

Медико-санитарная часть № 33 ФМБА России  
Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова МЧС России

---

**В.И. Евдокимов, Г.Н. Ролдугин, Н.В. Хмелинина**

**ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ  
МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ  
О ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ВЫГОРАНИИ  
Методические рекомендации**

**Нововоронеж  
2010**

УДК 614.253 :159.9  
ББК 51.244

Что нужно знать медицинским работникам о профессиональном выгорании : метод. рекомендации / В.И. Евдокимов, Г.Н. Ролдугин, Н.В. Хмелинина ; МСЧ № 33 ФМБА России, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. – Нововоронеж, 2010. – 56 с.

Методические рекомендации содержат основные методологические концепции формирования профессионального выгорания у медицинских работников. Представлены эмоциональные, когнитивные, мотивационные, поведенческие и соматические симптомы профессионального выгорания. Подробно освещаются результаты исследования выраженности профессионального выгорания у среднего медицинского персонала, показаны пути его профилактики и реабилитации.

**Рецензенты:**

Марищук В.Л. – доктор психологических наук профессор, заслуженный деятель науки РФ (Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург);

Попов В.И. – доктор медицинских наук профессор (Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко).

Евдокимов В.И., 2010  
Ролдугин Г.Н., 2010  
Хмелинина Н.В., 2010

## ВВЕДЕНИЕ

Под профессиональным выгоранием понимается процесс развития хронического профессионального стресса умеренной интенсивности, вызывающий негативные изменения личности профессионала. Проявления профессионального выгорания (истощения) у специалистов социальных, или «субъект – субъектных» отношений (врачей, медицинских сестер, учителей, воспитателей, работников социальных служб, судей, адвокатов, продавцов и др.) известны давно. Не случайно девизом врачей средневековья было выражение «Сгорая сам – свечу другим».

К причинам, способствующим развитию профессионального выгорания и его симптомам систематизировано обратимся позже, а ниже с некоторым отступлением от повествования представляем путь формирования профессионального выгорания у доктора Андрея Ефимыча Рагина из рассказа А.П. Чехова «Палата № 6» [23].

Сразу уместно заметить, что Андрюша Рагин не хотел быть врачом: «... в ранней молодости он был очень набожен и готовил себя к духовной карьере и что, кончив в 1863 году курс в гимназии, он намеревался поступить в духовную академию, но будто бы его отец, доктор медицины и хирург, едко посмеялся над ним и заявил категорически, что не будет считать его своим сыном, если он пойдет в попы. Насколько это верно – не знаю, но сам Андрей Ефимыч не раз признавался, что он никогда не чувствовал призвания к медицине и вообще к специальным наукам».

Закончив университет, доктор был направлен в городскую больницу: «... приехал в город, чтобы принять должность, "богоугодное заведение" находилось в ужасном состоянии. В палатах, коридорах и в больничном дворе тяжело было дышать от смрада. Больничные мужики, сиделки и их дети спали в палатах вместе с больными. Жаловались, что житья нет от тараканов, клопов и мышей. В хирургическом отделении не переводилась рожь. На всю больницу было только два скальпеля и ни одного термометра, в ваннах держали картофель».

Разруха и запустение в земской больнице, несоответствие идеалов врачебной работы, о которых он познавал учаась на медицинском факультете университета, и действительности, изначально низкая направленность на медицинскую деятельность стали принижать значимость врачебной работы и формировать утрату интереса к результатам профессиональных достижений.

«В первое время Андрей Ефимыч работал очень усердно. Он принимал ежедневно с утра до обеда, делал операции и даже занимался акушерской практикой. ... Но с течением времени дело заметно прискучило ему своим однообразием и очевидною бесполезностью. Сегодня примешь тридцать больных, а завтра, глядишь, привалило их тридцать пять, послезавтра сорок, и так изо дня в день, из года в год, а смертность в городе не уменьшается, и больные не перестают ходить. ...

Да и к чему мешать людям умирать, если смерть есть нормальный и законный конец каждого? Подавляемый такими рассуждениями, Андрей Ефимыч опустил руки и стал ходить в больницу не каждый день».

Чтобы придать изначальною предрасположенность к профессиональному выгоранию А.П. Чехов, представляет несоответствие внешнего облика доктора его чертам характера и поведения.

«Наружность у него тяжелая, грубая, мужицкая. ... При высоком росте и широких плечах у него громадные руки и ноги; кажется, хватит кулаком – дух вон. Но поступь у него тихая и походка осторожная, вкрадчивая; при встрече в узком коридоре он всегда первый останавливается, чтобы дать дорогу, и не басом, как ждешь, а тонким, мягким тенорком говорит: "Виноват!"».

Можно полагать, что ранее у доктора Рагина прослеживались эмотивные черты, он был чувствителен и впечатлителен, его отзывчивость, склонность воспринимать чужую боль как собственную привела саморазрушению. В силу формировавшейся деформации личности доктор Рагин уже не смог ничего изменить.

«Приняв должность, Андрей Ефимыч отнесся к беспорядкам, по-видимому, довольно равнодушно. ... Андрей Ефимыч

чрезвычайно любит ум и честность, но чтобы устроить около себя жизнь умную и честную, у него не хватает характера и веры в свое право. Приказывать, запрещать и настаивать он положительно не умеет. ... Когда обманывают Андрея Ефимыча или льстят ему, или подносят для подписи заведомо подлый счет, то он краснеет, как рак, и чувствует себя виноватым, но счет все-таки подписывает; когда больные жалуются ему на голод или на грубых сиделок, он конфузится и виновато бормочет:

- Хорошо, хорошо, я разберу после ... Вероятно, тут недоразумение ...».

На фоне формирующегося профессионального выгорания нерешительность доктора Рагина трансформировалась в безразличие, невозможность оказания действенной медицинской помощи в больнице – в апатию. Его эмоции не имеют положительного фона, возникают черствость и эмоциональная опустошенность, появляются скрытые или явные негативные установки, в профессиональных контактах – обезличенность и формальность.

«Во время приемки <больных> Андрей Ефимыч не делает никаких операций; он давно уже отвык от них, и вид крови его неприятно волнует. Когда ему приходится раскрывать ребенку рот, чтобы заглянуть в горло, а ребенок кричит и защищается ручонками, то от шума в ушах у него кружится голова и выступают слезы на глазах. Он торопится прописать лекарство и машет руками, чтобы баба поскорее унесла ребенка. ... На приемке скоро ему прискучают робость больных и их бестолковость ... портреты на стенах и свои собственные вопросы, которые он задает неизменно уже более двадцати лет. И он уходит, приняв пять-шесть больных. Остальных без него принимает фельдшер».

Негативные впечатления из профессиональной сферы проникают в повседневную деятельность врача. Он еще хочет себя чем-то занять – много и без особого разбора читает книги и старые журналы по истории и философии, но «...по медицине же выписывает одного только "Врача"». Налицо нарушение продуктивности, сужение социальных контактов (во вне служебной деятельности вече-

рами он общается только с почтмейстером) и подверженность к злоупотреблению алкоголем.

«Около книги всегда стоит графинчик с водкой и лежит соленый огурец или моченое яблоко прямо на сукне, без тарелки. Через каждые полчаса он, не отрывая глаз от книги, наливает себе рюмку водки и выливает, потом, не глядя, нащупывает огурец и откусывает кусочек».

Несмотря на некоторую заботу окружающих лиц, доктор уже не в силах был выйти из плена сложившего стереотипа жизни и даже, когда предложили подать в отставку, к этому факту отнесся равнодушно.

«Ехать куда-то, неизвестно зачем, без книг, без Дарьюшки, без пива, резко нарушить порядок жизни, установившийся за двадцать лет, – такая идея ... показалась ему дикою и фантастическою».

В навязанном ему путешествии, будучи в Санкт-Петербурге или в Варшаве, он сожалел о поездке, злился на себя, ... «по целым дням не выходил из номера, лежал на диване и вставал только затем, чтобы выпить пива».

Психическое истощение, дезорганизация личности и нерациональное мышление у доктора Рагина стирают грани между нормой и патологией, приводят к утрате смысла жизни. Он нашел достойных собеседников среди больных палаты № 6 с явными симптомами психических заболеваний и стал ходить во флигель каждый день. «Между теплым, уютным кабинетом и этою палатой нет никакой разницы» – думал Андрей Ефимыч и спустя некоторое время он там оказался ...

