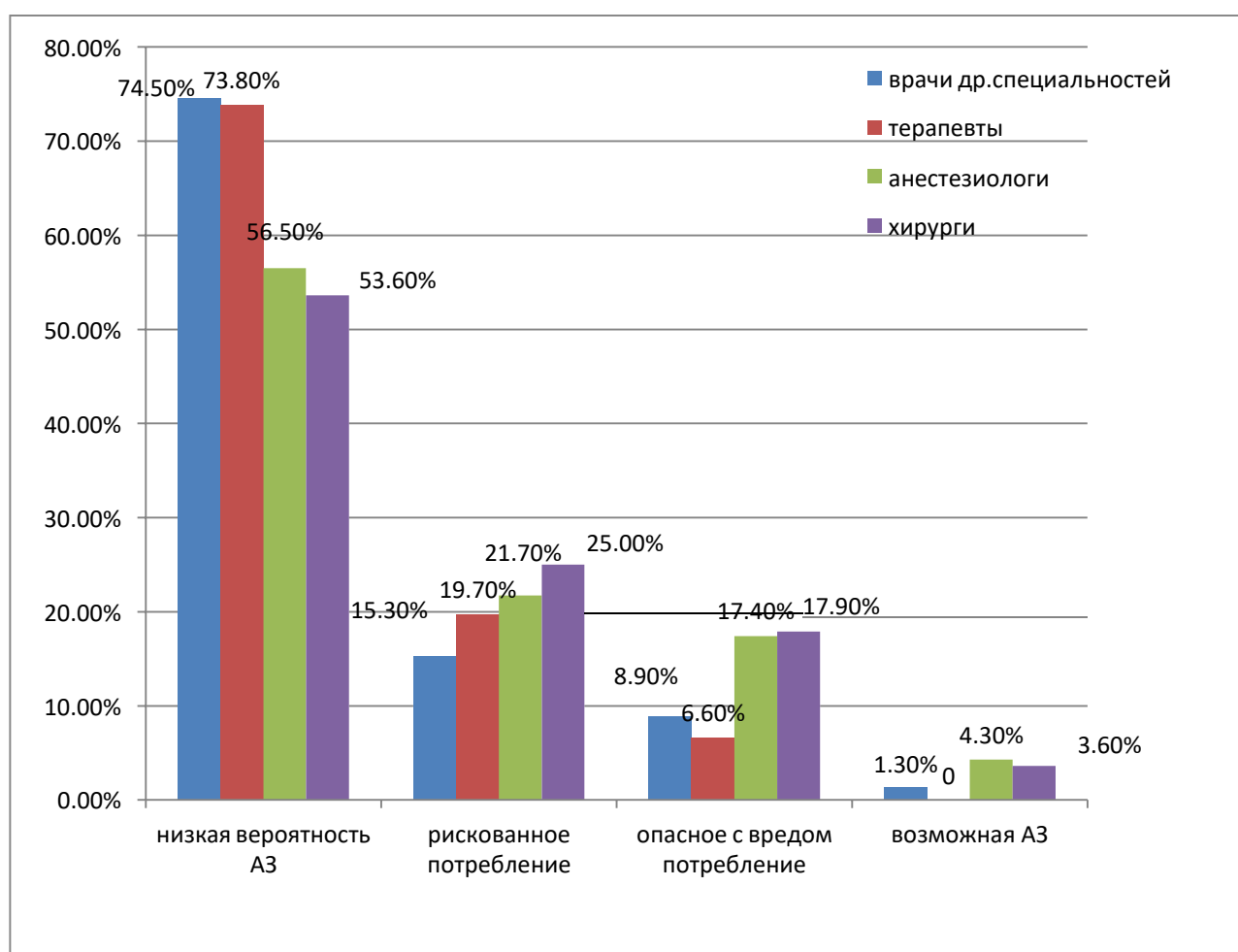


Рис. 7. Сравнительная диаграмма доли врачей внутри одной специальности относительно уровней потребления алкоголя

Самая высокая доля опасного потребления алкоголя выявлена у хирургов (17,9 %), самая низкая у терапевтов (6,6 %).

И наконец, самая высокая доля врачей, возможно находящихся в зоне зависимости представлена анестезиологами (4,3 % от своей популяции), совсем нет зависимых среди терапевтов.

2.3. Уровни потребления алкоголя среди врачей по национальному признаку

В научном сообществе продолжают дискуссии о рисках, шансах, течении и прогнозах алкогольной зависимости относительно национальной или расовой принадлежности. Исследование уровней потребления алкоголя среди врачей по национальному признаку проводилось в 3 этапа. Самоидентификация респондента считалась основным принципом определения национальности. В результате были сформированы 5 групп: славяне, метисы, якуты, эвенки, эвены. Группу метисов (4 человека) не удалось объединить с какой – либо другой, т.к. сами респонденты были против данного акта и самоидентифицировали себя, как метисы. Количественный состав представлен в таблице 3. Славяне были представлены 43 врачами, метисы – 4, якуты – 243, эвенки – 35 и эвены – 5 врачами.

На 1-м этапе изучены доли присутствия врачей различных национальностей относительно одной группы потребления алкоголя, в которой количество врачей бралось за 100 %. На 2-м этапе исследована доля представительства национальностей внутри групп потребления алкоголя (за 100 % учитывались все врачи) и на 3-м этапе выявлена доля уровней потребления внутри одной национальности.

Было установлено, что в группах, отражающих различные уровни потребления, в большинстве своем присутствуют врачи – якуты. Данная тенденция объясняется численным преобладанием врачей якутов (саха) в выборке. Так, в группе возможно зависимых докторов обнаружены 50 % врачей якутов, но анализ представительства внутри группы врачей якутов показал, что возможно зависимых респондентов среди всех врачей – якутов оказалось лишь 0,8 % (рисунок 8).

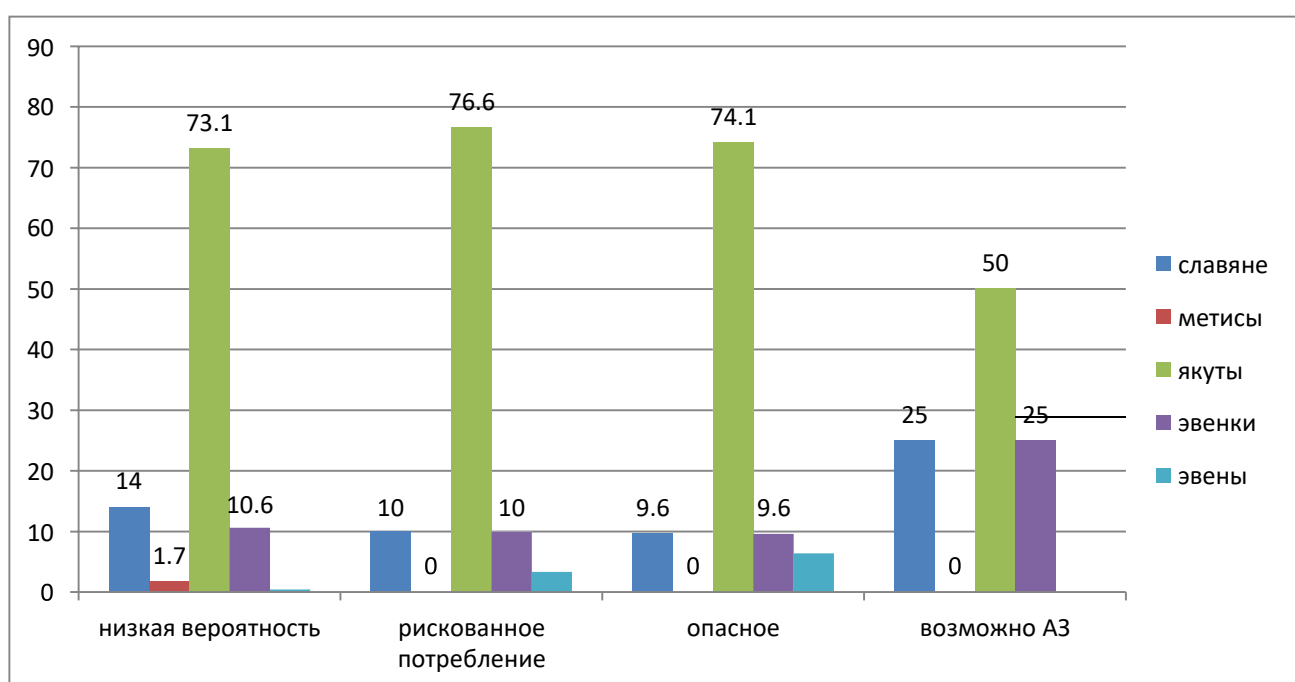


Рис. 8. Доля национальности врачей относительно одной группы потребления алкоголя, %

Все респонденты, которые самоидентифицировали себя, как метисы, в 100 % относятся к врачам с низкой вероятностью развития алкогольной зависимости (рисунок 9).

В среде врачей – эвенов не обнаружены лица с возможной алкогольной зависимостью, но в этой группе идентифицирована наиболее тревожная ситуация в связи с наличием в ней лиц, потребляющих алкоголь в рискованном (40 %) и опасном режиме (40 %). Данный режим потребления в прогностическом плане представляется наиболее неблагоприятным.

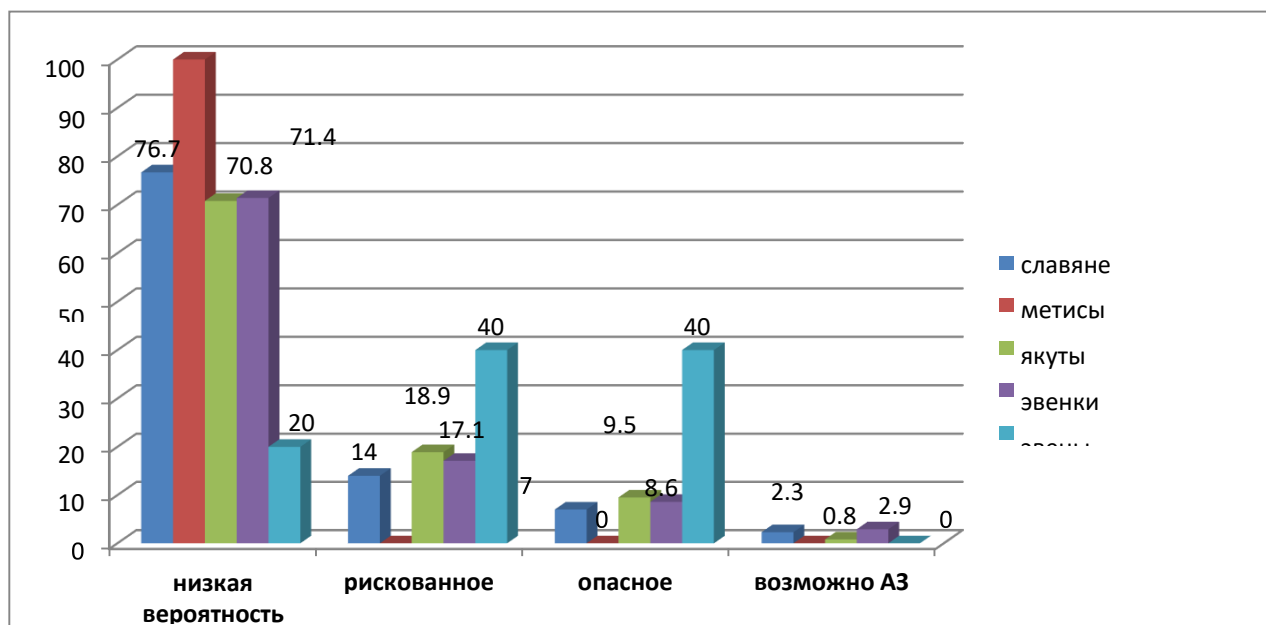


Рис. 9. Доля уровней представительства национальностей внутри групп потребления

При дальнейшем анализе выяснилось, что наибольшая доля возможно зависимых от алкоголя докторов обнаруживается среди врачей – эвенков (2,9 %) (рисунок 10).

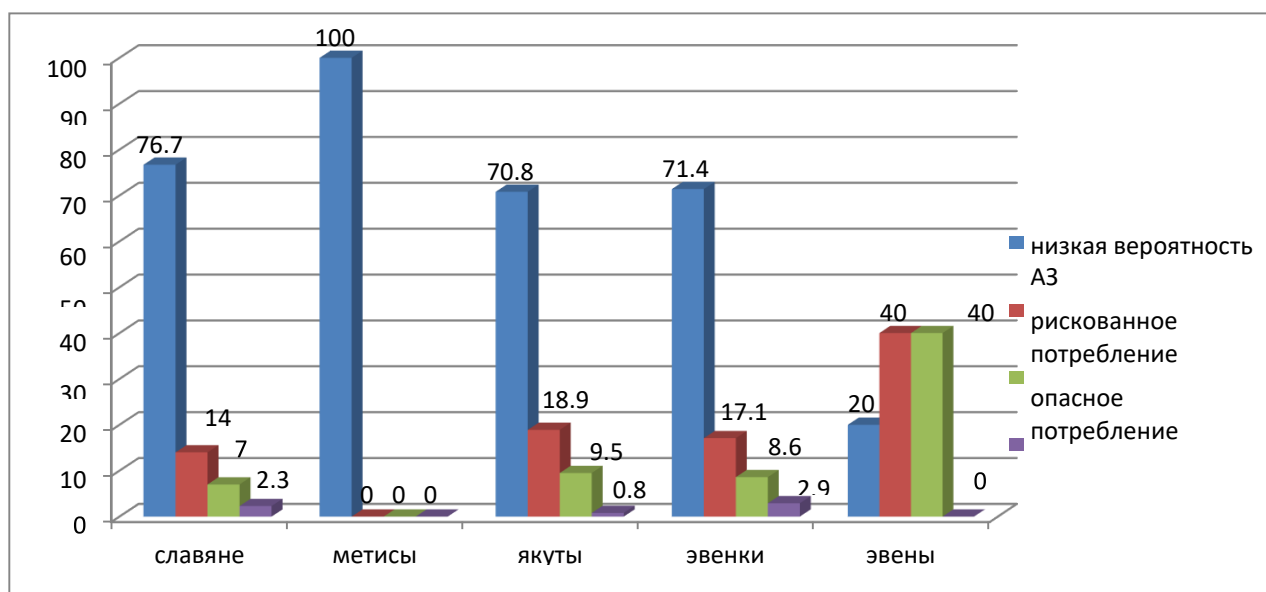


Рис. 10. Распределение долей уровней потребления алкоголя внутри групп национальностей

На 3 этапе исследования представительства национальностей проведено сравнительное изучение распространенности уровней потребления алкоголя, которое происходит внутри одной национальности врачей г. Якутска (таблица 14).

Таблица 14

Распространенность рискованного, опасного и возможно зависимого потребления алкоголя среди врачей по национальной принадлежности

Национальность	Уровень потребления	N	%
Славяне	Низкая вероятность алкогольной зависимости	33	76,7
	Чрезмерное или рискованное потребление алкоголя	6	14,0
	Опасное потребление и употребление алкоголя с вредными последствиями	3	7,0
	Возможное присутствие алкогольной зависимости	1	2,3
	Всего	43	100,0
Метисы	Низкая вероятность алкогольной зависимости	4	100,0
Якуты	Низкая вероятность алкогольной зависимости	172	70,8
	Чрезмерное или рискованное потребление алкоголя	46	18,9
	Опасное потребление и употребление алкоголя с вредными последствиями	23	9,5
	Возможное присутствие алкогольной зависимости	2	0,8
	Всего	243	100,0
Эвенки	Низкая вероятность алкогольной зависимости	25	71,4
	Чрезмерное или рискованное потребление алкоголя	6	17,1
	Опасное потребление и употребление алкоголя с вредными последствиями	3	8,6
	Возможное присутствие алкогольной зависимости	1	2,9
	Всего	35	100,0
Эвены	Низкая вероятность алкогольной зависимости	1	20,0

	зависимости		
	Чрезмерное или рискованное потребление алкоголя	2	40,0
	Опасное потребление и употребление алкоголя с вредными последствиями	2	40,0
	Возможное присутствие алкогольной зависимости	0	0
Всего		5	100,0

Национальный состав врачей, работающих в г. Якутске отражен в главе №3 данной диссертации. Доля эвенов среди врачей была равна 1,2 % от всех опрошенных врачей, доля метисов составила 1,5 %, эвенков было 10,6 %, славян среди врачей Якутска оказалось 13,0 % и большинство врачей были якутами (саха) 73,6 %. Данное соотношение не совпадает с соотношением национального состава РС (Я). Если учесть, что в 2012 год якутов в РС (Я) насчитывалось около 48 %, славян около 37 % от всего национального состава, то можно предположить, что население, представленное славянами, работает в других отраслях народного хозяйства республики.