## 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «синдром выгорания» – это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе, усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью к соматическим заболеваниям, употреблению алкоголя или других психоактивных веществ и суицидальному поведению [ 6 ]. В Международной классификации болезней и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (МКБ-10) «синдром выгорания» отнесен в диагностический таксон Z 73 – «Проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью» и шифруется Z 73.0 – «выгорание» (burnout).

Считается, что термин «профессиональное выгорание» в научный оборот ввел американский психиатр Х. Фрейденбергер (H.J. Freudenberger) (1974) [30]. Проявления истощения психического статуса у здоровых людей социальных служб, при оказании профессиональной помощи пациентам в атмосфере высокой эмоциональной выраженности и психофизиологического напряжения, он назвал «burnout» (выгорание).

Научно обоснованное изучение профессионального выгорания обычно связывается с исследованиями психолога из г. Пало-Альто (Калифорния, США) Кристиной Маслач (С. Maslach). Она и ее коллеги рассматривают профессиональное выгорание в совокупности выраженности трех составляющих: 1) эмоционального истощения; 2) деперсонализации; 3) редукции личных достижений (рис. 1) [33]. Существуют и другие модели профессионального выгорания.

*Эмоциональное истощение* проявляется психическим утомлением, усталостью, эмоциональной опустошенностью, симптомами депрессии. Вначале наблюдается эмоциональное перенасыщение, сопровождающееся эмоциональными срывами, агрессивными реакциями, вспышками

гнева, впоследствии оно сменяется снижением эмоциональных ресурсов, утратой эмоционального интереса к окружающей действительности.



**Рис. 1.** Концептуальная модель профессионального выгорания.

Под *деперсонализацией* понимается дегуманизация (обесценивание) межличностных отношений, негативизм, циничность по отношению к чувствам и переживаниям других людей. У индивида появляются скрытые или явные негативные установки, возрастают обезличенность и формальность контактов, отмечаются частые вспышки раздражения и конфликтные ситуации. Для всех характеристик деперсонализации важна утрата эмоционального



компонента психических процессов (потеря чувств к близким людям, снижение эмпатии – отзывчивости, соучастия).

*Редукция личностных достижений* характеризует снижение профессиональной эффективности работника, которое может проявляться в негативизме к служебным достоинствам и возможностям, в ограничении обязанностей по отношению к социальному окружению, в уменьшении значимости выполняемой деятельности. Ярко выражено чувство собственной несостоятельности и некомпетентности.

Основываясь на системном подходе к изучению феномена профессионального выгорания, В.Е. Орел (2005) подчеркивает, что его симптомы не являются абсолютно независимыми друг от друга, а находятся в отношениях взаимосвязи и взаимовлияния, образуя более крупные иерархические структуры, обозначаемые как факторы выгорания. Структурно-функциональный аспект анализа проблемы предлагает рассматривать профессиональное выгорание в совокупности всех уровней его проявлений: эмоциональных, когнитивных, мотивационных, поведенческих и соматических.

Указанные признаки играют разную роль в формировании профессионального выгорания и обладают разной степенью изменчивости. Например, ключевым фактором в синдроме является эмоциональная составляющая – эмоциональное истощение, которое имеет больший структурный вес и меньшую степень изменчивости. Оно в меньшей степени подвержено как влияниям факторов профессиональной среды, так и специфике содержания профессии.

Наиболее гибким и подверженным трансформациям компонентом профессионального выгорания является цинизм, специфика проявлений которого во многом зависит не только от содержания профессии, но и от условий жизнедеятельности субъекта, его индивидуально-психологических качеств, стресс-преодолевающих стратегий.

В научной литературе феномен профессионального выгорания рассматривается как состояние и процесс. В рам-

ках первого подхода профессиональное выгорание понимается как некий комплекс относительно независимых друг от друга симптомов, которые объединяются в более крупные блоки и который можно реально оценить. С точки зрения принципа единства результирующей и процессуальной стороны любого психического явления, профессиональное выгорание можно рассматривать как состояние, которое имеет некую меру выраженности входящих в его состав структурных компонентов, являясь, таким образом, результатом происходящих с личностью изменений.

В рамках процессуального подхода профессиональное выгорание – это процесс профессионального развития человека, имеющий стадийный характер. Например, В. Perlman, Е.А. Hartman (1982) рассматривают 4-фазную модель. Запускающим фактором профессионального выгорания они считают противоречия между профессиональными ожиданиями и возможностями профессиональной адаптации работника. Профессиональное выгорание возникает на фоне хронического профессионального стресса средней интенсивности в результате неэффективного его преодоления и сопровождается изменениями:

а) физиологических функций (физическое истощение, уменьшение психофизиологических ресурсов и т. д.);

б) аффективно-когнитивных функций (сфокусированность на нерациональных или асоциальных установках и чувствах: неадаптивные стресс-преодолевающие стратегии, эмоциональное истощение, деморализация, деформация личности профессионала и т. д.);

в) поведенческих реакций (акцентирование типов поведения, деперсонализация, дезадаптация, снижение мотивации и продуктивности в работе и др.).

М. Burish (1993) считает, что вначале возникают чрезмерные энергетические затраты на высокую положительную профессиональную мотивацию, затем появляются чувства усталости, разочарования и снижение интереса к работе. Сильная зависимость от профессии приводит в итоге

к полному отчаянию и бессмысленности жизни, в связи с чем, выделяют следующие фазы профессионального выгорания: предупреждающая, снижение уровня собственного участия, эмоциональных реакций, деструктивного поведения, психосоматических реакций и разочарования.

В.В. Бойко (1996) рассматривает развитие профессионального выгорания по фазам напряжения, резистенции и истощения, созвучными с фазами общего адаптационного синдрома (стресса). Под профессиональным выгоранием (у В.В. Бойко оно называется «Синдром эмоционального выгорания» – СЭВ) понимается выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на определенные психотравмирующие воздействия. Факторы, провоцирующие формирование профессионального выгорания, сведены в табл. 1 [ 3 ]:

**Таблица 1**

Факторы формирования профессионального выгорания

Фактор	Показатель
Внешний	Хроническая напряженная эмоциональная деятельность. Дестабилизирующаяся организация деятельности. Повышенная ответственность за исполнение профессиональных функций и операций. Неблагополучная психологическая атмосфера профессиональной деятельности. Психологически трудный контингент, с которым имеет дело профессионал в сфере общения
Внутренний	Склонность к эмоциональной ригидности. Интенсивная интериоризация (восприятие и переживание) обстоятельств профессиональной деятельности. Слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности. Нравственные дефекты и дезорганизация личности

Развивая концептуальные положения В.В. Бойко, нами представляется профессиональное выгорание в виде эмоциональной компонентной составляющей общего адапта-

ционного синдрома [19]. На фоне воздействий экстремальных условий среды формируется «эмоциональное напряжение» и «эмоциональная напряженность» (по К.К. Платонову) (рис. 2). В этом периоде эмоциональный фон в структуре функциональных резервов значителен.



**Рис. 2.** Эмоциональный компонент общего адаптационного синдрома (стресса) [ 9 ].

При дальнейших хронических воздействиях экстремальной среды формируется резистентность (сопротивляемость) к ним и происходит перераспределение функциональных резервов: «по уровню и ширине» (Ушаков И.Б., Шалимов П.М., 1996) и минимум на второстепенное – «минимизация» (Маришук В.Л., 1983). В целях сохранения гомеостаза внутренней среды в функциональных резервах осуществляется расширение сферы экономии эмоций для

наиболее оптимального выполнения деятельности (см. рис. 2).

Продолжающееся экстремальное воздействие вызывает срыв гомеостаза, истощение (перенапряжение) функциональных резервов. Эмоциональный фон в это время состоит в основном из отрицательных эмоций, возникает эмоционально-волевой антигуманный настрой (черствость, цинизм), возможны психосоматические расстройства и формирование психогенно-обусловленных заболеваний (см. рис. 2).

Результаты исследований показывают, что в развитии профессионального выгорания важное значение отводится личностным, ситуативным и профессиональным факторам. В табл. 2 представлены обобщенные факторы риска. Подробная интерпретация этих факторов содержится в монографии Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой (2008) [ 4 ].

**Таблица 2**

Факторы риска формирования профессионального выгорания [11]

Личностные факторы	Ситуативные требования	Профессиональные требования
Переживание несправедливости	Социальное сравнение и оценки других	Когнитивно сложные коммуникации
Хроническое переживание одиночества	Несправедливость, неравенство взаимоотношений	Эмоционально насыщенное деловое общение
Переживание социальной незащищенности	Негативные или «холодные», бесчувственные взаимоотношения с коллегами и подчиненными	Необходимость постоянного саморазвития и повышения профессиональной компетентности
Переживание социально-экономической нестабильности	«Трудные» ученики, пациенты, партнеры	Адаптация к новым людям, меняющимся профессиональным ситуациям
Переживание социальной и межличностной изоляции	Отсутствие корпоративной сплоченности, низкая организационная культура	Поиск новых решений

Личностные факторы	Ситуативные требования	Профессиональные требования
Неконструктивные модели стресс-преодолевающего поведения	Внутрикорпоративные и межличностные конфликты	Высокая ответственность за дело и за «других»
Высокая мотивация власти, высокая аффилиация	Рольевые конфликты, рольевая неопределенность	Самоконтроль и волевые решения
Трудоголизм, поведение типа «А» (с высоким риском развития сердечно-сосудистых расстройств)	Дефицит административной, дружеской, социальной, профессиональной и других видов поддержки	Неинтересная или нелюбимая работа
Слабая «Я-концепция», низкая самооценка	Перегрузки	Бюрократизм и «бумажная» работа
Низкая эмпатия (сопереживание) и социальный интеллект	Недогрузки	Отсутствие готовых решений, необходимость творческого поиска
Низкая профессиональная мотивация, мотивация избегание неудач	–	–
Эмоциональная неустойчивость, нереалистичные ожидания	–	–

Исходя из факторов риска формирования профессионального выгорания и биопсихосоциальной парадигмы психического здоровья, П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев и И.А. Новикова (2007) группируют его проявления в три группы:

1) *психофизиологические*:

- чувство постоянной, непреходящей усталости не только по вечерам, но и по утрам, сразу после сна (симптом хронической усталости);
- ощущение эмоционального и физического истощения;
- частые беспричинные головные боли, постоянные расстройства желудочно-кишечного тракта;

- снижение восприимчивости и реактивности на изменения внешней среды (отсутствие реакции любопытства на факт новизны или реакции страха на опасную ситуацию);

- общая астенизация (слабость, снижение активности и энергии, ухудшение биохимических показателей крови и гормональных показателей);

- резкая потеря или увеличение веса;

- полная или частичная бессонница (быстрое засыпание и отсутствие сна ранним утром, начиная с 4 ч утра, или, наоборот, неспособность заснуть до 2–3 ч ночи и тяжелое пробуждение утром, когда нужно вставать на работу);

- постоянное заторможенное, сонливое состояние и желание спать в течение всего дня;

- одышка или нарушения дыхания при физической или эмоциональной нагрузке;

- заметное снижение внешней и внутренней сенсорной чувствительности: ухудшение зрения, слуха, обоняния и осязания, потеря внутренних, телесных ощущений;

## 2) *социально-психологические:*

- безразличие, скука, пассивность и депрессия (пониженный эмоциональный тонус, чувство подавленности);

- повышенная раздражительность на незначительные, мелкие события;

- частые нервные срывы (вспышки немотивированного гнева или отказы от общения, уход в себя);

- постоянное переживание негативных эмоций, для которых во внешней ситуации причин нет (чувство вины, обиды, подозрительности, стыда, скованности);

- чувство неосознанного беспокойства и повышенной тревожности (ощущение, что «что-то не так, как надо»);

- чувство гиперответственности и постоянное чувство страха, что «не получится» или человек «не справится»;

- общая негативная установка на жизненные и профессиональные перспективы (по типу «как ни старайся, все равно ничего не получится»).

### 3) поведенческие:

- ощущение, что работа становится все тяжелее и тяжелее, а выполнять ее – все труднее и труднее;

- сотрудник заметно меняет свой режим дня (рано приходит на работу и поздно уходит либо, или наоборот, поздно приходит на работу и рано уходит);

- вне зависимости от объективной необходимости работник постоянно берет работу домой, но дома ее не делает;

- руководитель отказывается от принятия решений, формулируя различные причины для объяснений себе и другим;

- чувство бесполезности, неверие в улучшение, снижение энтузиазма по отношению к работе, безразличие к результатам;

- невыполнение важных, приоритетных задач и «застывание» на мелких деталях, не соответствующая служебным требованиям трата большей части рабочего времени на мало осознаваемое или неосознаваемое выполнение автоматических и элементарных действий;

- дистанцированность от сотрудников и клиентов, повышение неадекватной критичности;

- злоупотребление алкоголем, резкое возрастание выкуренных за день сигарет, применение психоактивных веществ.

В табл. 3 представлена выраженность компонентов (эмоциональное истощение, деперсонализация (цинизм) и самооценка) и симптомов (эмоциональные, когнитивные, мотивационные и поведенческие) профессионального выгорания на индивидуально-психологическом, межличностном и организационном уровнях (Орел В.Е., 2005).



**Таблица 3**

Проявления основных компонентов профессионального выгорания

Компонент	Психоземotionalное истощение	Деперсонализация (цинизм)	Самооценка профессиональной эффективности
<i>Индивидуально-психологический уровень</i>			
Эмоциональный	Депрессия, тревожность, вялость	Отрицательное эмоциональное отношение к людям и работе, безразличие к проблемам	Чувство своей малоценности, самобичевание
Когнитивный	Снижение характеристик психических процессов (внимания, памяти), трудности в выполнении сложных заданий, склонность к фантазиям	Критическое восприятие других, не критическое восприятие себя	Заниженная самооценка, низкая оценка своей компетентности и способностей
Мотивационный	Нет желания ходить на работу, желание скорее уйти с работы	Отсутствие смысла работе, озабоченность собой, безразличие к своей карьере, выражение общего недовольства работой	Снижение потребности в достижении, неудовлетворенность собой
Поведенческий	Тенденция к употреблению алкоголя и прочих подобных средств, пассивный отдых, увеличение травм и несчастных случаев	–	–
<i>Межперсональный уровень</i>			
Эмоциональный	Раздражительность, агрессивность, отсутствие эмоциональной эмпатии, чувствительность к оценкам со стороны	Повышение раздражительности к объектам труда	–

Компонент	Психозмоцио- нальное истощение	Деперсонали- зация (цинизм)	Самооценка профессиональ- ной эффективно- сти
Когнитив- ный	Специфика чувства юмора, не понимание проблем пациентов	Негуманное восприятие других – уничижительная оценка других	Заниженная самооценка реципиентов
Мотиваци- онный	Упадок духа, потеря интереса к объектам труда	Безразличие к реципиентам, нежелание решать их проблемы, использование их в своих целях	Неудовлетворенность отношениями с реципиентами
Поведен- ческий	Социальная изоляция, конфликты в семье и др. сферах, возникновение гнева и ярости	Агрессивность по отношению к объектам труда, отчужденность от реципиентов	Демонстрация безнадежности и беспомощности в решении проблем пациентов
<i>Организационный уровень</i>			
Эмоцио- нальный	Неудовлетворенность работой	–	–
Когнитив- ный	–	Негативное восприятие коллег и начальства, циничное восприятие своей профессиональной роли	Оценка своей малоценности и никчемности в организации (учреждении)
Мотиваци- онный	Отсутствие мотивации к работе, снижение уровня духовных ценностей в профессии, отсутствие творчества и инициативы	Низкий уровень моральных ценностей	Нет желания брать на себя ответственность и инициативу
Поведен- ческий	Снижение активности, увеличение отпусков по болезни	Присвоение ответственности организации, прогулы и другие нарушения дисциплины	Неспособность организовывать и управлять людьми, низкая продуктивность

## 2. ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Хронический профессиональный стресс умеренной интенсивности способствует формированию у врачей состояний нарушений адаптации и профессионального выгорания. Анализ проведенных исследований показывают, что профессиональное выгорание может развиваться у 50–60 % врачей и медицинских сестер. Если верить этим данным, то около половины медицинских работников нуждаются в реабилитационных мероприятиях и профессионально непригодны. Мы усомнились в достоверности этих цифр и провели собственное исследование, результаты которого будут представлены далее.

Профессиональному выгоранию подвержены и руководители подразделений. Считается, что у главных врачей лечебно-профилактических учреждений в профессиональной деятельности высокие нагрузки отмечаются в коммуникативной, интеллектуальной и эмоционально-волевой сфере, у заместителей главных врачей – в интеллектуальной и эмоционально-волевой, у заведующих отделений – в эмоционально-волевой и интеллектуальной сфере психической деятельности [20].