Нами установлено, что самая низкая вероятность алкогольной зависимости присутствует у врачей – метисов; у всех врачей вышеуказанной национальной группы выявлен данный тип потребления алкоголя. Наименьшая доля низкой вероятности (20,0 %) возникновения алкогольной зависимости обнаружена у врачей – эвенов г. Якутска.

Наиболее значительная доля рискованного потребления алкоголя зафиксированы у врачей – эвенов 40,0 %, наиболее низкие цифры рискованного потребления алкоголя обнаружены у врачей – славян.

Наиболее высокая доля опасного потребления (40,0 %) обнаружена у врачей – эвенов, самая низкая (7,0 %) у врачей – славян.

Наибольшая доля врачей с возможной алкогольной зависимостью присутствует у врачей – эвенков, лиц с возможной алкогольной зависимостью среди них оказалось 2,9 % (1 человек), у врачей славян данная доля составила 2,3 % (1 человек), у врачей – якутов эта доля составила 0,8 % (2 человека) и среди врачей – эвенов лиц с алкогольной зависимостью не обнаружено.

Наиболее настораживающим фактом явилось обнаружение 80 % врачей эвенов, пребывающих в режиме рискованного и опасного потребления алкоголя.

Необходимо добавить, что в ходе исследования получены отдельные новые данные. Например, установлено, что наибольшая доля абсолютных трезвенников представлена в группе врачей – славян. Так, 51,2 % врачей-славян не

употребляют алкоголь абсолютно. Относительно безопасные (1–2 дозы) дозы до 60 мл водки 40 % во время случаев потребления спиртного чаще употребляют врачи – эвенки. Абстинентный синдром чаще возникает у врачей – якутов (61,0 %), чувство вины, возникающее после выпивки, чаще посещает врачей-эвенов (40 % от своей популяции). Травматизм после выпивок чаще встречается у врачей – якутов (17,1 %). Озабоченность режимом потребления чаще обнаруживается у врачей – эвенов (20,0 %).

При дальнейшем анализе, ввиду незначительного представительства эвенов, и метисов в выборочной совокупности, нами было решено разделить респондентов на 2 группы и сравнить режимы потребления алкоголя между врачами европеоидной расы и врачами аборигенного населения, которые в большинстве своем, этнологически были представлены лицами палеоазиатской группы монголоидной расы. Условно этим группам были даны следующие названия: 1 группа «европеоиды», 2 группа «коренное население» (таблица 15).

Таблица 15

Распределение уровней потребления алкоголя внутри групп европеоидов и лиц коренного населения

Национальность	Уровень потребления	N	%
Европеоиды	Низкая вероятность алкогольной зависимости	33	76,7
	Чрезмерное или рискованное потребление алкоголя	6	14,0
	Опасное потребление и употребление алкоголя с вредными последствиями	3	7,0
	Возможное присутствие алкогольной зависимости	1	2,3
	Всего	43	100,0
Коренное население	Низкая вероятность алкогольной зависимости	202	70,3
	Чрезмерное или рискованное потребление алкоголя	54	18,8
	Опасное потребление и употребление алкоголя с вредными последствиями	28	9,7
	Возможное присутствие алкогольной зависимости	3	1,0
	Всего	287	100,0

Выяснилось, что уровни потребления алкоголя представителями аборигенного (коренного населения), представленного врачами эвенками, эвенками, якутами и метисами принципиально не отличаются от режимов потребления, характерных для врачей-европеоидов. Выяснилось, что низкая вероятность алкогольной зависимости, чрезмерное или рискованное (с риском вредных последствий) потребление алкоголя, потребление алкоголя с вредными последствиями находятся фактически на одном уровне. Лиц, потребляющих алкоголь в режиме возможной зависимости, в группе европеоидов оказалось 2,3 %, в группе аборигенного населения их оказалось 1,0 %.

2.4. Уровни потребления алкоголя среди врачей по возрасту

Следующим пунктом исследования явилось изучение соотношения распространенности рискованного, опасного и возможно зависимого потребления алкоголя с различными возрастными интервалами. Известно, что канонической возрастной закономерности наступления алкогольной болезни нет. Это зависит от степени интенсивности приема алкоголя, биолого-генетических характеристик, социальной среды, от раннего начала потребления и потребления алкоголя, систематически продолжающегося во времени.

Статистическое исследование соотношения долей возраста врачей к степени распространенности и степени наличия зависимости привело к следующим результатам (таблица 16).

Таблица 16

Соотношение возраста и уровня потребления алкоголя среди врачей г. Якутска

Возраст	Уровень потребления	n	%
60 лет и старше	Низкая вероятность алкогольной зависимости	14	77,8
	Чрезмерное или рискованное потребление алкоголя	4	22,2
	всего	18	100,0
50–59 лет	Низкая вероятность алкогольной зависимости	40	78,4
	Чрезмерное или рискованное потребление алкоголя	10	19,6
	Опасное потребление и употребление алкоголя с вредными последствиями	1	2,0
	Итого	51	100,0

40–49 лет	Низкая вероятность алкогольной зависимости	49	57,0
	Чрезмерное или рискованное потребление алкоголя	12	4,0
	Опасное потребление и употребление алкоголя с вредными последствиями	23	26,7
	Возможное присутствие алкогольной зависимости	2	2,3
	всего	86	100,0
30–39 лет	Низкая вероятность алкогольной зависимости	69	72,6
	Чрезмерное или рискованное потребление алкоголя	18	18,9
	Опасное потребление и употребление алкоголя с вредными последствиями	6	6,3
	Возможное присутствие алкогольной зависимости	2	2,1
	Всего	95	100,0
21–29 лет	Низкая вероятность алкогольной зависимости	63	78,8
	Чрезмерное или рискованное потребление алкоголя	16	20,0
	Опасное потребление и употребление алкоголя с вредными последствиями	1	1,3
	всего	80	100,0

Выяснилось, что самая низкая вероятность впасть в зависимость от алкоголя находится в возрастном промежутке 21–29 лет (78,8 % от популяции 21–29-летних). В возрасте 50–59 лет и старше низкая вероятность почти такая же (78,4 %) (рисунок 11).

В зоне рискованного потребления пребывает 22,2 % врачей 60 лет и старше. Наиболее низкая доля рискованного потребления представлена у 40–49-летних врачей.

В режиме опасного для здоровья потребления наибольшая доля принадлежит 40–49-летним врачам (26,7 %), наименьшая доля приходится на 21–29-летних врачей (1,3 %).

Возраст врачей с возможной алкогольной зависимостью, в порядке возрастания доли зависимых, сложился следующим образом. Среди 21–29-летних, 50–59-летних и 60-летних врачей с зависимостью не обнаружено. Возможное

присутствие алкогольной зависимости зафиксировано у 2,1 % 30–39-летних врачей и у 2,3 % врачей г. Якутска в возрасте 40–49 лет.

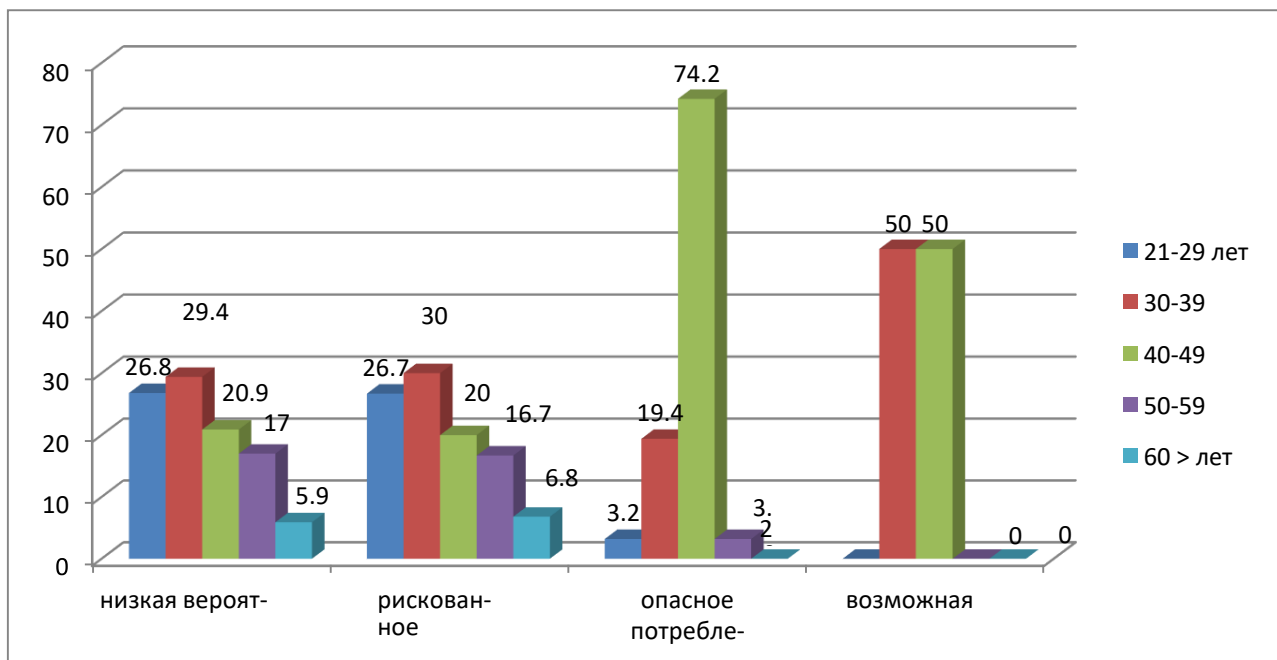


Рис. 11. Доля возраста врачей в группах уровня потребления алкоголя

2.5. Уровни потребления алкоголя среди врачей по гендерному признаку

Изучение уровня различных режимов потребления алкоголя в зависимости от пола показало, что у женщин-врачей результаты по всем позициям имеют более оптимистичный характер, чем у врачей-мужчин (рисунок 12).

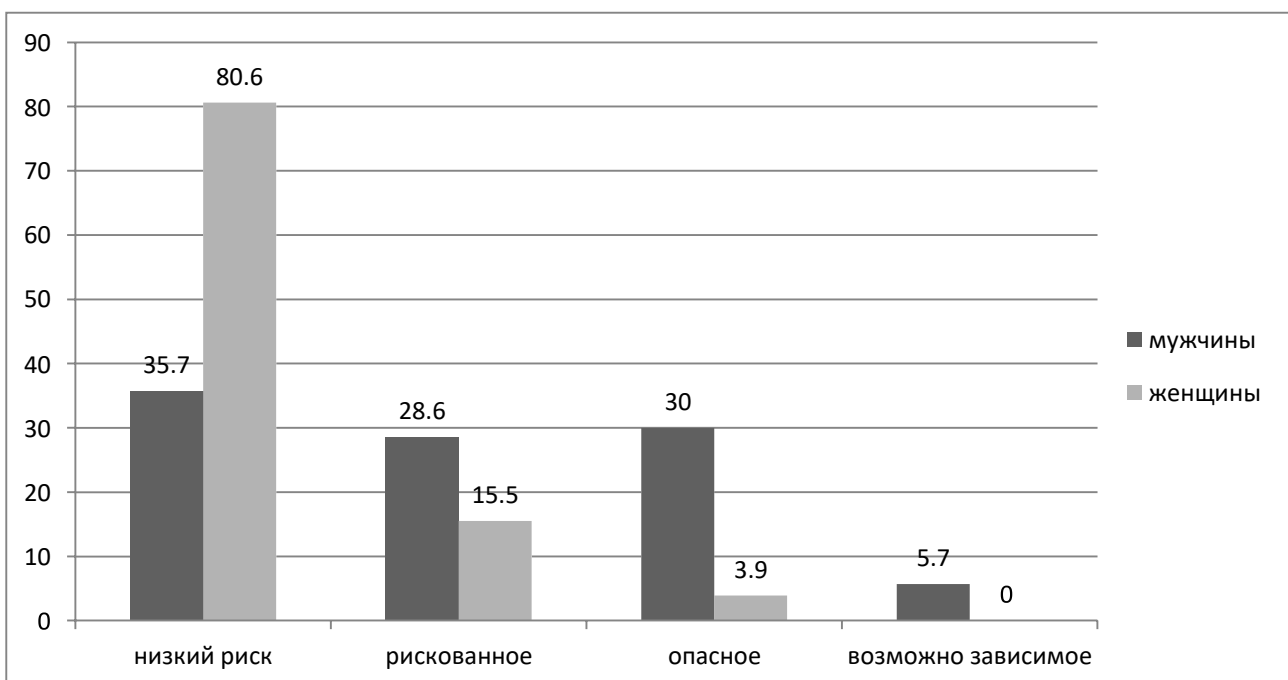


Рис. 12. Доля уровней потребления алкоголя среди мужчин и женщин-врачей (%)

Так, мужчин-врачей с низкой вероятностью развития алкогольной зависимости оказалось $35,7 \pm 5,97$, доля женщин-врачей составила $80,6 \pm 8,97$, мужчин ($p=0,000$). Из них доля абсолютных трезвенников женщин составила 52,7 % и лишь 21,4 % мужчин.

Среди лиц с рискованным потреблением алкоголя женщин-врачей оказалось $15,5 \pm 3,93$, мужчин-врачей $28,6 \pm 2,91$ ($p=0,02$). Опасное потребление и употребление алкоголя с вредными последствиями обнаружено у $3,9 \pm 1,97$ женщин-врачей, среди потребляющих в данном режиме мужчин-врачей оказалось $30,0 \pm 5,47$ ($p=0,009$). И наконец, возможное присутствие алкогольной зависимости обнаружено только среди $5,7 \pm 2,39$ мужчин. Среди женщинзависимых от алкоголя врачей не обнаружено (таблица 17).

Таблица 17

**Сравнительная таблица доли уровней потребления
алкоголя между мужчинами-врачами и женщинами-врачами**

Уровень потребления	Мужчины-врачи		Женщины-врачи		p
	n	P±m	n	P±m	
Низкая вероятность алкогольной зависимости	25	$35,7 \pm 5,97$	208	$80,6 \pm 8,97$	$p=0,000$
Чрезмерное или рискованное потребление алкоголя	20	$28,6 \pm 2,91$	40	$15,5 \pm 3,93$	$p=0,02$
Опасное потребление и употребление алкоголя с вредными последствиями	21	$30,0 \pm 5,47$	10	$3,9 \pm 1,97$	$p=0,01$
Возможное присутствие алкогольной зависимости	4	$5,7 \pm 2,39$	-	-	-
Всего	70	100,0	258	100,0	-

В ходе решения задачи исследования уровня распространенности алкогольной зависимости среди врачей г. Якутска выяснилось, что во всей выборке абсолютных трезвенников почти половина, т.е. 46,1 % врачей г. Якутска не принимают алкоголь вообще, но около 1 % врачей способны принимать алкоголь критическое число раз (больше 4 раз в неделю). Каждый день способны принимать 6 доз алкоголя 0,6 % врачей г. Якутска. Не теряют контроль над выпитым 39,7 % опрошенных врачей, теряют контроль над выпитым 0,9 % врачей. Никогда не бывает случая игнорирования обязанностей у 38,2 % врачей, каждый день могут не выполнять обычные обязанности 0,6 % опрошенных врачей. Никогда не снимают плохое самочувствие повторным (утренним) приемом алкоголя

34,8 % врачей. Каждый день снимают плохое самочувствие приемом алкоголя 0,6 % врачей. Каждый день испытывают чувство вины 0,9 % врачей. Наличие посталкогольной амнезии не удалось выявить у 53,9 % врачей, каждый день посталкогольная амнезия может быть у 0,9 % врачей. Наличие собственного травматизма или травматизма других людей после выпивки отрицают 88,2 % врачей, и 11,8 % признают факт параалкогольного травматизма. 9,7 % врачей признали, что окружающие проявляли озабоченность по поводу их приема алкоголя.

В итоге выяснилось, что 152 врача из 330 респондентов вообще не употребляют алкоголь, что составило 46,1 % от всех опрошенных. Эти же 152 врача вошли в группу врачей из 235 человек с низкой вероятностью алкогольной зависимости, и доля их составила 71,2 % от всех врачей.

В режиме чрезмерного или рискованного потребления принимают алкоголь 18,2 % (n=60) врачей. Опасное потребление алкоголя и употребление алкоголя с вредными последствиями обнаружено у 9,4 % (n=31) врачей. Возможное присутствие алкогольной зависимости зафиксировано у 1,2 % (n=4) врачей г. Якутска.

После анализа распространенности потребления алкоголя среди врачей г. Якутска удалось выявить распределение рискованного, опасного и возможно зависимого потребления алкоголя внутри специальностей. Выяснилось, что самая *низкая* вероятность (74,5 %) алкогольной зависимости существует у врачей других специальностей, наименьшая доля низкой вероятности (53,6 %) возникновения алкогольной зависимости обнаружена у хирургов г. Якутска.