Данные о связи возраста, стажа профессиональной деятельности и уровня сформированности профессионального выгорания противоречивы. Например, в работе С. Maslach (1993) указывается, что «средний» сотрудник психиатрической клиники обнаруживает симптомы профессионального выгорания уже через 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> года после начала работы, социальный работник – через 2–4 года. Считается, что наиболее предрасположены к профессиональному выгоранию медицинские работники молодого возраста в период профессиональной адаптации и профессионалы в возрасте 60 лет и старше.

В других работах обнаруживаются незначительные отрицательные взаимосвязи между стажем работы в психи-

атрическом учреждении [36], возрастом [29, 38] и проявлениями профессионального выгорания. В большинстве исследований отсутствуют значимые корреляционные зависимости стажа (возраста) и профессионального выгорания.

К группе врачей с высоким уровнем риска формирования профессионального выгорания относятся специалисты, работа которых связана с хроническими больными, неизлечимыми или умирающими пациентами (онкология, пульмонология или психиатрия), а к группе с низким уровнем профессионального выгорания – с заболеваниями, имеющими благоприятный прогноз (акушерство и гинекология, оториноларингология, офтальмология и др.).

Более высокие показатели профессионального выгорания обнаружены у врачей, работающих в государственных медицинских организациях, по сравнению с теми, кто работает в частных учреждениях, университетах, научно-исследовательских институтах, общественных организациях. Считается, что причиной выгорания являются не только более низкая оплата труда, но и должностные (фиксированные) оклады, без учета интеллектуального потенциала и личного вклада работника в обобщенный продукт организации [1, 3, 20].

Выявлены гендерные (половые) различия при формировании профессионального выгорания. Среди мужчин наиболее высокие показатели профессионального выгорания обнаруживают специалисты в области общей и детской психиатрии, общей медицинской практики и профессиональной патологии, внутренних болезней, онкологии, пульмонологии, дерматологии и венерологии; среди женщин – врачи общей медицинской практики и профессиональной патологии, радиологи, терапевты, пульмонологи, дерматологи и венерологи [20]. В исследовании О.В. Рыбиной показано, что женщины-врачи испытывают стресс в профессиональной деятельности в 1,5 раз чаще, чем мужчины [18].

В других работах не были выявлены гендерные факторы риска формирования профессионального выгорания у врачей [1, 13].

У мужчин обнаруживаются более высокие показатели деперсонализации, у женщин – эмоциональное истощение [27, 28, 31, 32, 34]. Можно полагать, что у мужчин преобладают инструментальные ценности, а у женщин – эмоциональные и они более отзывчивы на испытываемые недуги пациентов.

Риск формирования выгорания зависит от соответствия профессии поло-ролевой ориентации работника. Например, установлено, что мужчины более подвержены воздействию стрессоров в тех ситуациях, которые требуют от них проявлений истинно мужских качеств (отвага, эмоциональная сдержанность, физические данные, показ достижений в работе), а женщины – при выполнении обязанностей, сопряженных с подчинением, сопереживанием, воспитательных умений [37].

Профессиональную деформацию личности медицинских работников можно представить в виде обобщенной модели, состоящей из феноменов измененного индивидуального сознания и безличных форм готовых знаний (фантомов). Современный период здравоохранения сопровождается широким внедрением в практику отраслевых стандартов. Если профессионал начинает тупо следовать этим стандартам и принимает их за абсолютную истину, он перестает видеть перед собой конкретного пациента, а воспринимает его как некий набор симптомов, манипуляций и процедур.

Р. Конечный и М. Боухал (1983) указывают, что профессиональная деформация личности медицинских работников обуславливается профессиональной адаптацией. Ежедневное восприятие физических и эмоциональных страданий человека притупляет чувства врача. Безусловно, определенная эмоциональная сопротивляемость должна присутствовать, но при этом важно сохранять человеческие и профессиональные качества, сопереживание, ува-

жение к пациенту, соблюдение норм профессиональной этики.

Обобщенные данные интеллектуальных, эмоциональных, физических, поведенческих и социальных проявлений свидетельствуют, что профессиональное выгорание у медицинских работников может определяться следующими признаками [2, 11, 16, 17, 20, 25]:

- установкой на такой способ мышления, когда в центре представлений лежит понятие о болезни («патоцентризм»), а не о здоровье и здоровьесберегающей основе жизнедеятельности человека («саноцентризм»);

- неправильными, субъективными представлениями о некоторых заболеваниях, например о неврозе как о «ложной, несуществующей» болезни, поскольку видимого поражения мозга в данном случае нет;

- шаблонным подходом к терапии, когда лечение больного ставится на конвейер и пропадает индивидуальная ответственность врача за конкретного больного (например, групповой оперативный метод лечения глазных болезней на конвейере типа «Ромашка», как в центре «Микрохирургия глаза» и т. д.). Превращением медицинских работников (участковых врачей) в диспетчеров или механических манипуляторов (хирургов);

- технократическим мышлением, когда человек начинает рассматриваться как «биологическая машина», а заболевания – как поломки, аварии в этой машине, которые можно устранить лишь материальными способами (лекарствами, операциями, манипуляциями). Преобладание значимости биологических факторов и недооценка психологических и социальных;

- отрицанием инноваций в медицине, не изучением и не принятием новых методов диагностики, профилактики, лечения и реабилитации;

- концентрацией внимания врача только на определенном органе, а не организме в целом, медицинским мышле-

нием, когда происходит сосредоточение на частностях в ущерб общему;

- казенно-бюрократическим подходом к лабораторно-инструментальным исследованиям, когда врач назначает много ненужных обследований по принципу «как бы чего не вышло» (что бы не было претензий у администрации и страховых компаний), или не назначает необходимых исследований (их нет в отраслевом стандарте лечения болезни);

- неоправданным использованием профессионального жаргона, вытекающим из отношения к пациенту как к носителю болезни, тождественному ей («какой интересный инфаркт», «очень забавный случай, такого перелома у нас еще не было»);

- ведением диалога с больными и их родственниками с трудно скрываемым раздражением, демонстрацией собственной значимости и занятости («у меня большой прием, поэтому выражайтесь яснее», «я вам выписываю рецепт, и можете идти ...» и т. п.);

- дегуманизацией, обезличиванием взаимоотношений «медицинский работник – пациент» («тому с язвой желудка», «с сердцем из 11-й палаты» и т. д.), «награждением» пациентов различными, в том числе, обидными прозвищами («больной с красным носом из 3-й палаты», «тупые призывники», «этот слабоумный старик» и т. д.), неуместная насмешка над страхами больного, звучащая часто как издевка «Отрежем ногу, не бойтесь, у вас их две!»;

- чрезмерным диктатом над больным (патернализм) при полном отрицании его собственных желаний;

- отрицанием и недооценкой необходимости моральной поддержки пациента;

- отказом от информирования больного о его диагнозе, тактике лечения или же чрезмерная, неоправданно детальная запугивающая информация. Нарушением норм вербальной врачебной деонтологии;

- нарушением требований сохранения врачебной тайны и конфиденциальности сведений о больном;
- неточным выполнением врачебных назначений по уходу за больным, небрежностью, необязательностью, неаккуратностью;
- безответственным отношением к медицинскому долгу;
- цинизмом, бесцеремонностью, грубостью, раздражительностью, отсутствием чувства меры как по отношению к пациентам, так и коллегам в присутствии больных;
- потерей ощущения своей деятельности как благородной миссии, дефицит милосердия;
- зависимым поведением (трудоголизм, зависимость от психоактивных веществ, алкоголизм, наркомании);
- взяточничеством, рвачеством («у меня зарплата низкая», «у меня дети тоже кушать хотят»), рассмотрением больного как источник обогащения;
- бюрократизмом.

Обобщая материалы раздела можно заключить, что анализ проведенных исследований не выявил значимых связей между возрастом, стажем работы и выраженностью профессионального выгорания у медицинских работников. В то же время следует указать, что наиболее подвержены профессиональному выгоранию работники в период профессиональной адаптации и в возрасте старше 60 лет. Эти лица представляют группы риска и нуждаются в проведении профилактических мероприятий.

Установлены роле-половые особенности формирования профессионального выгорания у медицинских работников различных специализаций.

Частое восприятие физических и эмоциональных страданий у людей притупляет чувства человека. Определенная эмоциональная сопротивляемость должна, безусловно, присутствовать у медицинских работников, но при этом важно сохранять человеческие и профессиональные качества, сопереживание, уважение к пациенту, соблюдение норм морали и профессиональной этики.



### **3. РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫРАЖЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Считается, что среди медицинских работников медицинские сестры, фельдшера, акушерки, клинические лаборанты, младший медицинский персонал являются наименее социально защищенными, поэтому при проведении исследования нами было выдвинуто предположение, что внешние условия (низкий социальный статус, низкая зарплата, высокая эмоциональность профессии, не вполне высокая оценка пациентами и руководителями их профессионального вклада в процесс лечения) и особенности личности будут способствовать формированию у них профессионального выгорания, а высокий уровень адаптивных стресс-преодолевающих ресурсов, выраженные функции семьи по духовному обогащению, психологической защите и эмоциональной поддержке, организации рационального досуга – снижать вероятность формирования профессионального выгорания.

#### ***Материал и методы исследований***

При помощи психологических тестов обследованы 87 респондентов женского пола, что составило около 21 % среднего медицинского персонала Федерального государственного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть № 33» ФМБА (г. Нововоронеж).

Средний возраст медработников был ( $44,9 \pm 1,2$ ) лет, стаж работы – ( $24,9 \pm 1,3$ ) лет. 11 % обследованных медсестер были незамужними, 73 % – замужем, 15 % – разведены, 1 % – вдовы. 53 % медицинских сестер состояли в 1-м браке, 25 % – во 2-м браке, 11 % – в 3-м браке, 11 % – в браке не состояли. 15 % респондентов не имели детей, 45 % имели 1 ребенка, 39 % – 2 детей и 1 % – 3 детей. Средний стаж семейной жизни составил ( $18,1 \pm 1,5$ ) лет.

На обследованный медицинский персонал собраны экспертные оценки состояния здоровья, коммуникативности,

дисциплинированности, семейных отношений и профессиональной эффективности, которые отражали уровень психофизиологической и социальной адаптации. Экспертами стали руководители и старшие медицинские сестры подразделений. Средняя экспертная оценка адаптации в 5-балльной системе оценок была достаточно высокой –  $(4,4 \pm 0,1)$  балл.

Уровень профессионального выгорания выявляли при помощи теста «Профессиональное выгорание» (МВІ) С. Maslach в версии Н.Е. Водопьяновой для медицинских работников [ 4 ] и опросника «Синдром эмоционально выгорания» В.В. Бойко [ 3 ]. Указанные тесты сконструированы таким образом, что о сформированности профессионального выгорания могут свидетельствовать не только количественные, но и их качественные показатели, что, к сожалению, затрудняет интерпретацию результатов исследований и приносит элемент субъективизма. Например, о сформированности отдельного симптома опросника В.В. Бойко свидетельствуют количественные показатели в 20 баллов и более, фазы – в 61 балл и более, синдрома профессионального выгорания – в 181 балл и более.

Для повышения надежности и валидности данных исследования нами высчитана обобщенная оценка профессионального выгорания (ООц ПВ) по формуле [16] :

$$\text{ООц ПВ} = (\text{ЭИ} + \text{Д} - \text{РЛД}) + \text{Оц Б}, \quad (1)$$

где ЭИ – эмоциональное истощение теста МВІ;

Д – деперсонализация теста МВІ;

РЛД – редукция личных достижений теста МВІ;

Оц Б – общая оценка по опроснику Бойко.

Сформированность проактивных копинг-стратегий определяли опросником «Проактивное совладающее поведение» (РСІ) в адаптации Е.С. Старченковой (2009). Под копинг-поведением (от англ. – to cope – совладать, преодолеть) понимается совокупность когнитивных и поведенческих усилий, затрачиваемые индивидом для ослаб-

ления стресса или его стабилизацию и поддержания психосоциальной адаптации. Копинг-стратегии определяют качественный уровень копинг-поведения (они могут быть адаптивными и дезадаптивными, активными и пассивными и т. д.), копинг-ресурсы – количественный уровень.

Проактивное копинг-поведение (ПКП) представляет собой стиль жизни, основанный на убеждении в том, что происходящее в жизни каждого человека зависит от него самого, а не от удачи или внешних обстоятельств. Лица с выраженным ПКП склонны к позитивной оценке происходящего, перераспределять и аккумулировать личностные и внешние ресурсы, а в случае стрессовых ситуаций – способны к их быстрой мобилизации, что требует наличия развитых социальных качеств.

Сличение насущного и желаемого приводит к ревизии наличных ресурсов, необходимых для целедостижения, что, в свою очередь, стимулирует процесс прогнозирования путей достижения поставленной цели и оценивания возможных приобретений/выгод при ее достижении, и формирует цепочки отдаленных субцелей, последовательность достижения задач, направленных на процесс совладания с различными ситуациями в жизненном пространственно-временном континууме [21].

В опроснике ПКП копинг-поведение рассматривается в рамках социального контекста, который интегрирует аффективные, когнитивные, интенциональные и социальные факторы в копинг-стратегии, дающие индивиду возможность справляться со стрессогенными ситуациями, конструируя пути действий для личностного роста и продвижения к важным для личности целям. Опросник ПКП состоит из 52 утверждений, которые надо проранжировать в 4-балльной системе оценок, объединенных в 6 шкал (табл. 4).

Семейные отношения изучали при помощи теста «Шкала семейных отношений» (ШСО), разработанного R.H. Moos (1974) и адаптированного В.К. Мягер и С.Ю. Куприяновым. Тест содержит 90 вопросов, сгруппированных в 10 шкал [12].

**Таблица 4**

Характеристики шкал опросника «Проактивное копинг-поведение» (ПКП)

Шкала	Выявляемые характеристики
1-я Проактивное преодоление	Определяются процесс целеполагания, постановка важных для личности целей, а также процесс саморегуляции по достижению этих целей, включающий когнитивную и поведенческую составляющие. Проактивное преодоление формирует общие ресурсы, которые способствуют достижению важных целей и личностному росту
2-я Рефлексивное преодоление	Измеряются представления и размышления о поведенческих альтернативах путем сравнения их с возможной эффективностью. Оцениваются возможные стрессоры, анализируются проблемы и имеющиеся ресурсы, генерируется предполагаемый план действий, прогнозируется вероятный исход деятельности и выбираются способы ее выполнения. Полагается, что в этом случае скорее рассматривается перспективная, а не ретроспективная рефлексия
3-я Стратегическое планирование	Изучается процесс создания четко продуманного, целеориентированного плана действий, в котором наиболее масштабные цели разделяются на подцели (дерево целей), управление достижением которых становится более доступным
4-я Превентивное преодоление	Оцениваются предвосхищение потенциальных стрессоров и подготовка действий по нейтрализации негативных последствий до того, как наступит возможное стрессовое событие. Неопределенность стимулирует человека использовать широкий спектр копинг-поведения (накопление денежных средств, социальное страхование, здоровьесберегающее поведение и др.)
5-я Поиск инструментальной поддержки	Изучается необходимость получения информации, советов и обратной связи от непосредственного социального окружения человека в период совладания со стрессами
6-я Поиск эмоциональной поддержки	Определяется ориентированность регуляции эмоционального дистресса путем разделения чувств с другими лицами, поиска сочувствия и общения с людьми из непосредственного социального окружения

Данные исследования проверены на нормальность распределения. Для выявления сходства (различий) результатов исследования использовали параметрический t-критерий Стьюдента. Взаимозависимости определяли при помощи корреляционного анализа Пирсона. В материалах представлены ( $M \pm m$ ) и значимые коэффициенты корреляции ( $p < 0,05$ ).

### **Показатели профессионального выгорания**

Данные тестов выявили невысокий уровень выраженности профессионального выгорания у медицинских сестер (табл. 5). Средние оценки компонентного состава MBI соответствовали данным российской выборки. В то же время качественный анализ показал, что у около  $\frac{1}{3}$  обследованных медсестер имеются высокие проявления деперсонализации и редукции личных достижений.