Самая высокая доля рискованного потребления алкоголя обнаружена у хирургов, которая составила 25,0 %, самая низкая доля (15,3 %) рискованного потребления зафиксирована у врачей других специальностей.

Самая высокая доля опасного потребления алкоголя выявлена у хирургов (17,9 %), самая низкая у терапевтов (6,6 %).

И наконец, самая высокая доля врачей, возможно находящихся в зоне зависимости представлена анестезиологами (4,3 % от своей популяции), совсем нет зависимых среди терапевтов (3,6 %).

Нами установлено, что самая наименьшая вероятность алкогольной зависимости присутствует у врачей – метисов; все врачи вышеуказанной национальной группы обнаружили данный тип потребления алкоголя.

Наименьшая доля низкой вероятности (20,0 %) возникновения алкогольной зависимости обнаружена у врачей – эвенов г. Якутска.

Наиболее значительная доля рискованного потребления алкоголя зафиксированы у врачей – эвенов 40,0 %, наиболее низкие цифры рискованного потребления алкоголя обнаружены у врачей – славян.

Наиболее высокая доля опасного потребления (40,0 %) обнаружена у врачей – эвенов, самая низкая (7,0 %) у врачей – славян.

Наибольшая доля врачей с возможной алкогольной зависимостью присутствует у врачей – эвенков, лиц с возможной алкогольной зависимостью среди них оказалось 2,9 % (1 человек), у врачей славян данная доля составила 2,3 % (1 человек), у врачей – якутов эта доля составила 0,8 % (2 человека) и среди врачей – эвенов, лиц с алкогольной зависимостью не обнаружено. Наиболее настораживающим фактом явилось обнаружение 80 % врачей-эвенов, пребывающих в режиме рискованного и опасного потребления алкоголя.

Так же установлено, что самая низкая вероятность впасть в зависимость от алкоголя приходится на возрастной промежуток 21–29 лет (78,8 % от популяции 21–29-летних врачей). В возрасте 50–59 лет и старше низкая вероятность почти такая же (78,4 %). В зоне рискованного потребления пребывает 22,2 % врачей 60 лет и старше. Наиболее низкая доля рискованного потребления представлена у 40–49-летних врачей.

В режиме опасного для здоровья потребления наибольшая доля принадлежит 40–49-летним врачам (26,7 %), наименьшая доля приходится на 21–29-летних врачей (1,3 %). Распределение врачей с возможной алкогольной зависимостью в порядке возрастания возраста сложилось следующим образом: среди 21–29-летних, 50–59-летних и 60-летних респондентов врачей с алкогольной зависимостью нет. Возможное присутствие алкогольной зависимости обнаружено у 2,1 % 30–39 – летних врачей и у 2,3 % врачей г. Якутска в возрасте 40–49 лет.

При гендерном сравнении уровней потребления алкоголя в среде врачей выяснилось, что мужчин-врачей с низкой вероятностью развития алкогольной зависимости оказалось $35,7 \pm 5,97$, доля женщин-врачей составила $80,6 \pm 8,97$, мужчин. Темп прироста составил 50,2 %. Из них доля абсолютных трезвенников – женщин составила 52,7 % и лишь 21,4 % мужчин.

Возможное присутствие алкогольной зависимости обнаружено только среди $5,7 \pm 2,39$ мужчин. Среди женщин зависимых от алкоголя врачей не обнаружено.

Глава 3. ВЗАИМОСВЯЗЬ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЕЙ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ С СОЦИАЛЬНО- ГИГИЕНИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ. ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ

В 1991 г. ВОЗ определила уровни или типы потребления алкоголя, в зависимости от риска наступления зависимости и вреда, который наносит алкоголь человеку в биологическом и социальном аспекте. Исходя из установления распространенности различных режимов потребления алкоголя врачами г. Якутска, решение вопроса взаимосвязи некоторых социально – гигиенических факторов с различными уровнями потребления стало целесообразным продолжением данного исследования.

3.1. Основные факторы, сопровождающие уровни потребления алкоголя в среде врачей г. Якутска

В предыдущих главах были освещены вопросы, которые поясняли основные причины развития алкогольной зависимости. Поиск социально – гигиенических факторов, которые могли прямо или косвенно влиять на те, или иные уровни потребления алкоголя, и АЗ в том числе, представляется весьма интересной задачей.

Известно, что причины развития алкогольной зависимости можно подразделить на 2 основные:

- 1) биологические причины;
- 2) социальные.

Биологические причины в свою очередь делятся на генетические, физиологические и психологические. Социальные причины: на микросоциальные и общесоциальные. Изучение литературы показало, что причинно-следственная связь в развитии или манифестации какого-либо природного явления или социального акта всегда лежит в плоскости естествознания, социологии и психологии. Вопрос развития такого медико-биологического процесса, как алкогольная зависимость не может быть раскрыт в отрыве от вопросов психологии и социологии. Вопрос терминологии раскрытия темы алкоголизма поднимался в данной работе, но его следует продолжить и в контексте раскрытия причин алкогольной зависимости или факторов, которые влияют на развитие этого заболевания. За причину возникновения того или иного медицинского прецедента принято считать доказанное и относительно неоспоримое явление.

Фактор риска – это событие или ситуация, способная при определенных условиях вызывать неблагоприятные эффекты. По определению ВОЗ, фактор

риска – это, какое – либо свойство или особенность человека, или какое-либо воздействие на него, повышающее вероятность развития болезни или травмы (ВОЗ, 2013).

Анкета содержала в общей сложности 45 вопросов. Из них 10 вопросов представляют собой отдельный блок (AUDIT) со своим ключом для интерпретации результатов и служат для выявления степени алкогольной зависимости. Остальные 35 вопросов были направлены на установление социально-гигиенических факторов, предположительно связанных с формированием алкогольной зависимости у целевого контингента. Таким образом, при анализе полученных данных мы столкнулись с проблемой интерпретации 35 отдельных факторов, многие из которых в разной степени связаны с употреблением алкоголя и могут стать фактором риска манифестации АЗ.

Все вопросы анкеты являлись закрытыми, и большинство из них предполагало направленный характер ответов, отражающий, например, частоту проявления тех или иных причин приёма алкоголя, ведущих к зависимости.

Такая структура данных позволила провести факторный анализ с целью выявления скрытых закономерностей в ответах респондентов. Факторный анализ применяется в случаях, когда исследуется качественная взаимосвязь признаков. Когда параметрические методы, такие, как коэффициент Спирмена, Пирсона, Т-критерий Стьюдента или Фишера, эффективны при больших и точных цифрах, не могут раскрыть закономерности при исследовании качественных показателей. Например, при социологических, биологических или медицинских исследованиях.

Для проведения факторного анализа были отобраны вопросы, касающиеся социального статуса медицинских работников, а также их удовлетворённости социальными и материальными условиями.

Для проведения анализа использовали модуль «Снижение размерности / факторный анализ». Для начального извлечения факторов применили метод главных компонент. Непосредственно факторный анализ проводили с помощью программы SPSS 21. В данном случае ее действие было основано на методе ортогонального вращения факторных осей методом Varimax с нормализацией Кайзера. Метод даёт устойчивые результаты и облегчает их интерпретацию, благодаря чему применяется наиболее часто.

Количество факторов, значительно влияющих на структуру ответов респондентов, визуально устанавливали с помощью графика «Каменистая ось» (рисунок 13). Каждый фактор содержал в себе комбинацию признаков (ответов на анкету). При визуальном исследовании графика руководствовались принципом «сломанной трости» и определили, что излом происходит на четвёртом факторе (компоненте). На этом основании определили, что первые три фактора

являются наиболее информативными. В дальнейшем изучали таблицу собственных значений факторов в повернутом пространстве и оценивали накопленный процент объяснённой дисперсии, являющийся индикатором информативности выделенных факторов. Суммарный процент объяснённой дисперсии по 3 выделенным факторам составил 50,98 %, что свидетельствует о достаточной информативности указанных факторов.

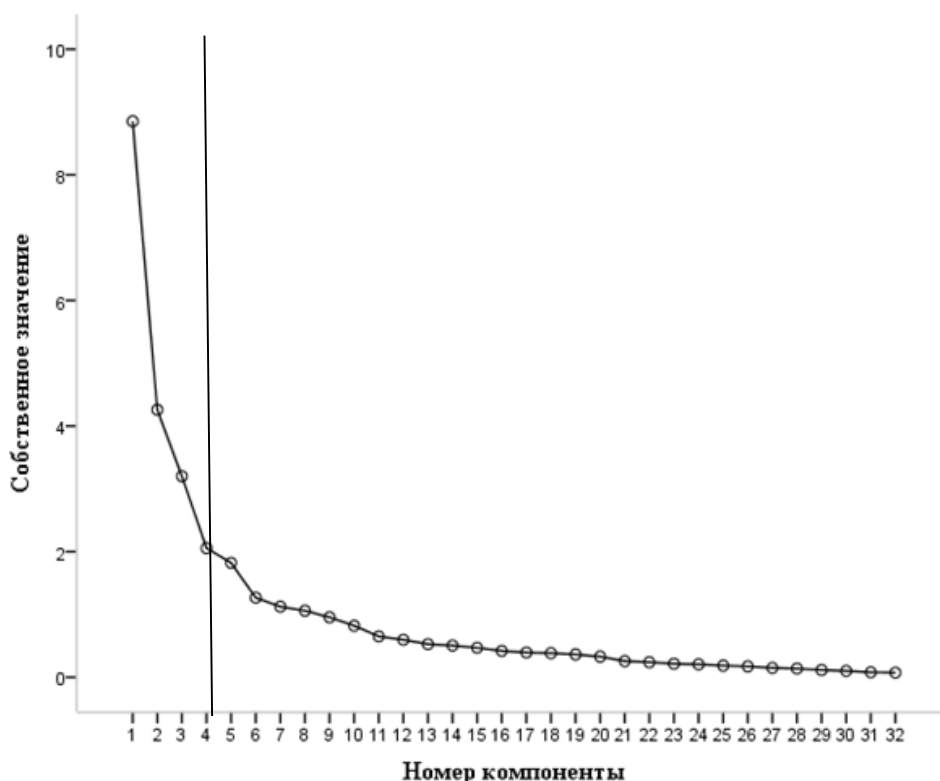


Рис. 13. График «Каменистая ось»

Таким образом, на основании результатов изучения графика и таблиц собственных значений пришли к выводу о том, что первые три фактора являются наиболее значимыми и содержат в себе более 50 % информации о респондентах.

Таблица 18

Оценка параметров факторной модели

Статистический критерий	Значение критерия	Степень свободы	Уровень значимости
Мера выборочной адекватности Кайзера-Мейера-Олкина	0,829	-	-
Критерий сферичности Бартлета	7749,15	496	0,000

Устойчивость полученной факторной модели оценивали с помощью критерия выборочной адекватности Кайзера-Мейера-Олкина, который в данном случае превысил значение 0,8, что свидетельствует о высокой степени применимости факторного анализа к данным анкетного опроса. При этом критерий сферичности Бартлета, отражающий силу корреляционных связей отдельных ответов с вновь образованными факторами, имеет максимальный уровень значимости, что также подтверждает информативность факторов (таблица 18).

Таким образом, полученная нами факторная модель в достаточной степени раскрывает закономерности в структуре ответов респондентов, связанных с уровнем потребления алкоголя.

По строкам таблицы представлены значения факторных нагрузок мнений респондентов по отдельным вопросам. По столбцам отдельные значения нагрузок сгруппированы в новые факторы, требующие интерпретации. Факторные нагрузки представляют собой коэффициенты корреляции отдельных мнений с соответствующим фактором (таблица 19). Наиболее важными считаются факторные нагрузки, значения которых превышают или близки к 0,7, поэтому при интерпретации новых факторов таким признакам уделяется особое внимание.

Таблица 19

Факторные нагрузки

Признаки	Компонента		
	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
Употребление алкоголя на работе для снятия стресса и напряжения	0,862	-0,058	0,082
Облегчение общения с людьми	0,838	-0,144	0,065
Отсутствие удовольствия от работы	-0,838	0,081	0,008
Получение эффекта эйфории от алкоголя	0,836	-0,006	0,182
Хирургическая профессия	0,785	-0,196	-0,030
Страх наступления смерти больного от иатрогении	0,783	0,127	0,202
Желание иметь большее количество детей	0,770	0,092	0,210
Психологическое напряжение от общения с родственниками тяжело больных	0,686	-0,378	-0,199
Один ребенок в семье	-0,653	0,239	0,275
Неудовлетворенность социально-гигиеническими условиями работы	0,558	-0,368	-0,067

Плохое настроение на работе	0,546	-0,127	0,208
Незарегистрированный брак	0,503	-0,271	-0,374
несколько мест работы	0,360	-0,258	-0,155
Употребляют алкоголь (не на работе) для снятия стресса	0,323	0,123	0,132
Небольшой средний доход на 1 члена семьи	-0,408	0,790	0,041
Неудовлетворенность размером зарплаты	0,084	0,775	-0,079
Наличие работы по совместительству	-0,129	0,755	-0,063
Наличие ипотечного кредита	-0,378	0,734	-0,270
Наличие или отсутствие автомобиля	-0,020	0,725	-0,400
Мужской пол	-0,375	-0,655	-0,185
Обеспеченность жильём	0,282	-0,639	-0,143
Хорошее состояние здоровья	-0,448	0,534	0,291
Молодой возраст	0,323	0,523	-0,349
Желание сменить нынешнее место работы	0,246	-0,369	0,254
Хирургический профиль специальности	-0,137	0,355	0,154
Чувство несчастья	-0,136	0,351	0,145
Ранний возраст начала употребления алкогольных напитков (до 14 лет)	-0,020	-0,263	0,747
Интенсивное употребление алкоголя в студенческие годы	-0,195	-0,125	-0,680
Наличие близких родственников с алкогольной зависимостью	0,061	-0,194	-0,624
Неудовлетворенность выбранной профессией	0,023	-0,207	0,623
Больше двух хронических заболеваний	0,298	0,118	0,393
Желание иметь большой суммарный фактический доход в месяц	0,221	-0,014	0,369
Рабочие профессии родителей	-0,031	-0,030	0,281
Желание эмигрировать из страны	0,029	-0,038	0,280

Изучение результатов факторного анализа показало, что с Фактором 1 в первую очередь связаны мнения респондентов, касающиеся их психологического состояния: употребление алкоголя на работе для снятия стресса и напряжения; потребление для облегчения общения с людьми; отсутствие удовольствия от работы; получение эффекта эйфории от приема алкоголя; неудовлетворенность выбранной профессией; минимальное количество детей; чувство несчастья.

Вторую группу мнений, коррелирующихся с рассматриваемым фактором, составили следующие ответы: – небольшой средний доход на 1 члена семьи, неудовлетворенность размером заработной платы, наличие работы по совместительству; кредитные обязательства; наличие или отсутствие автомобиля; мужской пол; обеспеченность жильем.

Третья группа мнений с относительно меньшими факторными нагрузками объединяет ответы респондентов, касающиеся следующих социально-гигиенических аспектов: ранний возраст начала употребления алкогольных напитков (до 14 лет); интенсивное употребление алкоголя в студенческие годы; наличие близких родственников с алкогольной зависимостью; хирургическая профессия.

Таким образом, Фактор 1 состоит из компонентов, иллюстрирующих психологическое состояние респондентов. На основании логической интерпретации указанный фактор назвали «Психологическим».

Фактор 2 наполнен информацией, которая иллюстрирует материальное положение респондентов и выводит на первое место неблагоприятную экономическую составляющую, что и определило его название – «Материальные затруднения».

Исследование структуры Фактора 3 показало, что основная информационная нагрузка приходится на социально-гигиенические аспекты, которые могут способствовать развитию алкогольной зависимости: раннее начало употребления алкоголя, интенсивное употребление в студенческие годы и наличием родственников с алкогольной зависимостью. На основании того, что основным компонентом описанного фактора, напрямую связывающим его со всеми уровнями потребления алкоголя, является начало потребления алкоголя до 14 лет, ему было дано название «Раннее начало потребления алкоголя».

Таким образом, результаты факторного анализа позволили выделить три новых фактора, содержащих в себе не только информацию о психологическом и социальном статусах респондентов, но и позволило ассоциировать их с причинами и вредного потребления алкоголя.

Вновь выделенным фактором были даны названия в соответствии с заключенной в них информацией:

1. «Психологический фактор»
2. «Материальные затруднения»
3. «Раннее начало употребления алкоголя».

Следующей задачей данной работы стало установление взаимосвязи указанных факторов с уровнями потребления алкоголя и выявление врачей, в большей степени подверженных их воздействию. Для решения поставленной задачи были применены возможности статистического пакета IBMSPSS Statistics 21 сохранять регрессионные коэффициенты факторов у каждого респондента в отдельных переменных. Регрессионные коэффициенты несут в себе информацию о силе воздействия того или иного фактора на каждого респондента по отдельности, причём чем больше модульное значение коэффициента, тем сильнее воздействие. В дальнейшем регрессионные коэффициенты были ранжированы, т.е. упорядочены по величине. Упорядоченный ряд величин был разделён на четыре процентильные группы – 25-й, 50-й, 75-й процентиля соответственно. При этом процентильным группам регрессионных коэффициентов были даны соответствующие названия: 25-й процентиль – отсутствие или слабое влияние фактора, 50-й – среднее влияние, 75-й – сильное влияние, выше 75-го – очень сильное влияние. Послеобозначенных преобразований регрессионных коэффициентов стало возможным оценивать степень воздействия изучаемых факторов на отдельные категории исследуемого контингента.

В первую очередь оценивали влияние каждого фактора на уровень потребления алкоголя и развитие алкогольной зависимости среди врачей г. Якутска. С этой целью были построены таблицы сопряжённости между группами респондентов с разным уровнем потребления алкоголя и процентильными группами факторов, отражающими степень их воздействия. Наличие связи между указанными характеристиками оценивали с помощью классического критерия Хи-квадрат Пирсона, а направленность связи с помощью критерия dСомерса.

Результаты статистического анализа показали наличие значимой связи между уровнями психологического фактора и потреблением алкоголя ($\chi^2=69,282$, ст. св.=9, $p=0,000$). Установленная связь носит направленный характер (dСомерса=0,231, $p=0,000$). Графическая визуализация позволила установить, что при усилении воздействия психологического фактора одновременно возрастает и уровень потребления алкоголя, о чём позволяют судить значения медиан в группах с различным уровнем потребления алкоголя (рисунок 14).

Результаты исследования также показали, что между воздействием материального фактора и уровнем употребления алкоголя также имеется значимая связь ($\chi^2=31,159$, ст. св.=9, $p=0,000$). В то же время обнаруженная связь не имеет направленности (dСомерса=0,077, $p=0,054$). Усиление воздействия на врачей признаков, которые присутствуют в материальном факторе, не влияют на нарастание режима опасного потребления алкоголя среди них.

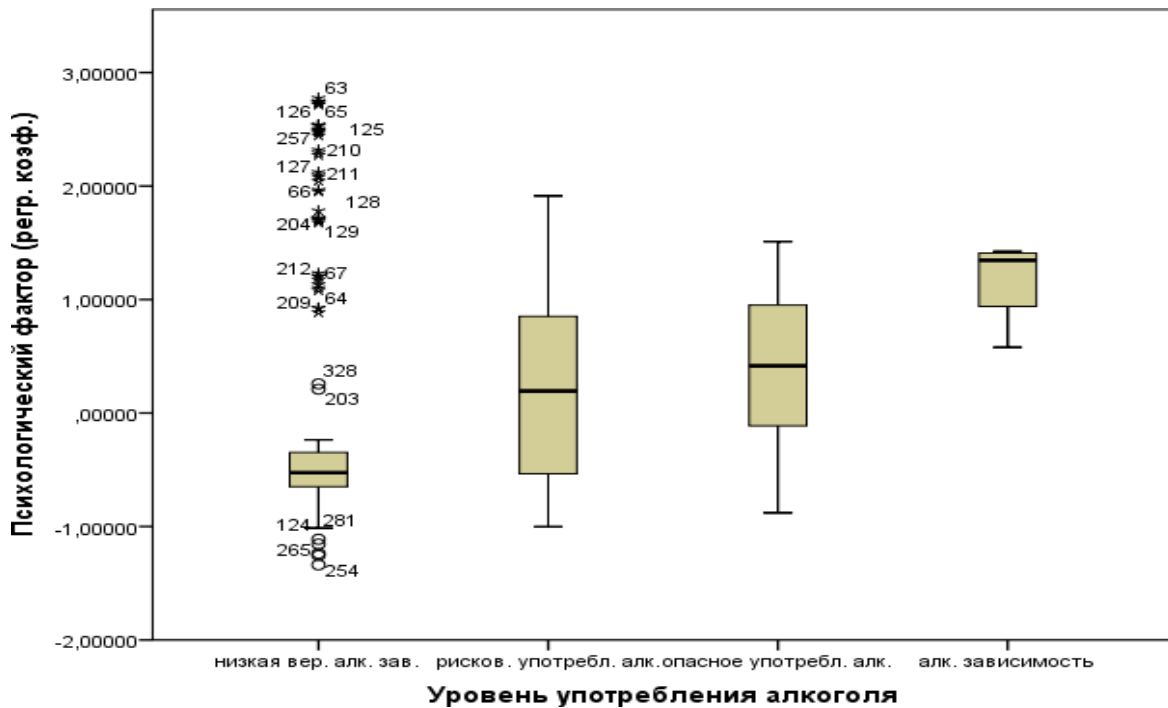


Рис. 14. Медианы регрессионных коэффициентов психологического фактора в группах респондентов с разным уровнем употребления алкоголя

Изучение графика взаимосвязи уровней материального фактора и употребления алкоголя отражают наличие лишь незначительной разницы групповых медиан (рисунок 15).

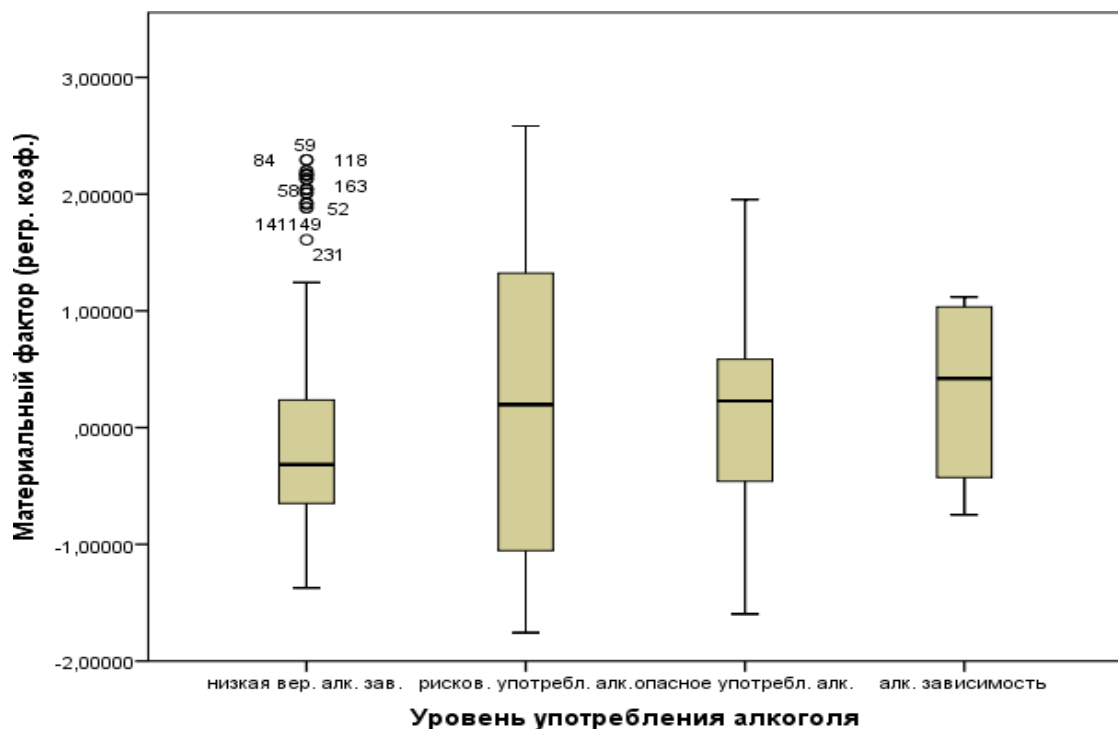


Рис. 15. Медианы регрессионных коэффициентов «материального фактора» в группах респондентов с разным уровнем употребления алкоголя

Установлена наиболее сильная связь уровней потребления алкоголя от фактора «раннее начало употребления алкоголя» ($\chi^2=274,896$, ст. св.=9, $p=0,000$). Данная связь также является строго направленной ($d\text{Сомерса}=0,530$, $p=0,000$). Практически линейный характер связи хорошо иллюстрируется графиком групповых медиан регрессионных коэффициентов фактора по уровням потребления алкоголя (рисунок 16).

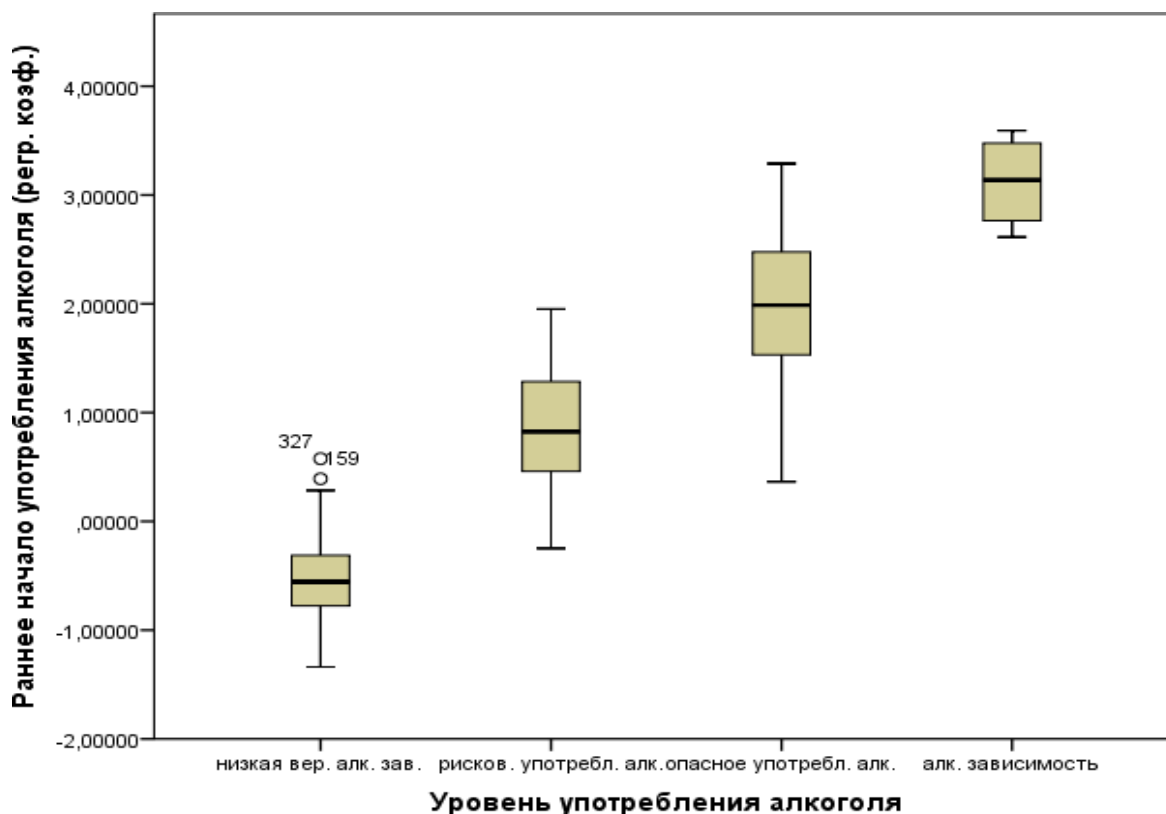


Рис. 16. Медианы регрессионных коэффициентов фактора «раннее начало употребления алкоголя» в группах респондентов с уровнями потребления алкоголя

Таким образом, по мере усиления действия фактора возрастает уровень потребления алкоголя вплоть до формирования алкогольной зависимости.

На основании результатов исследования действия факторов на уровень употребления алкоголя мы можем сделать заключение о том, что на формирование алкогольной зависимости наиболее значимый вклад вносит возраст начала употребления алкоголя. Чем раньше начинается употребление алкоголя, тем выше вероятность развития алкогольной зависимости. Вторым по силе «алкоголизирующим» фактором является психологический статус респондентов. Подавленное состояние духа, проявляющееся неудовлетворённостью работой, стрессами, связанными с непосредственной угрозой жизни пациента, социальным статусом и чувством несчастья, сопровождается попыткой поднять настроение посредством употребления алкоголя. Третий фактор, также оказывающий влияние на потребление алкоголя – это материальные затруднения респондентов,

связанные с относительно низким уровнем дохода и высокими финансовыми обязательствами, обусловленные стремлением молодых специалистов к обустройству быта и решению жилищных проблем.

3.2. Влияние факторов риска на уровни потребления алкоголя в группах по врачебной специальности

При изучении уровня потребления алкоголя среди врачей необходимо учитывать врачебные специальности, в рамках которых они осуществляют свою главную задачу. Врачебная специализация определяет характер труда и уровень ответственности, от которых зависит количество стрессовых ситуаций и нервного перенапряжения в ходе выполнения профессиональных обязанностей. Для проведения исследования множество врачебных специальностей было объединено в четыре группы – терапевты, хирурги, анестезиологи и другие специальности.

Для оценки силы влияния факторов (психологического, материального и раннего начала употребления алкоголя) на уровень потребления алкоголя исследуемых групп был применён метод регрессионного анализа. В качестве прогнозируемой (зависимой) величины была принята сумма баллов по опроснику AUDIT, представляющая собой количественную характеристику уровня потребления алкоголя. Предикторами (прогнозирующими признаками) служили регрессионные коэффициенты факторов. При этом большие суммы баллов определяли повышение уровня употребления алкоголя, а большие значения регрессионных коэффициентов факторов – возрастание силы их влияния.

Силу взаимосвязи между уровнем потребления алкоголя и факторами риска оценивали по трём основным характеристикам регрессионных моделей – коэффициенту детерминации R^2 , коэффициенту корреляции Пирсона r и уровню его значимости. Коэффициент корреляции Пирсона является оценкой наличия взаимосвязи между изучаемыми показателями. Значение данного коэффициента может варьировать в пределах от -1 до 1. Отрицательное значение коэффициента корреляции свидетельствует о наличии обратной, а положительное – о прямой связи. Коэффициент детерминации R^2 отражает устойчивость корреляционной зависимости и, следовательно, надёжность полученной регрессионной модели и его прогностическую ценность. Максимальное теоретическое значение R^2 равно 1, что соответствует 100 % уверенности в существовании линейной зависимости между изучаемыми признаками.

Результаты анализа регрессионных моделей показали различную степень влияния изучаемых факторов на уровень потребления алкоголя врачами разных специальностей. Наиболее дифференцированное действие оказывает психологический фактор (рисунок 16). Под значительное влияние данного фактора

подпадают анестезиологи ($r=0,602$; $p=0,002$; $R^2=0,363$) и хирурги ($r=0,634$; $p=0,000$; $R^2=0,402$). Среди представителей указанных специальностей установлена статистически значимая положительная корреляция уровней употребления алкоголя (суммы баллов по опроснику AUDIT) с выраженностью влияния психологического фактора (регрессионные коэффициенты). Описанная закономерность характерна для 36,3 % анестезиологов и 40,2 % хирургов, что является достаточно высоким показателем. В то же время результаты аналогичных исследований в группах терапевтов ($r=0,240$; $p=0,007$; $R^2=0,057$) и врачей других специальностей ($r=0,038$; $p=0,632$; $R^2=0,001$) продемонстрировали отсутствие устойчивых взаимосвязей между уровнем потребления алкоголя и степенью выраженности психологического фактора (рисунок 17).