**Таблица 5**

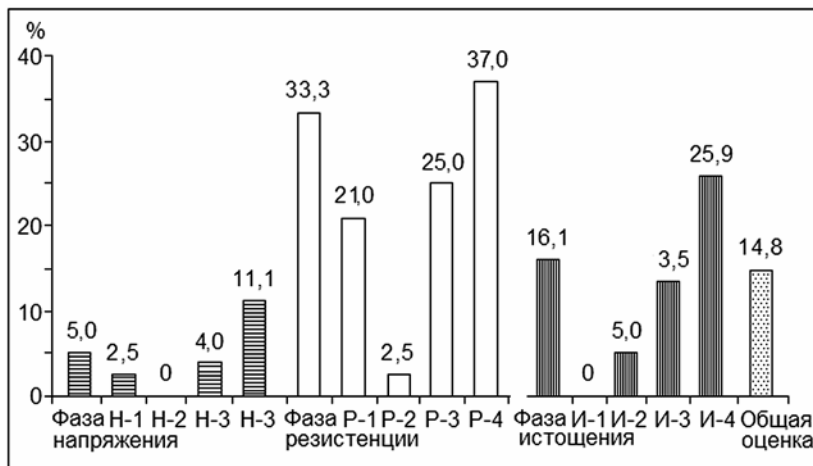
Оценка профессионального выгорания, балл ( $M \pm m$ )

Тест MBI			
Эмоциональное выгорание	Деперсонализация	Редукция личных достижений	
14,4 ± 0,8	9,4 ± 0,6	33,3 ± 0,9	
Опросник В.В. Бойко			
Фаза напряжения	Фаза резистентности	Фаза истощения	Общая оценка
9,2 ± 2,3	43,6 ± 2,3	31,8 ± 2,5	84,6 ± 6,5

Результаты профессионального выгорания по опроснику В.В. Бойко в нашем исследовании были не высокими (см табл. 5). Средняя оценка опросника В.В. Бойко составила ( $84,6 \pm 6,5$ ) балла, что статистически значимо меньше оценки, полученной при обследовании врачей-травматологов ( $106,4 \pm 4,7$ ) балла [5] и у психиатров-наркологов ( $110,6 \pm 6,5$ ) балла [13] ( $p < 0,001$ ).

Качественный анализ данных выявил, что сформированная фаза напряжения наблюдалась у 5 % лиц, фаза

резистенции – у 33,3 %, фаза истощения – у 16,1 %, сформированный синдром профессионального выгорания – у 14,8 % респондентов (рис. 3). Медицинских сестер психиатрической больницы со сформированным профессиональным выгоранием по опроснику В.В. Бойко в исследованиях О.Ю Смирновой и соавт. [24] было больше (24,5 %,  $p < 0,01$ ).



**Рис. 3.** Структура сформированности фаз и симптомов по опроснику В.В. Бойко (симптомы: H-1 – переживания психотравмирующих обстоятельств; H-2 – неудовлетворенности собой; H-3 – «загнанности в клетку»; H-4 – тревоги и депрессии; P-1 – неадекватного избирательного эмоционального реагирования; P-2 – эмоционально-нравственной дезориентации; P-3 – расширения сферы экономики эмоций; P-4 – редукции профессиональных обязанностей; I-1 – эмоционального дефицита; I-2 – эмоциональной отстраненности; I-3 – личностной отстраненности или деперсонализации; I-4 – психосоматических и психовегетативных нарушений).

Полагаем, что в профессиональных отношениях около  $\frac{1}{3}$  средних медицинских работников перестают улавливать разницу между двумя принципиально отличающимися явлениями: экономичным проявлением эмоций и неадекватным избирательным эмоциональным реагированием, которые обнаруживаются и во вне профессиональной де-

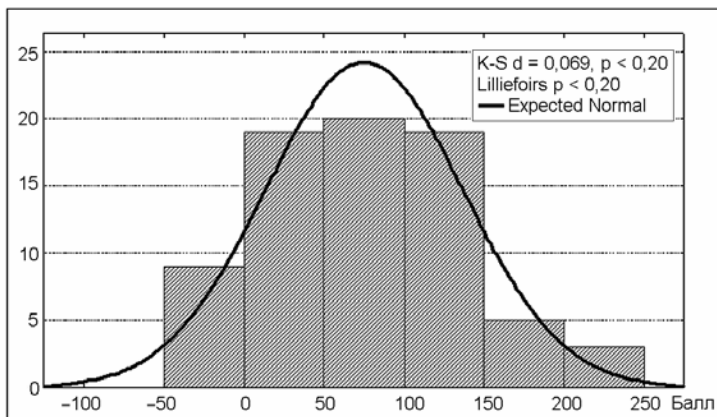
тельности – дома, в общении с приятелями и знакомыми, возникают попытки облегчить или сократить профессиональные обязанности, занижаются личные достоинства и достижения. Негативные влияния профессиональной деятельности начинают сказываться уровне психического и физического самочувствия и могут формировать психосоматические расстройства.

Количественно-качественный анализ тестов показал, что, несмотря на невысокие средние количественные показатели, сформированное профессиональное выгорание отмечается у 15 %, а формирующиеся признаки – еще у около 25 % средних медицинских работников. Эти данные оказались несколько ниже российских и практически разрушили гипотезу нашего исследования о высоком уровне сформированности профессионального выгорания у среднего медицинского персонала. Можно полагать, что профилактике профессионального выгорания у них способствовали организационные факторы труда и другие причины, о чем укажем далее.

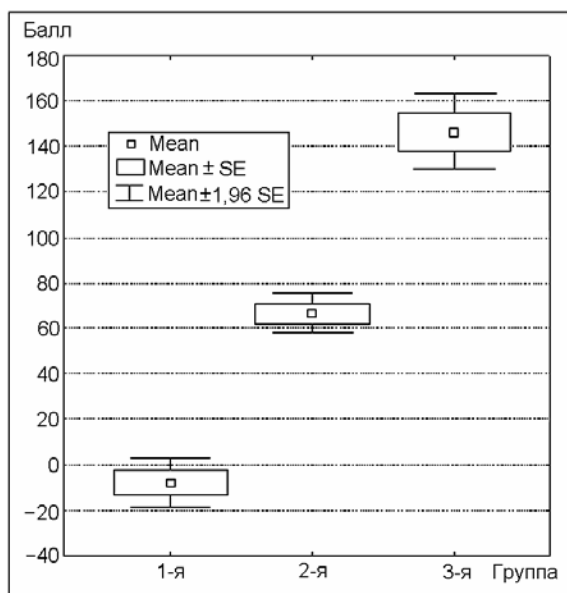
Распределение сконструированных по формуле (1) оценок ООц ПВ в выборке медицинских сестер приближается к нормальному (рис. 4). Средняя арифметическая величина ООц ПВ составила  $(75,1 \pm 7,1)$  балла.

Совокупность показателей ООц ПВ в исследуемой выборке разделили на 4 квартиля, а затем были сформированы 3 группы медицинских сестер: 1-я – с низкими, 2-я – средними, 3-я – с высокими показателями ПВ (табл. 6), которые по данным ООц ПВ различались статистически значимо (рис. 5).

Можно полагать, что показатели в 147 и более баллов ООц ПВ свидетельствуют о наличии факторов риска формирования профессионального выгорания и эти работники нуждаются в проведении им психопрофилактических мероприятий.



**Рис. 4.** Распределение данных ООЦ ПВ.



**Рис. 5.** Групповые оценки ООЦ ПВ.



Таблица 6

Квартильная и групповая оценки ООц ПВ

Показатель	Квартиль, балл			
	1-й	2-й	3-й	4-й
Балл	27 и менее	28–75	76–115	116 и более
Проценты	25	25	25	25
	Группа, балл (M ± m)			
	1-я	2-я	3-я	
Балл	-7,7 ± 2,5	66,5 ± 3,2	146,5 ± 4,6	
Количество, n (%)	15 (20)	38 (51)	22 (29)	

### Показатели проактивных копинг-стратегий

Данные тестирования показали достаточно высокий уровень развития у обследованных средних медицинских работников проактивных копинг-стратегий, которые составили около 60–80 % от максимальной оценки по тесту. При сравнении полученных данных с результатами врачей (данные Е.С. Старченковой, n = 60) у медицинских сестер выявлены статистически значимые высокие показатели по 2-й, 3-й и 4-й шкалам ( $p < 0,05$ ) (рис. 6).