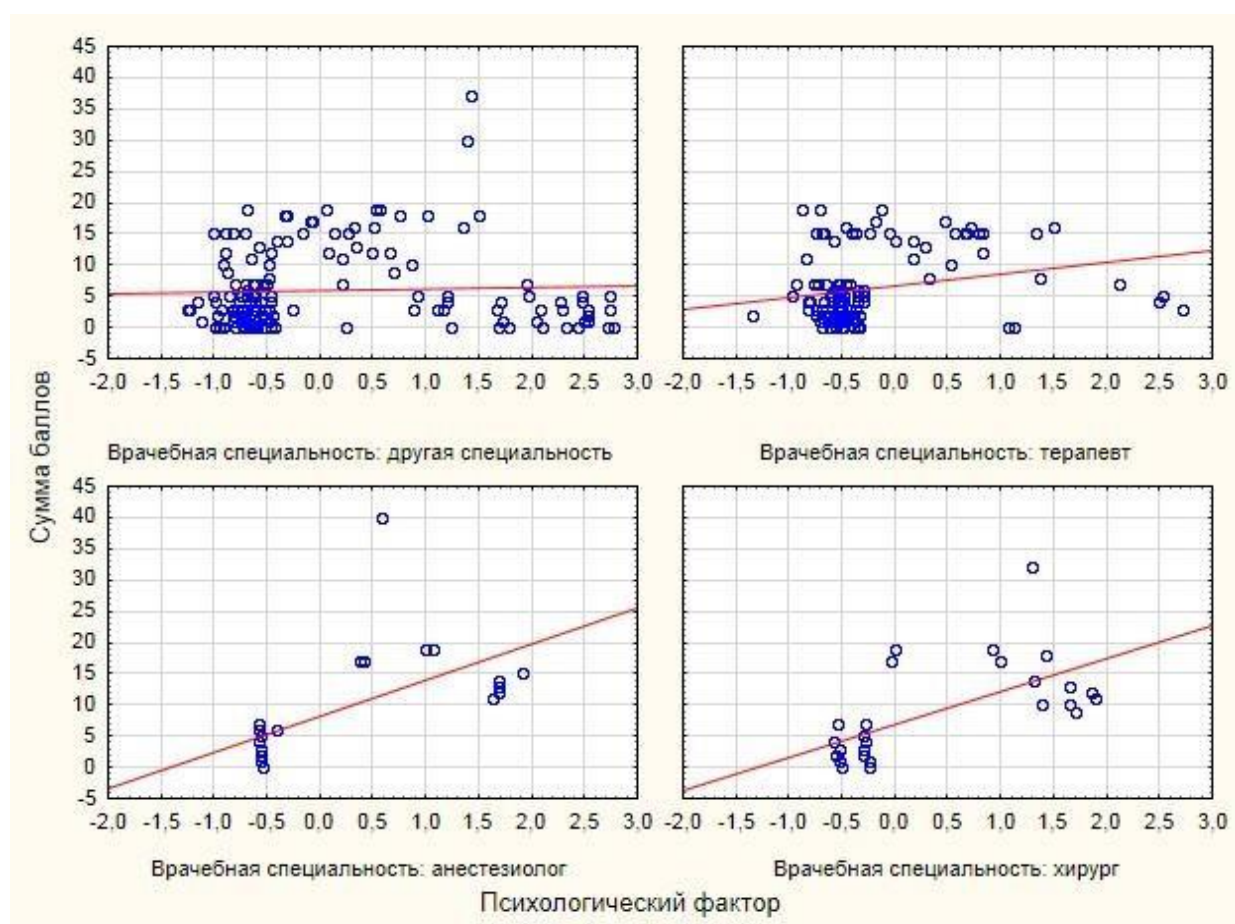


Рис. 17. Регрессионная модель взаимосвязи степени выраженности психологического фактора с уровнями потребления алкоголя в группах по врачебным специальностям

Результаты регрессионного анализа показали, что усиление воздействия признаков материального фактора не оказывает заметного влияния на опасный уровень потребления алкоголя врачами независимо от специальностей (рисунок 17). В группах терапевтов ($r=0,025$; $p=0,783$; $R^2=0,000$) и врачей других специальностей ($r=0,077$; $p=0,332$; $R^2=0,006$) нулевые коэффициенты корреляции и детерминации свидетельствуют о полном отсутствии каких-либо закономерных связей между

уровнями материального фактора и употреблением алкоголя. С другой стороны, у анестезиологов ($r=-0,657$; $p=0,000$; $R^2=0,431$) и хирургов ($r=-0,234$; $p=0,230$; $R^2=0,054$) наблюдаются ненулевые отрицательные корреляции между уровнем потребления алкоголя и степенью выраженности данного фактора. У анестезиологов значение коэффициента частной корреляции составило $-0,259$ при уровне значимости $p>0,05$, а у хирургов $-0,183$ при $p>0,05$ (рисунок 18).

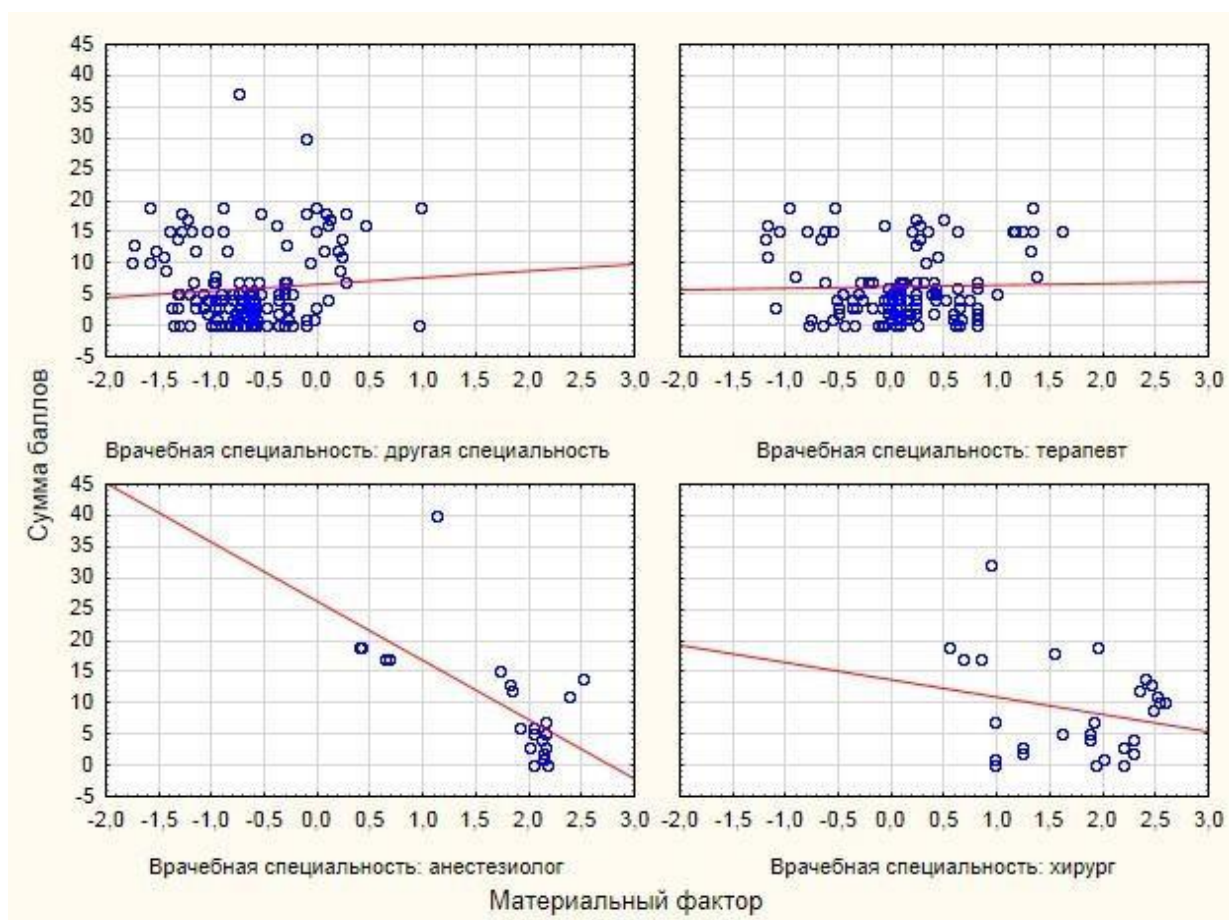


Рис. 18. Регрессионная модель взаимосвязи степени выраженности материального фактора с уровнями потребления алкоголя в группах по врачам по специальностям

Таким образом, взаимосвязи материального фактора с опасным уровнем потребления алкоголя нет. Присутствие материального фактора коррелируется лишь с фактом потребления алкоголя. Следует предположить, что влияние фактора «материальные затруднения» обусловлено не только признаками, связанными с материальной проблематикой, но и с признаками, которые напрямую не связаны с ними: молодой возраст, здоровье, чувство несчастья, трудовой стаж врачей работа в хирургических специальностях и другое.

Учитывая факт готовности смены специальности почти 50 % 25–39 – летних опрошенных врачей, можно предположить, что на определенном этапе профессиональной деятельности к молодым людям приходит разочарование в своей профессии по материальному признаку (рисунок 19).

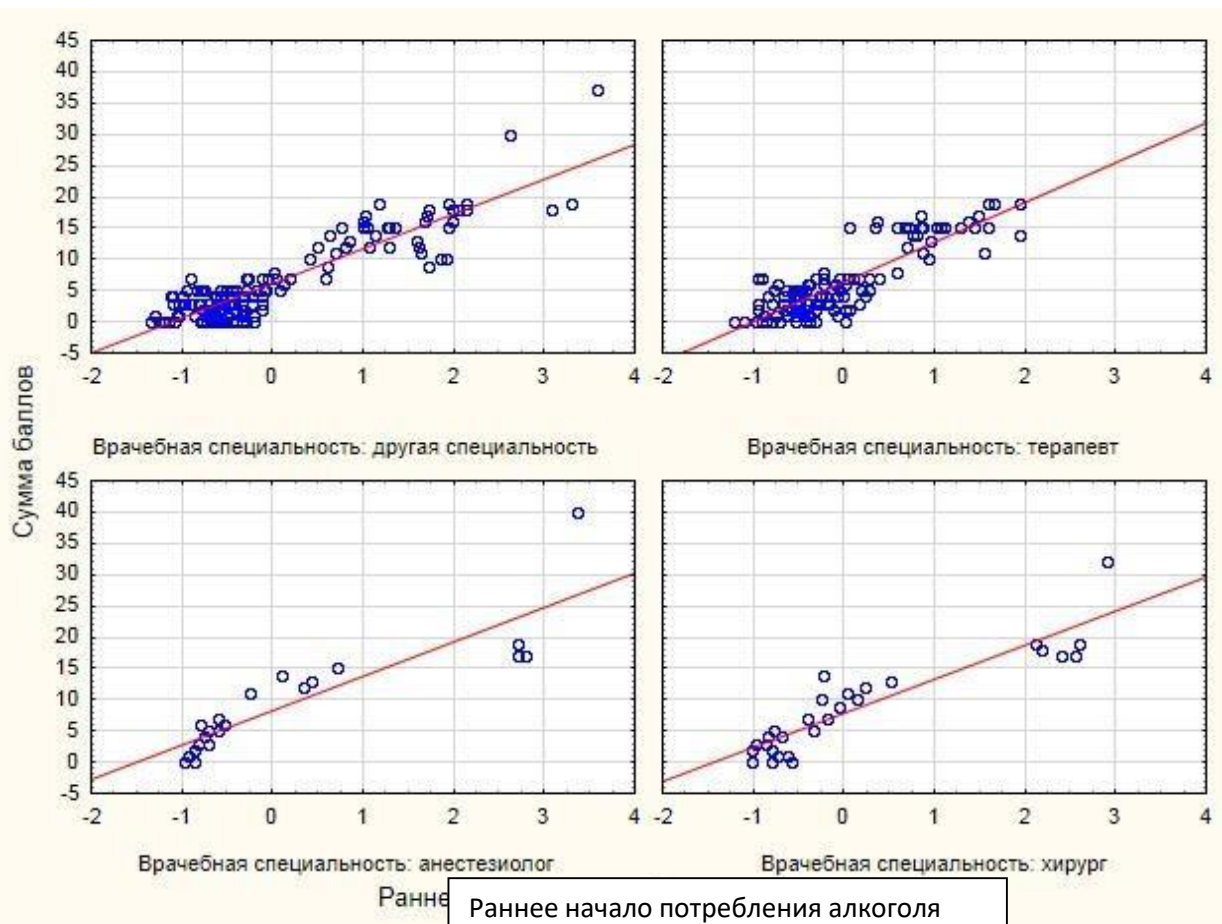


Рис. 19. Регрессионная модель взаимосвязи степени выраженности фактора «раннее начало потребления алкоголя» с уровнем потребления алкоголя в группах по врачебным специальностям

Исследование взаимосвязи фактора, который мы назвали «ранний возраст начала употребления алкоголя», с уровнем употребления алкоголя показало наличие наиболее выраженной положительной связи во всех группах врачебных специальностей (рисунок 19). Наиболее тесная связь установлена у хирургов ($r=0,909$; $p=0,000$; $R^2=0,827$) и врачей других специальностей ($r=0,902$; $p=0,000$; $R^2=0,815$). Не менее значимые по силе связи между ранним началом употребления алкоголя и уровнем употребления алкоголя на момент анкетного опроса установлены также и у терапевтов ($r=0,852$; $p=0,000$; $R^2=0,726$) и анестезиологов ($r=0,886$; $p=0,000$; $R^2=0,786$). На основании значений коэффициентов детерминации R^2 мы можем сделать заключение о том, что установленная закономерность справедлива для 73–91 % врачей независимо от специальности.

Таким образом, результаты статистического анализа показали наличие положительной связи уровня употребления алкоголя от раннего начала употребления алкоголя, что может расцениваться как фактор риска. Психологический фактор оказывает значимое влияние на уровень употребления алкоголя хирургами и анестезиологами, трудовая деятельность которых по большей части сопряжена с нервным напряжением и стрессовыми ситуациями. Материальный фактор

оказывает лишь незначительное влияние на уровень употребления алкоголя. Возможно, это обусловлено тем, что под его воздействие чаще попадают молодые специалисты с небольшим трудовым стажем.

Изучение взаимодействия факторов и их сочетанного влияния на уровень употребления алкоголя проводили путём визуального анализа трёхмерных контурных графиков (рисунок 20). Результаты анализа графиков показали, что «алкоголизирующее» действие раннего начала употребления алкоголя значительно усиливается при его взаимодействии с психологическим фактором, что существенно повышает риск развития алкогольной зависимости. Следует отметить, что 20 и более баллов по опроснику AUDIT соответствуют наличию алкогольной зависимости.

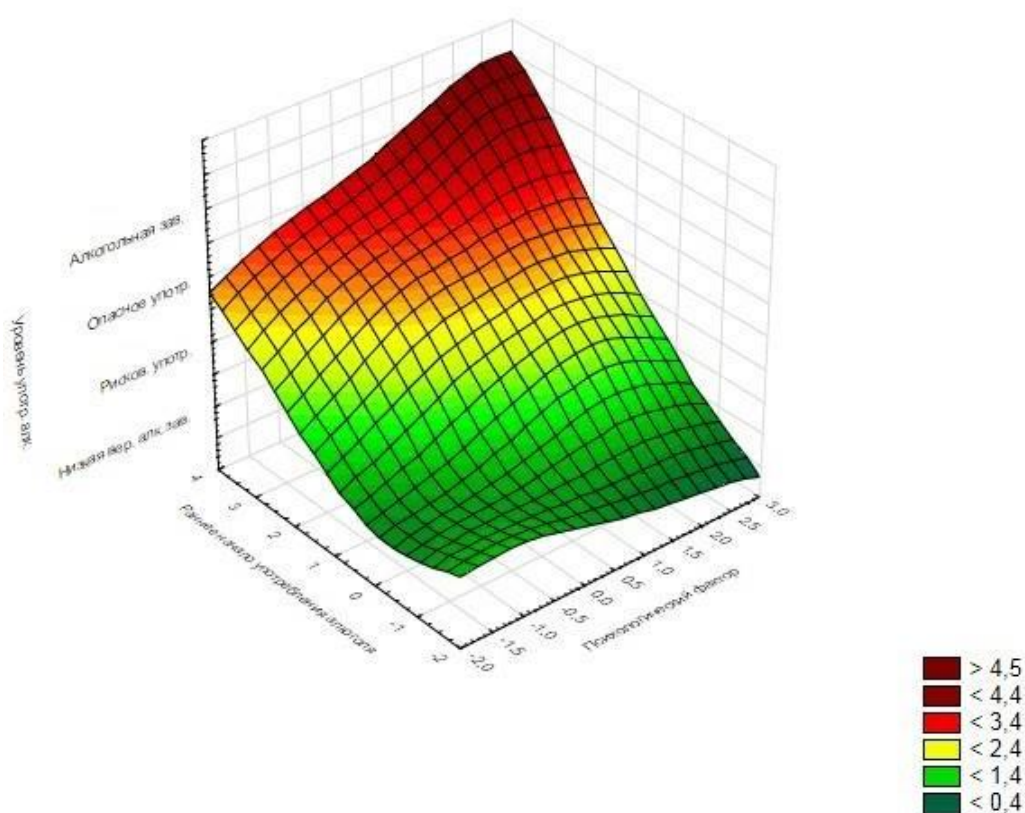


Рис. 20. Трёхмерный контурный график зависимости уровня употребления алкоголя от раннего начала употребления алкоголя и психологического фактора

На графике «подножие» «холма» соответствует низкой вероятности алкогольной зависимости, нижняя и верхняя части «склона» – рискованному и опасному употреблению алкоголя, а вершина – алкогольной зависимости.

На основании результатов исследования мы приходим к заключению о том, что формирование устойчивой алкогольной зависимости является длительным и сложным процессом, на который влияет целый комплекс взаимодействующих факторов разной силы. В первую очередь обращают на себя внимание физиологические аспекты воздействия алкоголя на молодой развивающийся

организм в сочетании с поведенческими стереотипами, формирующимися в пьющем окружении и в последующем повышающие риск развития алкогольной зависимости в зрелые годы.

Регулярные стрессовые ситуации, состояния нервного и физического перенапряжения, вызванные моральными переживаниями за результат своего труда, с годами могут приводить к состоянию эмоционального выгорания. Подобные состояния могут сопровождаться чувством неудовлетворённости работой, социальным статусом и стремлением к переменам. Определённая часть лиц, испытывающих психологический дискомфорт, с большей долей вероятности может начать употреблять алкоголь как средство для снятия напряжения и получения эффекта эйфории.

Для оценки роли указанных факторов в формировании регулярного злоупотребления алкоголем были вычислены отношения шансов. Для проведения данного вида статистического анализа группу с низкой вероятностью алкогольной зависимости отнесли к категории «умеренное употребление алкоголя», а группы с рискованным, опасным употреблением алкоголя и алкогольной зависимостью – к категории «злоупотребление алкоголем». Уровни факторов также объединили в две категории – «наличие фактора» и «отсутствие фактора». В категорию «отсутствие фактора» включили два уровня факторов – отсутствие или слабое влияние и среднее влияние. Во вторую категорию «наличие фактора» – сильное влияние и очень сильное влияние. Для вычисления отношения шансов использовали модуль «описательные статистики / таблицы сопряженности / риск». Результаты проведённого анализа показали, что присутствие факторов статистически значительно повышает шансы формирования рискованного и опасного потребления алкоголя среди врачей. Результаты проведённого анализа приведены в таблице 20.

Таблица 20

Отношения шансов формирования регулярного злоупотребления алкоголем

Факторы	Отношение шансов	95 % доверительный интервал	
		Нижняя граница	Верхняя граница
Психологический	3,59	2,12	6,09
Материальный	2,33	1,38	3,95
Раннее начало употребления алкоголя	1353,86	175,26	10458,20

Результаты исследования показали, что шансы манифестации опасного потребления алкоголя при наличии психологического фактора в 3,59 раза выше, чем при его отсутствии. Наличие материальных затруднений также в 2,33 раза повышает

шансы опасного потребления алкоголя. Несмотря на то, что приведённые факторы статистически значимо влияют на интенсивность потребления алкоголя (95 % доверительные интервалы отношения шансов не включают 1) по силе воздействия значительно уступают фактору «раннее начало потребления алкоголя». В случаях, когда имеет место раннее начало потребления алкоголя, шансы злоупотребления алкоголем сильно возрастают, и среднее отношение шансов составляет 1353,86. Данный показатель значительно выше, чем у других рассмотренных факторов.

Результаты статистического анализа показали, что развитие регулярного злоупотребление алкоголем зависит также и от профиля врачебной специальности (таблица 21).

Таблица 21

**Отношения шансов развития злоупотребления алкоголя
в зависимости от профилей врачебных специальностей**

Факторы	Отношение шансов	95 % доверительный интервал	
		Нижняя граница	Верхняя граница
Хирургический профиль специальности	2,36	1,28	4,36

Шансы развития алкогольной зависимости у врачей хирургического профиля (анестезиологи и хирурги) в среднем в 2,36 раза выше, чем у врачей терапевтического профиля.

Таким образом, помимо отдельного значимого вклада каждого из рассмотренных факторов в формирование опасного потребления алкоголя, их сочетание значительно повышает риск развитие алкогольной зависимости специалистов хирургического профиля. Специальность врачей хирургического

профиля на 86,0 % представлена мужчинами. Известно, что мужчина является основным звеном пополнения семейного бюджета. В молодом возрасте хирурги испытывают материальные трудности в связи с невысоким уровнем дохода и кредитными обязательствами. Кроме всего этого, как отмечалось выше, 25 % представителей данного профиля начали употреблять алкоголь до достижения 17 лет, и 22 % интенсивно употребляли алкоголь в студенческие годы.

Сочетание последнего с повышенным нервным напряжением на работе, позволяют сделать вывод о том, что наиболее уязвимой группой по отношению развития алкогольной зависимости являются врачи хирургического профиля.

3.3. Основные направления профилактики рискованного, опасного и зависимого потребления алкоголя среди врачей г. Якутска

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о необходимости развития стратегии, направленной на профилактику опасных режимов потребления алкоголя врачами и их реабилитации в случае манифестации зависимости. Успешный результат решения данных задач не представляется возможным без интеграции наркологической службы и всей системы практической и профилактической медицины. Решение юридических и этических противоречий системы профилактики возможно лишь при деятельном вмешательстве государства, законодательной власти, понимания общества и активной позиции самого больного. К примеру, только при таком подходе возможно решить одну из непростых проблем реабилитации: соблазном применения карательных мер работодателем в отношении врача, страдающего АЗ, с одной стороны и безответственного, иждивенческого поведения самого больного, с другой.

Детальный анализ позволил выявить медико-гигиенические факторы риска, коррелирующиеся с различными режимами потребления алкоголя врачами г. Якутска, и обусловил необходимость разработки научно обоснованных предложений по совершенствованию программы профилактики. Программа была разработана с учетом обнаруженных факторов риска, которые наиболее значимо взаимосвязаны с вредными режимами потребления алкоголя среди врачей г. Якутска. Факторами риска явились «психологический», «материальные затруднения» и фактор «ранний возраст начала потребления алкоголя».

Программа была разработана с учетом проведенной оценки динамики показателей первичной и общей заболеваемости алкоголизмом населения РС(Я) на основании доступных на момент завершения исследования статистических материалов. Показатель распространенности алкоголизма (включая алкогольные психозы) в Республике Саха выше показателя РФ – 1566,34 на 100 тысяч и составил в 2002–2012 гг. 2032,32 и 1812,10 на 100 тысяч населения соответственно (2,4 % общей численности населения). Показатель заболеваемости алкоголизмом в РС (Я) в 2002-2012 гг. составил 345,2 – 235,6 на 100 тысяч населения, превышая общероссийский показатель более чем в 2 раза.

В Республике Саха (Якутия) потребление абсолютного алкоголя на душу населения неуклонно росло и в 2002 г. составляло около 15 л на человека, к 2012 снизилось до 13 л на человека, оставаясь при этом на недопустимо высоком уровне. В РФ в 2009 году принята к реализации «Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года». В РС (Я) принята подпрограмма

«Профилактика алкоголизма и формирование здорового образа жизни» в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения РС (Я) на 2012–2016 годы». В основе вышеперечисленных программ положены принципы, отраженные в Глобальной Стратегии ВОЗ «Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг.», разработанная в 2001 году. Стратегия состоит из 10 целевых направлений.

1. *Лидерство, информированность и приверженность (создание национальных программ);*

2. *Ответные меры служб здравоохранения:*

- повышение способности системы здравоохранения обеспечивать профилактику и лечение при различных патологических состояниях, связанных с чрезмерным употреблением алкоголя;

3. *Действия по месту жительства;*

4. *Политика и контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения;*

5. *Ограничение доступности алкогольных напитков;*

6. *Маркетинг алкогольных напитков (ограничение или запрет рекламы алкогольных напитков)*

7. *Ценовая политика (повышение цен на алкогольную продукцию):*

8. *Сокращение негативных последствий употребления спиртных напитков и алкогольной интоксикации;*

9. *Противодействие нелегальному производству алкогольных напитков;*

10. *Мониторинг и эпиднадзор.*

Для реализации пункта «3» Глобальной стратегии: «Действия по месту жительства», ВОЗ предлагает следующее:

- *расширять возможности местных сообществ и координация их деятельности по осознанию вреда от злоупотребления алкоголем и разработки местной «здоровой политики»;*

- *мобилизация местного населения по контролю со злоупотреблениями торговли алкоголем (недопущение продажи алкогольных напитков несовершеннолетним и другим группам риска);*

- *предоставление социальной поддержки семьям алкоголиков;*

- *работа с группами повышенного риска.*

В 2010 году на кафедре детских болезней с курсом организации здравоохранения и общественного здоровья ИПОВ МИ СВФУ имени М.К. Аммосова была разработана комплексная программа «Охрана здоровья медицинских работников г. Якутска». Предлагаемая программа

«Профилактика опасных режимов потребления алкоголя среди медицинских работников» является результатом продолжения исследований кафедры

и составной частью комплексной программы «Охрана здоровья медицинских работников РС (Я)».

Цель программы: Снижение риска манифестации алкогольной зависимости у врачей и реабилитация врачей с алкогольной зависимостью. Программа состоит из 3 модулей, согласно трех видов профилактики.

Модуль **Первичной профилактики** состоит из 11 пунктов и имеет цель предупредить злоупотребление алкоголем молодыми людьми, а также (рисунок 21) предупредить случайное и экспериментальное потребление алкоголя. Модуль базируется на установлении факта агрессивной корреляции с возможностью манифестации алкогольной зависимости среди врачей фактора «раннего возраста начала потребления алкоголя» (до 14 лет). 100 % врачей, у которых возможно присутствует алкогольная зависимость, впервые употребили алкоголь до 14 лет.

Меры являются преимущественно социальными, наиболее массовыми, ориентированы они на общую популяцию детей, подростков, молодежи, как на будущих врачей и не требуют серьезных финансовых вложений. Правовой блок первичной профилактики базируется на нормативных актах международного и российского права. Для системного решения вопроса алкоголизма врачей необходимо решение общих вопросов алкогольной ситуации в РФ.

II модуль Вторичная профилактика. Модуль избирательно ориентирован на врачей, имеющих регулярный опыт проблемного употребления алкоголя без зависимости, но при этом вероятность возникновения заболевания очень высока. Состоит из 9 пунктов.

III модуль – Третичная (модификационная) профилактика включает в себя меры преимущественно медико-социальной, трудовой реабилитации с возможной сменой специализации, вплоть до смены профессии за счет совместного с государством, финансирования. Ориентирован на лиц со сформированным вредным потреблением алкоголя. Такая профилактика направлена на предупреждение дальнейшего развития АЗ, уменьшение вредных последствий и на предупреждение рецидива.

Результаты факторного анализа позволили выделить три фактора, которые максимально коррелировались, не со степенью алкоголизма, а лишь с фактом потребления алкоголя. Вновь выделенным факторам были даны названия в соответствии с заключенной в них информацией:

1. Психологический фактор
2. Материальный фактор
3. Раннее начало употребления алкоголя

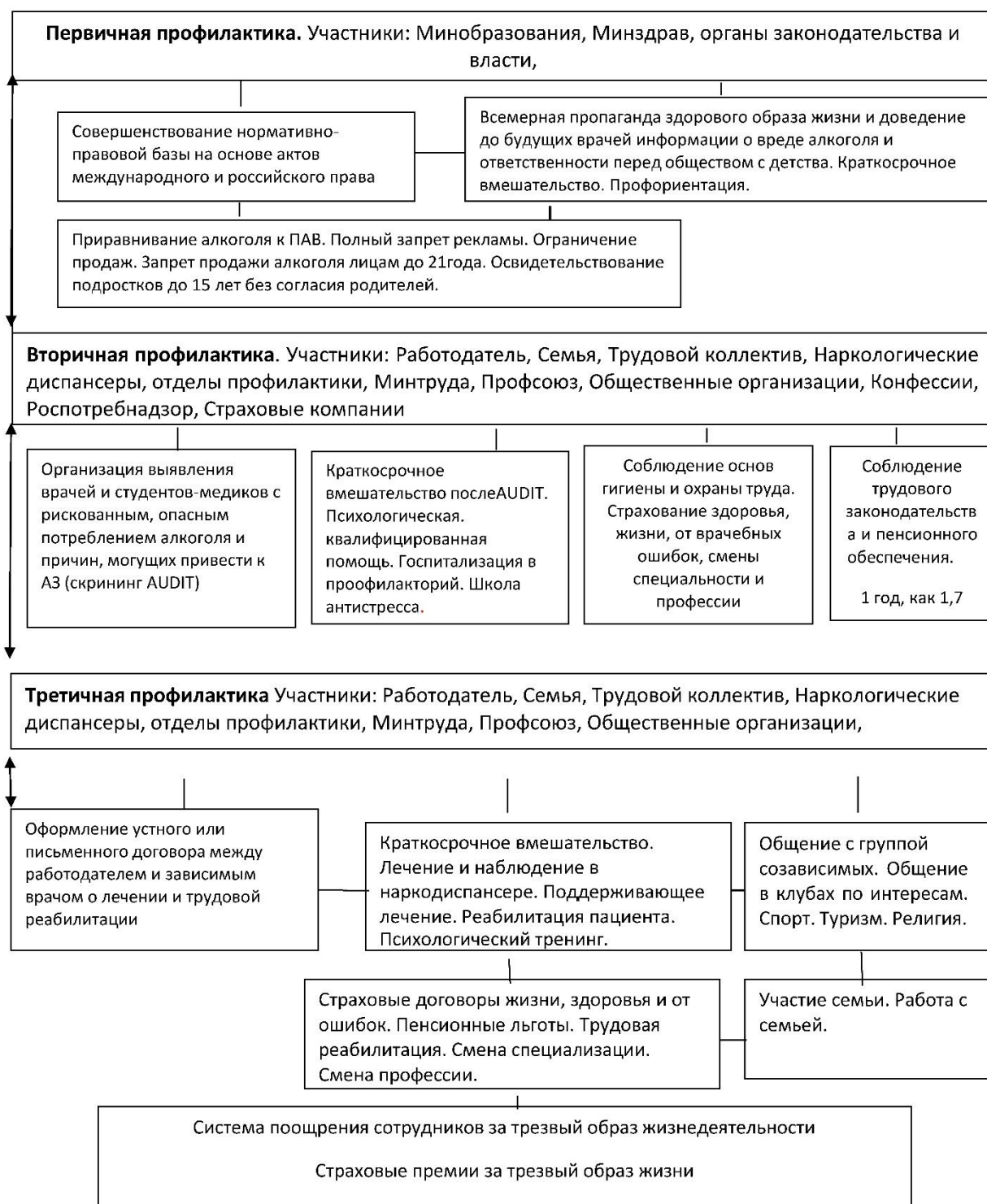


Рис. 21. Схема основных направлений программы профилактики опасных режимов потребления алкоголя в среде врачей г. Якутска

Данные факторы получили условное наименование и в связи с этим не способны полностью охарактеризовать фактор только по избранному автором названию, в виду того, что информационная наполненность их гораздо сложнее. На основании результатов исследования действия факторов на уровень потребления алкоголя мы можем сделать заключение о том, что в формировании

алкогольной зависимости наиболее значимый вклад вносит возраст начала употребления алкоголя. Чем раньше начинается потребление алкоголя, тем выше вероятность развития алкогольной зависимости у врачей г. Якутска. Вторым по силе алкоголизирующим фактором является «Психологический фактор» респондентов. Подавленное состояние психики, проявляющееся неудовлетворённостью работой, социальным статусом и чувством несчастливости, сопровождается попыткой поднять настроение посредством употребления алкоголя. Третий фактор, оказывающий влияние на потребление алкоголя в меньшей выраженности – это «материальные затруднения» респондентов, связанные с относительно низким уровнем дохода и высокими финансовыми обязательствами, обусловленные стремлением молодых специалистов к обустройству быта и решению жилищных проблем.

Обнаруженная тенденция влияния факторов 1-й, 2-й, 3-й на уровень потребления алкоголя во всей выборке, подтвердилась при исследовании влияния этих факторов на уровень потребления алкоголя врачами различных специальностей. Обнаружено наличие сильной достоверной связи опасного потребления алкоголя с фактором «раннее начало потребления алкоголя».

«Психологический фактор» оказывает значимое влияние на опасное потребление алкоголя хирургами и анестезиологами, трудовая деятельность которых по большей части сопряжена с нервным напряжением и стрессовыми ситуациями. «Материальный фактор» оказывает лишь незначительное влияние на опасный (с вредными последствиями) уровень потребления алкоголя. Возможно, это обусловлено тем, что под его воздействие чаще попадают молодые специалисты с небольшим трудовым стажем.

Помимо отдельного значимого вклада каждого из рассмотренных факторов в формирование рискованного и опасного потребления алкоголя, их сочетание значительно повышает риск развития алкогольной зависимости у специалистов хирургического профиля.

Далее выяснилось, что признаки, включенные в «психологический фактор» в 3,59 раза, повышают шанс возникновения злоупотребления алкоголем, чем при их отсутствии. Наличие фактора «материальные затруднения» в 2,33 раза повышает шансы рискованного и опасного потребления алкоголя. Несмотря на то, что приведённые выше факторы статистически значимо влияют на интенсивность потребления алкоголя (95 % доверительные интервалы отношения шансов не включают 1), но все же, они по силе воздействия, значительно уступают фактору «раннее начало потребления алкоголя». В случаях, когда имеет место раннее начало потребления алкоголя, шансы манифестации рискованного и опасного потребления алкоголя сильно возрастают, и среднее отношение шансов составляет 1353,86.

Результаты статистического анализа показали, что развитие регулярного злоупотребление алкоголем зависит также и от профиля врачебной специальности. Шансы развития алкогольной зависимости у врачей хирургического профиля (анестезиологи и хирурги) в среднем в 2,36 раза выше, чем у врачей терапевтического профиля.