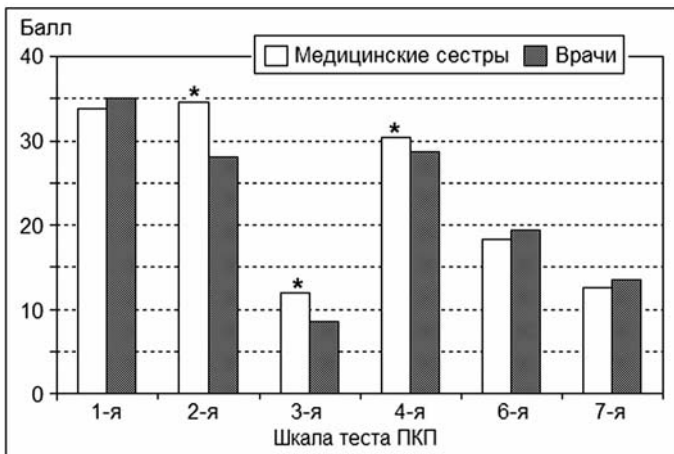


Рис. 6. Проактивные копинг-стратегии у медицинских сестер и врачей (обозначение шкал см. табл. 4).

Оказалось, что у обследованного нами среднего медицинского персонала выражены оценка возможных жизненных препятствий, анализ проблем и имеющихся ресурсов. В процессе создания четко продуманного, целеориентированного плана действий масштабные цели у них разделяются на подцели (дерево целей). Подготовка действий по нейтрализации негативных последствий, как правило, осуществляется до наступления возможного стрессового события. Неопределенность стимулирует медицинских сестер использовать широкий спектр копинг-поведения (поддержание хороших семейных и профессиональных отношений, накопление денежных средств, социальное страхование, здоровьесберегающее поведение и т. д.).

Корреляционный анализ изученных проактивных копинг-стратегий выявил между ними статистически значимые положительные корреляционные связи средней величины ( $r = 0,26-0,62$ ). Суммирование проактивных копинг-стратегий определило достаточно высокий уровень развития проактивных копинг-ресурсов (КПР) у обследованных лиц – ( $141,2 \pm 2,3$ ) балла, что составило 68 % от максимального результата.

При корреляционном анализе данных шкал теста ПКП и обобщенной оценки КПР выявлены значимые отрицательные связи с результатами тестов оценки профессионального выгорания (табл. 7) с показателями редукации личных достижений теста МВІ выявлены положительные корреляционные связи, что вполне закономерно, так как в тесте высокие показатели этой шкалы свидетельствуют о низких проявлениях профессионального выгорания, и может свидетельствовать о конструктивной и диагностической валидности наших исследований.

К сожалению, обобщенная экспертная оценка адаптации с результатами ООц ПВ и ПКР значимых корреляционных зависимостей не выявила. ООц ПВ статистически достоверно была связана с экспертной оценкой состояния здоровья ( $r = -0,18$ ), а ПКР – с экспертной оценкой про-

фессиональной дисциплинированности ( $r = 0,21$ ). Эти взаимосвязи указывают на прогностическую валидность исследований [ 8 ].

**Таблица 7**

Корреляционные связи шкал теста ПКП с показателями профессионального выгорания

Шкала теста ПКП	Общая оценка опросника Бойко	Тест МВІ		ООц ПВ
		Эмоциональное истощение	Редукция личных достижений	
1-я	-0,29	-0,24	0,41	-0,32
2-я	-0,32	-0,21	0,20	-0,32
3-я	-0,23	-0,28	-	-0,26
4-я	-0,16	-	-	-0,18
6-я	-0,16	-0,17	0,32	-0,19
КПР	-0,33	-0,33	0,31	-0,35

### ***Показатели семейных отношений***

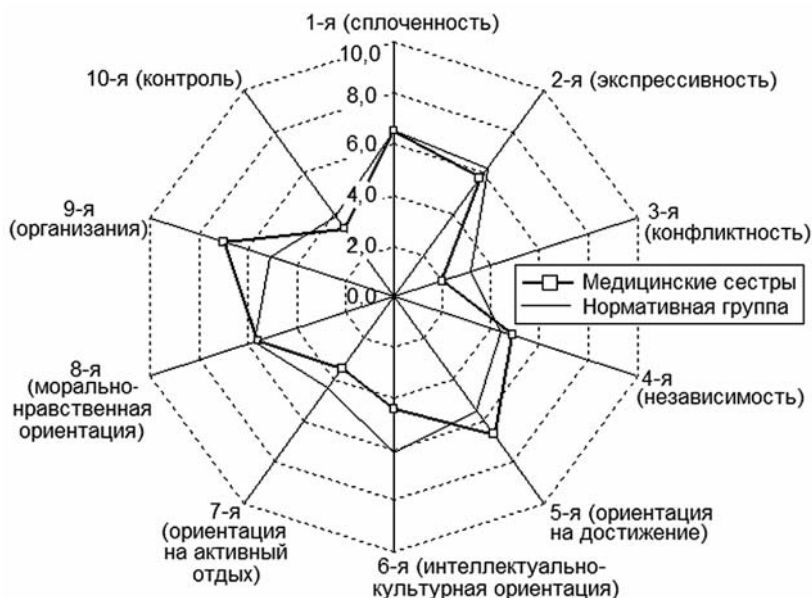
Обобщенный профиль данных ШСО у медицинских сестер представлен на рис. 7. Оказалось, что их семьям присущи сплоченность и выраженный коллективизм. Всем членам семьи уделяется достаточно много времени и внимания (1-я шкала).

В семьях медицинских сестер открыто обсуждаются личные проблемы каждого члена семьи без боязни агрессии со стороны родственников и того, что эта «разрядка» может вывести их из эмоционального равновесия (2-я шкала). Подобная атмосфера способствует формированию взаимной открытости и доверия. Изложенное подтверждается низкими результатами 10-й шкалы теста.

Сочетание выраженной 2-й шкалы с низкими показателями 3-й шкалы теста свидетельствуют о редкости конфликтного поведения, конструктивном стиле обсуждения проблем, повышении ответственности членов семьи за сохранение мира в семейных отношениях.

Для членов семей медицинских сестер характерны высокий уровень достижений «жизненных» планов (шкала 5-

я), возможность самореализации каждого члена семьи во внесемейной сфере. Различным сферам деятельности (работа, школа, хобби и др.) придается характер достижений и соревнования.



**Рис. 7.** Данные ШСО у медицинских сестер и нормативной группы.

Отмечается некоторое снижение интеллектуально-культурной ориентации, степень, в которой члены семьи участвуют в политической, социальной и культурной деятельности (6-я шкала), и ориентации на активный отдых, здоровьесберегающего поведения, совместного проведения свободного времени, развлекательных мероприятий и спорта (7-я шкала).

9-я шкала теста отражает высокую степень организованности семьи в плане структурирования семейной активности, финансового планирования, ясности семейных правил, высокая дисциплинированность. Отмечается воз-

растание организованности и планомерности семейной деятельности, ясность и определенность обязанностей членов семьи, пунктуальность в их исполнении.

В целом следует заключить, что профиль ШСО (см. рис. 7) у медицинских сестер почти по всем шкалам (исключение 1-я, 4-я и 8-я шкала) значительно отличается от нормативной группы [12] и напоминает профиль «идеальной семьи», который может служить показателем психологического здоровья семьи и хороших семейных отношений.

Экспертные оценки профессиональной эффективности у медсестер значительно коррелировали с экспертными оценками дисциплинированности ( $r = 0,65$ ), коммуникативности ( $r = 0,69$ ), с показателями шкал ШСО: 3-й (конфликтность) ( $r = -0,22$ ), 4-й (независимость) ( $r = 0,30$ ), 7-й (ориентация на активный отдых) ( $r = 0,18$ ). С показателями ООц ПВ корреляционные связи были отрицательные и приближаются к значимым ( $r = -0,11$ ), а с экспертными оценками семейных отношений взаимозависимостей не обнаружено. Возможно, что семейные отношения не являются непосредственным продолжением производственных отношений, они связаны с ними преимущественно через семейно-брачную культуру.

Значимые взаимосвязи показателей шкал ШСО, экспертной оценки адаптации и ООц ПВ представлены на рис. 8. Оказалось, что высокие показатели 3-й шкалы (конфликтность) способствовали высоким значениям профессионального выгорания и низким экспертным оценкам адаптации.

Выявлено также, что такие показатели ШСО у медицинских сестер как сплоченность и экспрессивность семьи, ориентация членов семьи на достижение поставленных задач, культурную деятельность, активный отдых и здоровьесберегающее поведение, морально-нравственные аспекты семейных отношений, структурирование семейной активности, финансовое планирование, дисциплинированность и определенность семейных правил и обязанностей

препятствуют формированию профессионального выгорания (см. рис. 8) [ 7 ].