Основные направления профилактики опасного потребления алкоголя.

1. Первичная профилактика. Здоровый образ жизни, здоровая семья.

2. Вторичная профилактика: ранняя диагностика, раскрытие психологического неблагополучия личности, страхование врачей.

3. Третичный уровень: медико-социальная реадaptация: доступное лечение, нивелирование психических травмирующих факторов с трудовой реадaptацией с возможной сменой специализации, вплоть до смены профессии за счёт совместного с государством, финансирования.

Глава 4. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОЗДАНИЮ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Формирование системы управления рисками в медицинских организациях представляет собой комплекс взаимосвязанных мероприятий, которые включают меры по выявлению, оценке и снижению уровней возможных рисков. Особое внимание уделяется оценке рисков, которое расценивается как первоначальный этап при определении подходов к управлению безопасностью и защитой здоровья медицинских работников, к построению в организации системы охраны труда.

Проблематика рисков здоровью находит свое отражение преимущественно в рамках медицинских и эпидемиологических исследованиях. Риск здоровью трактуется в терминах наблюдаемого и измеряемого, определяется как количественный показатель опасности, вероятного ущерба, наступившего в результате некоторого неблагоприятного события. На величину уровня профессионального риска влияют рабочая среда и характеристика профессиональной деятельности медицинских работников, а также их индивидуальные медико-биологические данные (рисунок 22).

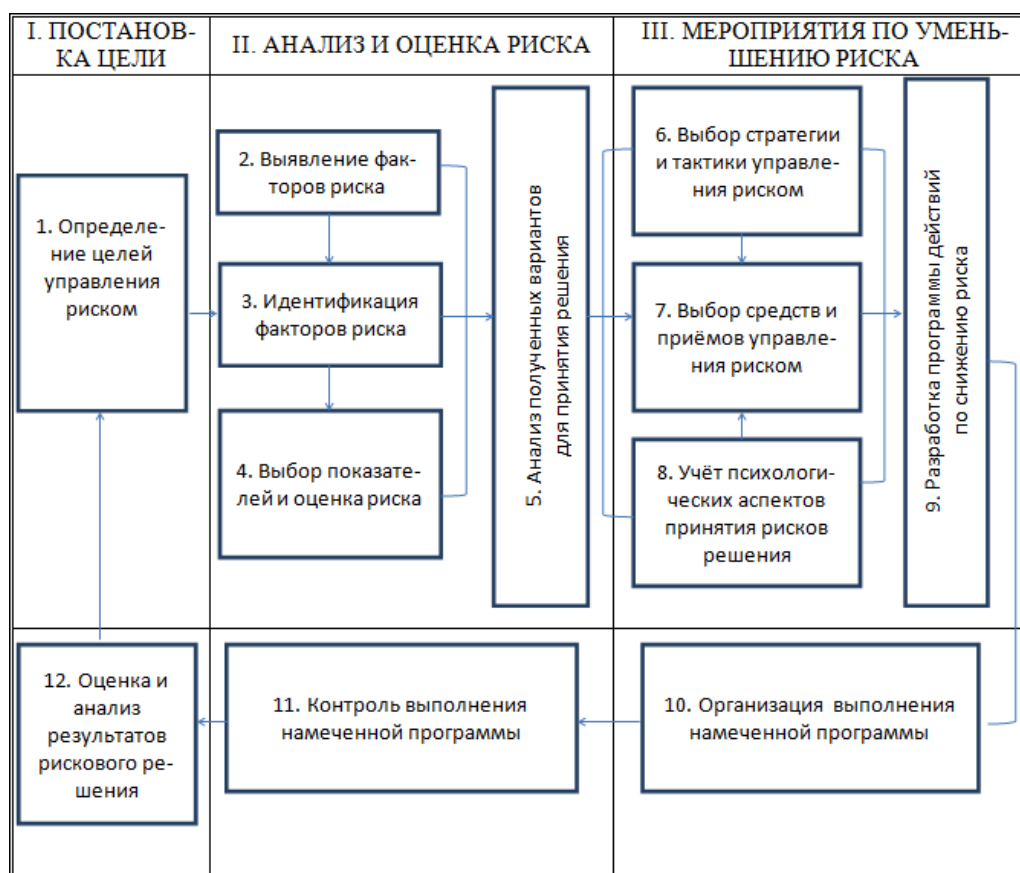


Рис. 22. Система управления рисками в медицинской организации

Необходимо помнить, что существует ряд психоэмоциональных состояний человека, которые способны резко уменьшать мотивацию, связанную с его профессиональной деятельностью, и разрушающих здоровье медицинских работников (Аюпов, 2016; Новиков, Хороших, 2011; Водопьянова, 2009).

На развитие синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников влияли профессиональные и личностные особенности, которые служили внутренними факторами, способствующими возникновению и форматированию данного синдрома (рисунок 23).



Рис. 23. Виды, принципы, методы и средства реабилитации медицинских работников с профессиональной патологией

По результатам исследования была разработана Концепция управления рисками здоровью медицинского персонала. При создании Концепции было учтено обстоятельство развития двоякого значения положительных либо отрицательных факторов любого социального процесса. Нами принимались во внимание социально-гигиеническая характеристика объекта исследования, факторы, влияющие на формирование здоровья и профессионально обусловленных заболеваний. Определение причинно-следственных связей между факторами и показателями, характеризующими состояние здоровья медицинского персонала, проводилось как аналитическим путем, так и на основе применения методов информационно-корреляционного и регрессионного анализов и дальнейшего построения математической модели данного процесса. Поэтому раскрытие причинно-следственных связей между факторами, показывающими состояние здоровья, может обосновываться как аналитическими, так и формализованными (в частности, математическими) методами.

Разработанная система управления рисками для установления связи с работой, а также прогнозирования нарушений здоровья медицинского персонала была направлена на восстановление функциональных резервов и адаптивных способностей организма, сниженных в процессе неблагоприятного воздействия факторов производственной среды и трудовой деятельности или в результате болезни, а также обосновывается применение, преимущественно, немедикаментозных оздоровительно-реабилитационных технологий.

Таким образом, было определено единство медико-профилактической, оздоровительной, гигиенической системы профилактики и основного направления профилактики заболеваний у медицинского персонала – восстановление здоровья, а также первичная и вторичная и третичная профилактика практически здоровых лиц и ослабленных в результате неблагоприятного воздействия факторов среды и профессиональной деятельности (рисунок 24).

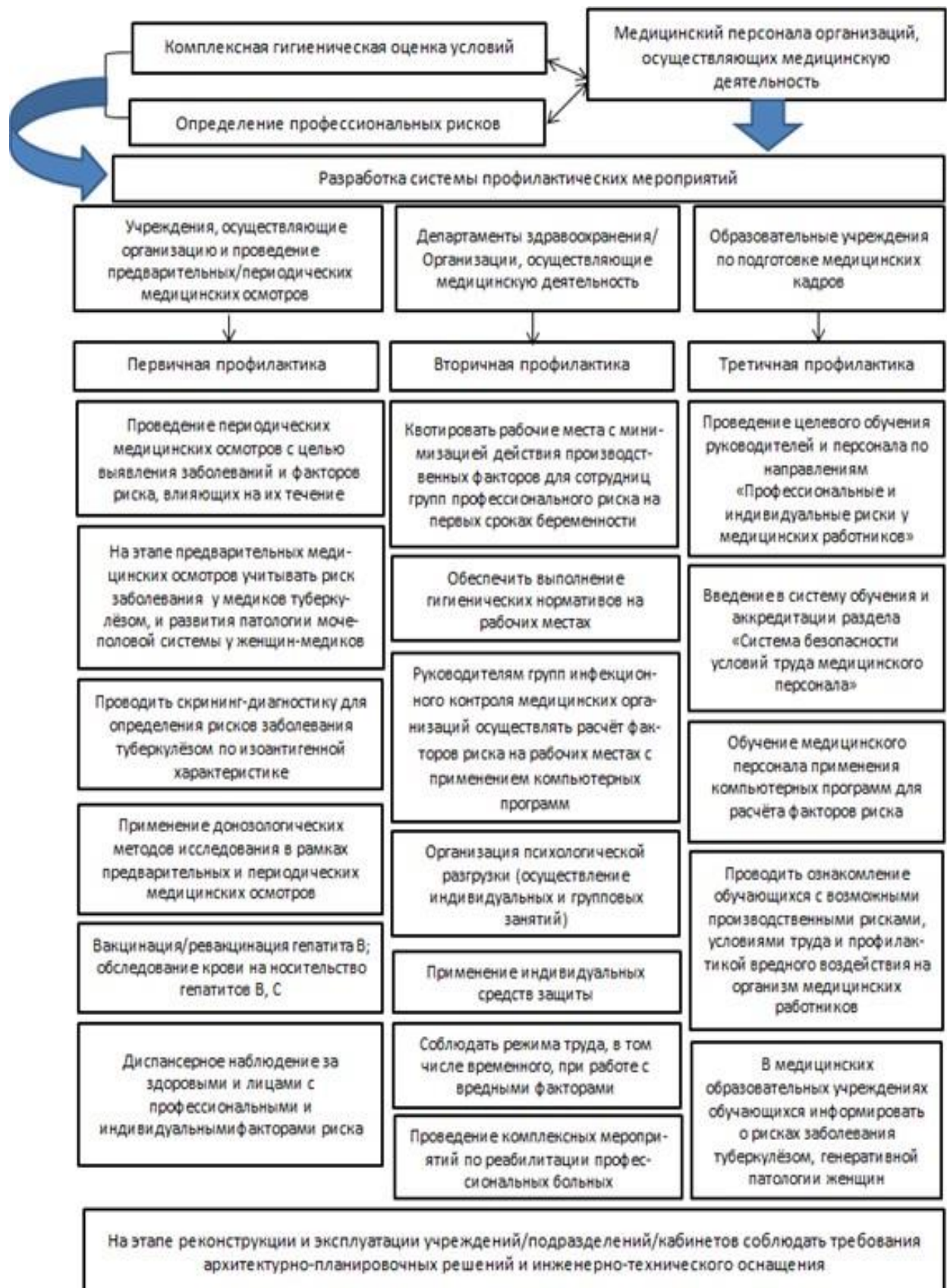


Рис. 24. Система профилактических мер, направленных на управление рисками здоровью в медицинских организациях

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ

1. Профилактику синдрома профессионального выгорания среди медицинских работников целесообразно осуществлять на профессионально- групповом, организационном и индивидуальном уровнях. Первый шаг профилактики должен предусматривать повышение информированности студентов медицинских ВУЗов, клинических ординаторов, слушателей цикловповышения квалификации о профессиональном стрессе и его последствиях, эмоциональной дезадаптации медицинских работников как реакции на производственный стресс и развитии профессионального выгорания. У врачей и среднего медперсонала регулярное повышение квалификации.

2. Профилактика и психологическая коррекция развития синдрома профессионального выгорания среди медицинских работников должна включать обследование (диагностику степени выраженности симптомов выгорания), лекции и групповые и индивидуальные занятия (обучение адекватным способам противостояния стрессовым ситуациям и стратегиям рабочего поведения).

3. Для оценки психологического статуса и психологических особенностей медицинских работников целесообразно применять комплекс информативных психодиагностических тестов в составе методик Maslach С. (Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., 2005), уровня самоактуализации Шострома Э. (Фетискин Н.П. и др., 2002), уровня субъективного контроля J.B.Rotter (Елисеев О.П., 2001), У. Шааршмидт «Стратегии рабочего поведения и переживаний» (Маничев С.А., 2001), организационной и профессиональной приверженности Allen N. J., Meyer J.P. (Доминак В.И., 2006).

4. Организационные мероприятия профилактики включают: организация «места для комфортного отдыха и приема пищи»; укомплектование врачами и средним медперсоналом; работа по совершенствованию кадрового потенциала (специалитеты, курсы усовершенствования, аттестации, сертификационные циклы); обеспечение поликлиники достаточным количеством транспорта; дальнейшее внедрение в работу автоматизированных систем; улучшение материально-технической базы: замена устаревшего оборудования, аппаратов для отделения восстановительного лечения, приобретения аппарата УЗИ с датчиком для эхокардиографии; проведение ремонтных работ в помещениях поликлиники.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения ДВ – Дальний Восток

ДИ – доверительный интервал

ЗВУТ – заболеваемость с временной утратой трудоспособности ИМТ –

индекс массы тела

ИСО (International Organization for Standardization, ISO) – Международная организация по стандартизации

МКБ – международная классификация болезней МЗ – Министерство здравоохранения

МО – медицинская организация

МОТ – международная организация труда НИИ – научно-исследовательский институт ПК – Приморский край

Р – руководство

РФ – Российская Федерация

СМИ – средства массовой информации

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аксенова Е.И., Бобкова Т.В., Вешкурова А.Б., Лукьянова Р.Р., Шапиро С.А. Влияние эмоционального выгорания на эффективность труда стоматологов. Пробл. социальной конференции по охране здоровья в истории медицины. 2021; 29 (5):1144-1151.
2. Андреева Н.Ю. Особенности профессионального выгорания как нарушенной идентичности // Среднее профессиональное образование. 2019. № 9. С. 65–67.
3. Апчел В.Я. Стресс и стрессоустойчивость человека. СПб. : Воен. – мед. академия, 2019. 85 с.
4. Бектасова М.В. Профессиональная заболеваемость медицинских работников Приморского края / М.В. Бектасова; В.А. Капцов; А.А. Шепарев // Гигиена и санитария. – 2017. – № 3. – С. 258–260.
5. Бектасова М.В. Анализ структуры профессиональной заболеваемости и оценка условий труда работников здравоохранения Приморского края / М.В. Бектасова, Н.С. Журавская, Л.А. Гуляева // Общественное здоровье и здравоохранение. 2020. № 2 (66). С. 42–48.
6. Березин И.И. Особенности специальной оценки условий и характера труда медицинских работников / И.И. Березин, Ю.М. Бабушкин // Медсестра. – 2017. – № 12. – С. 46–55.
7. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб. : Питер, 2019. 105 с.
8. Бородкин Ю.С. Алкоголизм: Причины, следствия, профилактика / Ю.С. Бородкин, Т.И. Грекова. – М.: Наука. Ленинградское Отделение, 2018. – 160 с.
9. Бояркина С.И. Условия труда российских врачей: риски для здоровья и инфекционной безопасности / С.И. Бояркина // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2018.Т. 11. Вып. 3. – С. 346–363.
10. Братухина Е.А. Личностные предпосылки синдрома эмоционального выгорания врачей / Е.А. Братухина, А.Г. Братухин, В.Г. Демченко // Здоровье населения и среда обитания. – 2019. – N 7. – С. 39–43.
11. Бухтияров И.В., Кузьмина Л.П., Безрукавникова Л.М., Анварул Р.А. Алкоголь-ассоциированные проблемы и антиалкогольная профилактика в медицине труда (аналитический обзор). Медицина труда и промышленная экология. 2021;61(10):674-685.
12. Бухтияров И.В. Эпидемиологические и клинико-экспертные проблемы профессиональной инфекционной заболеваемости работников при оказании

медицинской помощи в условиях пандемии Covid-19 / И.В. Бухтияров // Медицина труда и пром. экология. 2021. № 1 (61). С. 4–12.

13. Быковская Т.Ю. Современное состояние условий труда и здоровья медицинских работников стоматологического профиля / Т.Ю. Быковская, Е.Ю. Леонтьева, А.С. Иванов // Кубанский научный медицинский вестник. – 2018; 25(5). – С. 116–122.

14. Валиев Р.И. Сравнительное изучение распространенности эмоционального выгорания преподавателей и специалистов хирургического профиля / Р.И. Валиев, Ю.А. Кнни, О.Р. Радченко // Медицина труда и пром. экология. – 2019. – № 9. – С. 579–580.

15. Васильева Д.Л. Профессиональные заболевания медицинских работников г. Якутска / Д.Л. Васильева // Актуальные проблемы современной науки в 21 веке: Сборник материалов XIII Международной науч.-практич. конф. (30 апреля 2017 г.). – Махачкала: Изд-во ООО «Апробация»; 2017. – С.60–63.

16. Виноградова И.В. Основы формирования здорового образа жизни / И. В. Виноградова // Справ. поликлин. врача. – 2017. – № 3. – С. 6–9.

17. Влияние социально-гигиенических факторов на здоровье населения Приморского края / М.В. Ярыгина, П.Ф. Кику, Т.В. Горборукова [и др.] // Гигиена и санитария. – 2017. – Т. 96, № 10. – С. 73–75.

18. Водопьянова Н.Е. Профилактика и коррекция синдрома выгорания; Издательство СПбГУ – М., 2021. – 160 с.

19. Васильев С.В. Синдром профессионального выгорания // Медицинская сестра. 2019. № 3. С. 30–32.

20. Воробьева О.В. Стресс и расстройства адаптации // РМЖ. 2019. Т. 17. № 11 (350). С. 789–793.

21. Габитова Д.М. Оценка эффективности использования технологий профилактики и оздоровления медицинских работников / Д.М. Габитова // История и педагогика естествознания. – 2017. – №4. – С. 22–24.

22. Гайворонская М.А. Туберкулёз, как один из факторов профессионального риска у работников медицинских учреждений / М.А. Гойворонская, Е.В. Тюрина, И.И. Кривошапова // Научный результат. Медицина и фармация. – 2015. – № 3. – С. 55–63.

23. Гарипова Р.В. Гигиеническая оценка параметров микроклимата рабочих мест медицинского персонала / Р.В. Гарипова // Здоровье и безопасность на рабочем месте: Сборник трудов II Международного научного форума (6 – 8 июня 2018 г.). – Минск: Изд-во СООО «Регистр»; 2018. – С. 90 – 92.

24. Гарипова Р.В. О совершенствовании мониторинга условий труда и профессиональной заболеваемости медицинских работников / Р.В. Гарипова; Р.И. Валиев // Здоровье человека в XXI веке: Сборник трудов IX Российской

науч-практич. конф. (30 – 31 марта 2017 г.). – Казань: Изд-во ООО «Издательско- полиграфическая компания «Бригг»; 2017. – С. 448–451.

25. Гатиятуллина Л.Л. Состояние здоровья медицинских работников / Л.Л. Гатиятуллина // Вестник современной клинической медицины. – 2016. – Т. 9, № 3.– С. 69–75.

26. Гатиятуллина Л.Л. Факторы, влияющие на здоровье медицинских работников / Л.Л. Гатиятуллина // Казанский медицинский журнал. – 2016. – № 3.– С. 426–431.

27. Гигиенические аспекты безопасности медицинского труда и проблема оценки профессионального риска / И.П. Салдан; А.С. Нагорняк; Б.А. Баландович; Н.Ю. Поцелуев; А.А. Красиков; Н.Ю. Тулин; С.И. Кудрявский // Гигиена и санитария. – 2019. – № 1. – С. 49–54.

28. Гребеньков С.В. Отечественные и международные подходы к оценке профессионального риска / С.В. Гребеньков, Я.М. Сухова // Актуальные вопросы медицины труда в Северо-западном федеральном округе. Сборник научных трудов региональной науч. практич. конф. 29 мая 2018 года Санкт-Петербург, 2018. – С. 41–46.

29. Гребеньков С.В. Оценка условий труда медицинских работников военно-медицинских организаций в период пандемии новой коронавирусной инфекции / С.В. Гребеньков, В.Е. Батов, С.М. Кузнецов // Медико- биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2021. № 3. С. 35–42.

30. Данилова С. Как начмеду купировать истерику сотрудника и справиться со стрессом / С. Данилова // Зам. гл. врача. – 2020. – N 1. – С. 96–103.

31. Денисов Э. И. Международный опыт ограничения сверхурочных работ без ущерба для здоровья / Э.И. Денисов, Л.В. Прокопенко, М.А. Фесенко // Медицина труда и пром. экология. – 2018. – № 1. – С. 1–7.

32. Денисов Э.И. Пандемия Covid-19: Проблемы медицины труда работников здравоохранения / Э.И. Денисов, Л.В. Прокопенко, В.Ф. Пфаф // Медицина труда и пром. экология. 2021. № 1 (61). С. 49–61.

33. Дехконбоев Ф. Профессиональная заболеваемость медицинских работников / Ф. Дехконбоев; Д. Тошматов; Г. Алтыбаев // Вестник научных конференций. – 2017. – № 3. – 5 (19). – С. 66–68.

34. Дубель Е.В. Оценка поведенческих факторов риска медицинских работников многопрофильного стационара / Е.В. Дубель, Т.Н. Унгурияну // Анализ риска здоровью. – 2018. – № 3. – С. 60–64.

35. Елфимова Е.В. Профилактика синдрома эмоционального выгорания / Е.В. Елфимова, М.А. Елфимова, А.С. Березкин // Заместитель гл. врача : леч. работа и медэкспертиза. – 2016. – № 5. – С. 82–90.

36. Емельянова А.А. Теоретические основы изучения феномена эмоционального выгорания у врачей и среднего медицинского персонала / А.А. Емельянова; В.А. Куташев; Т.Ю. Хабарова // Центральный научный вестник. – 2017. – № 2 (19). – С. 23–26.

37. Ерохова М.В. Причины снижения работоспособности старших медсестер и их склонности к «профессиональному выгоранию» / М.В. Ерохова // Медицинская сестра. – 2019. – N 4. – С. 22–25.

38. Захаров Р.И. Синдром эмоционального выгорания и как с ним бороться / Р.И. Захаров, И.А. Уваров, Г.Р. Иванова и др. // Медицинская сестра. – 2018. – № 1. – С. 36–38.

39. Иванова Н.К. Профессиональное выгорание: формирование практических умений и навыков по успешному преодолению стресса // Работник социальной службы: проф. науч.-практ. журн. 2019. № 3. С. 99–102.

40. Изучение условий труда медицинских работников города Самары / Д.С. Тупикова, И.И. Березин, А.В. Жестков [и др.] // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2019. – № 77. – С. 78-86.

41. Каприн А.Д. Медико-социальные аспекты формирования в России концепции здорового образа жизни / А.Д. Каприн, Л.М. Александрова, В.В. Старинский // РМЖ. – 2017. – Т. 25, № 14. – С. 995-999.

42. Кобякова О.С., Деев И.А., Левко А.Н., Трифонова Е.И., Малкова А.А., Тюфилин Д.С. Влияние возраста, трудового стажа и обучения вординатуре на формирование профессионального выгорания у врачей (аналитический обзор литературы). Общественное здоровье и здравоохранение.2021; №2 (70):15-21.

43. Коновалова В. «Огнеопасная» работа: организационные симптомы и факторы профессионального выгорания // Кадровик. 2019. № 5. С. 58–63.

44. Крутько В.Н. Здоровьесбережение как важнейший раздел профилактической медицины (обзор) / В.Н. Крутько, В.И. Донцов // ГлавВрач. – 2016. – № 5. – С. 48–58.

45. Лазарева М.Ю. Как распознать у медсестер синдром эмоционального выгорания и исправить ситуацию, пока не поздно / М.Ю. Лазарева, К.О. Назарова // Главная мед. сестра. – 2019. – N 8. – С. 56–65.

46. Ларенцова Л.И., Барденштейн Л.М. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей. Психологические аспекты; Медицинская книга – М., 2022. – 144 с.

47. Ларина В.Н. Состояние здоровья и заболеваемость медицинских работников / Ларина В.Н., Глибко К.В., Купор Н.М. // Лечебное дело. № 4, 2018. – С. 18–24.

48. Лемешевская Е.П. Гигиена труда медицинских работников: учебное пособие / Е.П. Лемешевская, Г.В. Куренкова, Е.В. Жукова. – Иркутск : ИГМУ, 2019. – 85 с.

49. Лескина Л.С. Значение стажа и возраста работников при установлении диагноза хронического заболевания для профилактики профессионального нарушения здоровья / Л.С. Лескина, Н.П. Головова, Н.И. Котова // Медицина труда и промышленная экология. – 2019. – Т. 59. – № 9. – С. 679.

50. Лесите Э.Ю., Закаблук А.Г. Профессиональное выгорание врачей экстренной медицинской помощи в условиях пандемии COVID-19 и возможности его коррекции. Вестник Амурского государственного университета. Серия: Гуманитарные науки. 2021. – № 94. – С. 73–76.

51. Леонова А.Б. Психопрофилактика стрессов. М.: Изд-во Московского университета, 2019. 121 с.

52. Мартинчик А.Н. Потребление алкоголя взрослым населением Арктической зоны и населением других природно-климатических зон [Текст] / Мартинчик А.Н. [и др.] // Научный вестник Ямало-ненецкого автономного округа. – 2017. – № 2 (95). – С. 39–42.

53. Матюшкина Е.Я., Рой А.П., Рахманина А.А., Холмогорова А.Б. Профессиональный стресс и профессиональное выгорание у медицинских работников [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. № 1. С. 39–49.

54. Медицинская психология в здравоохранении: сборник научных трудов по материалам Всероссийской научно-практической конференции (Курск, 26 мая 2022 года) / Курский гос. мед. ун-т, кафедра общей и клинической психологии; сост. А.И. Блюм, И.Н. Земзюлина, Н.В. Смирнов; отв.ред. В.А. Липатов. – Курск: КГМУ, 2022. – 1 CD-ROM. – Текст: электронный. – 126 с.

55. Мельников В.И. Психология стресса в профессиональной деятельности. Новосибирск: Изд-во СГУПС, 2018. 72 с.

56. Назарян С.Е. Медико-психологическая оценка и психопрофилактика нарушений психического состояния у медицинских работников COVID- стационара: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.03.11 / Назарян Светлана Евгеньевна. – Москва; 2022. – 23 с.

57. Некоторые психологические особенности медсестер психиатрического и терапевтического профилей / А.В. Худяков, Д.А. Шуненков, А.Е. Сурина и др. // Медицинская сестра. – 2018. – N 7. – С. 51–53.

58. Неврычева Е.В. Здоровье медицинских работников / Е.В. Неврычева; К.В. Жмеренецкий; Н.С. Ноздрина // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2016.– № 1. – С. 72–82.

59. Нетесин Е.С. Синдром профессионального выгорания анестезиологов-реаниматологов в России / Е.С. Нетесин, В.И. Горбачев // Анестезиология и реаниматология. – 2018. – N 3. – С. 7–13.

60. Низова Л.М. Зона риска как фактор профессионального выгорания медицинских работников / Л.М. Низова, И.Г. Кислицына, С.И. Иванова // Проблема социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. – 2018. – 26 (3) – С. 137–140.

61. Особенности проявления агрессивного поведения врачей и медсестер в условиях современной медицины / Р.Н. Башилов, С.М. Башилова, Д.П. Дербенев и др. // Медицинская сестра. – 2019. – N 2. – С. 3–5.

62. Палий О.Н. Как уберечь своих сотрудников от выгорания // Менеджмент и кадры: психология управления, соционика и социология. – 2018. № 1. С. 7–10.

63. Полунина О.В. Увлеченность работой и профессиональное выгорание: особенности взаимосвязей // Психологический журнал / ред. А.Л. Журавлев. 2019. Т. 30. № 1. С. 73–85.

64. Появление эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер / П.А. Бакумов, М.Е. Волчанский, Е.А. Зернюкова и др. // Медицина труда и пром. экология. – 2018. – N 2. – С. 30–36.

65. Профессиональное выгорание врачей : значение интенсивности и качества работы / Г.А. Сорокин, В.Л. Суслов, Е.В. Яковлев и др. // Гигиена и санитария. – 2018. – N 12. – С. 1221–1225.

66. Психологические аспекты реабилитации медицинских работников при синдроме эмоционального выгорания / Е.Е. Ачкасов, А.И. Мельников, Б.Г. Белозеров и др. // Медицина труда и пром. экология. – 2019. – N 1. – С. 15–19.

67. Психологические аспекты медицинской реабилитации : учеб. пособие / Е.Е. Ачкасов, Л.В. Веселова, Л.А. Гридин и др. ; ред. Е.Е. Ачкасов, ред. Н.Д. Творогова; Моск. гос. мед. ун-т, 1-й им. И.М. Сеченова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – Гл. 23. Психологические аспекты реабилитации медицинских работников при синдроме выгорания. С. 297–300.

68. Психологические особенности эмоционального выгорания у врачей неврологов и нейрохирургов / Ж.Р. Горданова [и др.] // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2012. – № 4. – С. 18–20.

69. Савельев Д.В. Медицина: профессиональные стрессы, производственные конфликты и рекомендации по их разрешению. СПб.: НПЦ ПСН, 2018. 261 с.

70. Савельева Л.А., Кашапов М.М. Структура, выраженность и распространенность синдрома эмоционального выгорания у ординаторов. Спортивная медицина и реабилитация. 2020; №1 (1):26-36.

71. Сибгатуллин И.Я., Фатхутдинова Л.М. Методы профилактики профессионального стресса и эмоционального выгорания медицинских работников (обзор литературы). Медицина труда и экология человека. 2022;4: 20-33.

72. Спивак И. Профессиональное выгорание : 7 неверных стратегий медработников / И. Спивак // Зам. гл. врача. – 2018. – № 9. – С. 96–100.
73. Тимофеев М. Правила борьбы с «выгоранием» // Справочник по управлению персоналом, 2017. № 8. С. 70–72.
74. Уколова М.А. Место стресса в адаптационной деятельности организма // Стресс и его патогенетические механизмы: материалы Всесоюз. симпоз. Кишинев: Штиинца, 2018. С. 39–11.
75. Факторы риска и профилактика профессионального стресса и выгорания. Ростов-н/Д.: Фонд науки и образования, 2019. 113 с.
76. Филиппченкова С.И. Профессиональный стресс и социально-психологическая адаптация специалиста в изменяющихся условиях профессиональной деятельности: 1-е изд. – Тверь: Тверской гос. технический унт, 2019. 119 с.
77. Хабарова Л.Ю., Саввина Н.В. Качество жизни и анализ мотивации труда врачей первичного звена здравоохранения на базе поликлиник г. Нерюнгри [Электронный ресурс] // Синергия Наук. Санкт-Петербург, 2019. – №35.
78. Холмогорова А.Б., Петриков С.С., Суроегина А.Е., Микита О.Ю., Рахманина А.А., Рой А.П. Профессиональное выгорание и его факторы у медицинских работников, участвующих в оказании помощи больным COVID-19 на 60 Журнал для непрерывного медицинского образования COVID-19 разных этапах пандемии // Неотложная медицинская помощь. Журнал имени Н.В. Склифосовского. 2020. Т. 9, № 3. С. 321–337.
79. Худова И.Ю., Улумбекова Г.Э. «Выгорание» у медицинских работников: диагностика, лечение, особенности в эпоху COVID-19 // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7, № 1. С. 42–62.
80. Цыган В.Н. Адаптация при стрессе и ее значение в развитии посттравматического стресса // Проблемы реабилитации. 2020. № 1. С. 79–87.
81. Чуркина Ю.А. Профессиональное выгорание в разнотипных профессиях // Психология и современный мир: мат междунар. науч. конференции (Архангельск, 23 апреля 2019 г). Архангельск: ПГУ, 2019. Вып. 2. Ч. 1. С. 215–217.
82. Эмоциональное выгорание медицинских работников как предпосылка астенизации и психосоматических патологий // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. 2019. № 3. С. 57–71.
83. Arnsten AFT, Shanafelt T. Physician Distress and Burnout: The Neuro- biological Perspective. Mayo Clin Proc. 2021 Mar;96(3):763-769.
84. Cheng JW, Wagner H, Hernandez BC, Hu BR, Ko EY, Ruckle HC. Stressors and Coping Mechanisms Related to Burnout Within Urology. Urology. 2020 May; 139: 27-36.
85. Chmielewski J, Łoś K, Łuczyoski W. Mindfulness in healthcare professionals and medical education. Int J Occup Med Environ Health. 2021 Jan 7;34(1):1- 14.

86. Edú-Valsania S, Laguía A, Moriano JA. Burnout: A Review of Theory and Measurement. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 4;19(3):1780.
87. Friganovid A, Selič P, Ilid B, Sedid B. Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review. *Psychiatr Danub*. 2019 Mar;31(Suppl 1):21-31.
88. Green, Alyssa A, and Elizabeth V Kinchen. “The Effects of Mindfulness Meditation on Stress and Burnout in Nurses.” *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association*. 2021; vol. 39(4): 356-368.
89. Karr, Sharon. Avoiding physician burnout through physical, emotional, and spiritual energy. *Current opinion in cardiology* vol. 34,1 (2019): 94-97.
90. Medisauskaite A, Kamau C. Reducing burnout and anxiety among doctors: Randomized controlled trial. *Psychiatry Res*. 2019 Apr;274:383-390. // *Lancet Respir Med*. – 2016. – Vol. 9. – P. 731–741.
91. Patel R.S., Sekhri S., Bhimanadham N.N. et al. A review on strategies to manage physician burnout [Electronic resource] // *Cureus*. 2019. Vol. 11, N 6. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6682395/>
92. Ruisoto P, Ramírez MR, García PA, Paladines-Costa B, Vaca SL, Clemente-Suárez VJ. Social Support Mediates the Effect of Burnout on Health in Health Care Professionals. *Front Psychol*. 2021 Jan 13;11:623587.
93. Verret CI, Nguyen J, Verret C, Albert TJ, Fufa DT. How Do Areas of Work Life Drive Burnout in Orthopaedic Attending Surgeons, Fellows, and Residents? *Clin Orthop Relat Res*. 2021 Feb 1;479(2):251-262.