**Рис. 8.** Взаимосвязи шкал ШСО, ООц ПВ и экспертной оценки адаптации медсестер.

### **Группы профессионального выгорания**

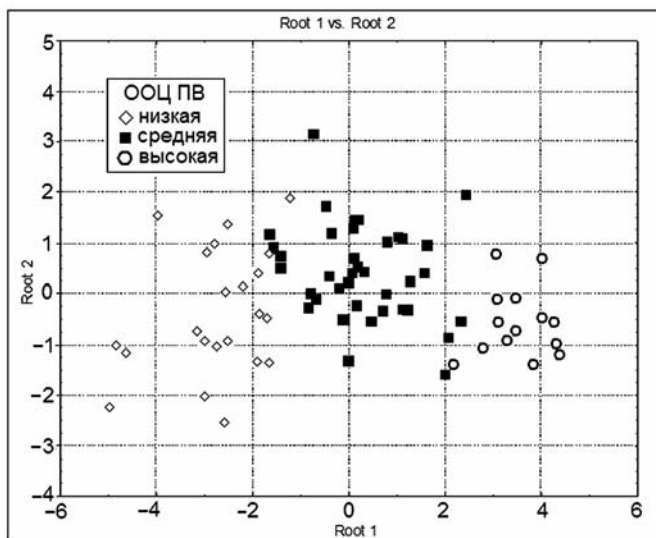
Пошаговым отбором дискриминантного анализа сформированы модели линейных дискриминантных функций (ЛДФ) с низкими (ЛДФ<sub>1</sub>), средними (ЛДФ<sub>2</sub>) и высокими (ЛДФ<sub>3</sub>) показателями профессионального выгорания. Модель оказалась статистически значимой ( $p < 0,001$ ) и классификационно способной на 93 %. Константы, структурные компоненты и их коэффициенты ЛДФ, показаны в табл. 8.

Графическое распределение медицинских сестер по уровню выраженности ООц ПВ представлено на рис. 9. Значения признаков ЛДФ, выявленные в обследовании, подставляли в уравнения и решали их. При обследовании медицинских сестер относили в ту группу, для которой данные ЛДФ оказались большими.

**Таблица 8**

Структурные компоненты и коэффициенты ЛДФ

№	Компонент ЛДФ		Коэффициент		
			ЛДФ <sub>1</sub>	ЛДФ <sub>2</sub>	ЛДФ <sub>3</sub>
	Константа		-79,76	-92,17	-123,29
X <sub>1</sub>	Экспертная оценка состояния здоровья		12,67	13,14	14,66
X <sub>2</sub>	ШСО	Конфликтность	1,88	1,60	1,70
X <sub>3</sub>		Ориентация на достижение	2,83	3,47	3,90
X <sub>4</sub>		Ориентация на активный отдых	-0,01	-0,47	-0,80
X <sub>5</sub>	ПКП	Рефлексивное преодоление	1,30	1,40	1,57
X <sub>6</sub>		Эмоциональная поддержка	0,73	1,25	1,48
X <sub>7</sub>	Общий показатель опросника Бойко		0,63	0,45	0,39
X <sub>9</sub>	Редукция личных достижений теста МВІ		0,23	0,37	0,51



**Рис. 9.** График полей плотности ООц ПВ.

Само собой разумеется, что в модели были включены общий показатель опросника В.В. Бойко и данные редукции личных достижений теста МВІ. Оказалось, что это достаточно важные, но не основные показатели. С высокими коэффициентами в модели вошли экспертная оценка состояния здоровья, некоторые показатели ШСО и теста ПКП.

При сравнении показателей 1-й и 3-й групп (с низкими и высокими оценками профессионального выгорания) по *t*-критерию Стьюдента оказалось, что полярные группы кроме данных профессионального выгорания различаются по оценкам 1-й шкалы СШО соответственно ( $7,0 \pm 0,1$ ) и ( $6,0 \pm 0,2$ ) балла ( $p < 0,05$ ), 2-й шкалы СШО соответственно ( $6,3 \pm 0,2$ ) и ( $5,0 \pm 0,2$ ) балла ( $p < 0,02$ ), 7-й шкалы СШО соответственно ( $4,7 \pm 0,3$ ) и ( $2,8 \pm 0,2$ ) балла ( $p < 0,01$ ), 8-й шкалы СШО соответственно ( $6,3 \pm 0,2$ ) и ( $4,9 \pm 0,2$ ) балла ( $p < 0,01$ ). По показателям экспертных оценок и данных проактивного поведения различий не было.

Можно полагать, что формированию профессионального выгорания у медицинских сестер препятствуют сплоченность и открытость членов семьи, их ориентация на активный отдых и здоровьесберегающее поведение, соблюдение моральных и нравственных ценностей.

### **Заключение**

Количественно-качественный анализ тестов оценки профессионального выгорания показал, что, несмотря на невысокие средние количественные показатели, сформированное профессиональное выгорание отмечается у 15 %, а формирующиеся признаки – еще у около 25 % средних медицинских работников. Эти данные оказались несколько ниже российских и практически разрушили гипотезу нашего исследования о высоком уровне сформированности профессионального выгорания у среднего медицинского персонала.

Можно полагать, что формированию профессионального выгорания у обследованных нами лиц препятствовали



высокий уровень профессиональной адаптации работников (например, средняя обобщенная экспертная оценка адаптивности в 5-балльной системе оценок была высокая и составляла  $(4,4 \pm 0,1)$  балла), выраженный уровень стресс-преодолевающего поведения, хорошие семейные отношения и адекватная организация труда (например, ежемесячная заработная плата средних медицинских работников по МЧС-33 составляла около 13 тыс. рублей, что более чем в 2–3 раза превышала ее по стране).

Проведенные исследования позволяют заключить, что у обследованного среднего медицинского персонала МЧС № 33 выявлен достаточно хороший уровень развития проактивных копинг-стратегий, копинг-ресурсов. Корреляционный анализ показал, что проактивное копинг-поведение препятствуют развитию профессионального выгорания, а оценка и формирование проактивного копинг-поведения могут способствовать профилактике стрессовых ситуаций и профессионального выгорания у медицинского персонала.

Проведенные исследования выявили, что обобщенный профиль теста «Шкала семейных отношений» у медсестер напоминает профиль «идеальной семьи», который может служить показателем психологического здоровья семьи и хороших семейных отношений.

Установлено также, что формированию профессионального выгорания способствует высокая конфликтность семьи, препятствуют – сплоченность и экспрессивность семьи, ориентация членов семьи на достижение поставленных задач, культурную деятельность, активный отдых и здоровьесберегающее поведение, морально-нравственные аспекты семейных отношений и структурирование семейной активности.

Распространенное мнение о том, что о профессиональном выгорании можно судить только по данным психологических тестов является ошибочным. Следует продолжить исследования по изысканию средств и методов выявления профессионального выгорания у медицинского персонала.

## 4. ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Обобщенная схема системы профилактики профессионального выгорания представлена на рис. 10. Мероприятия первичной профилактики направлены на оптимизацию психофизиологического здоровья и предупреждение развития профессионального выгорания, вторичной – на раннюю диагностику начальных форм конфронтации личности с требованиями профессии, стрессовых реакций организма и предотвращение нетрудоспособности, третичной – на предупреждение нервно-психических расстройств, хронических заболеваний и реабилитацию.



Рис. 10. Схема профилактики профессионального выгорания.

На рис. 11 представлены основные мероприятия этапов профилактики. Диагностический этап предусматривал выявление факторов риска развития профессионального выгорания и оценку признаков его формирования.

Профилактические мероприятия должны быть направлены на индивидуальный, межличностный и организационный уровни системы профилактики профессионального выгорания и формировать у медицинских работников культуру эмоций и производственных отношений, повышать направленность на профессию, уменьшать рабочее напряжение, оптимизировать психофизиологическое состояние, вырав-

### ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЭТАП



**Рис. 11.** Основные мероприятия этапов профилактики профессионального выгорания (ПВ) (адаптировано по [20]).

нить баланс между физическими и психоэмоциональными затратами и получаемым вознаграждением, повышать удовлетворенность компонентным составом качества жизни.

Важное место в системе профилактики отводится информированию о проявлениях профессионального выгорания и преодолению анозогнозии – самооценке и осознанию медицинскими работниками возникновения и них начальных признаков профессионального выгорания. В приложении представлены стимульный материал теста, ключи для расшифровки результатов и средние данные российской выборки.

Для формирования у медицинских работников привычки самоконтроля за психофизиологическим состоянием по внешним проявлениям эмоций и произвольном подавлении отрицательных эмоций следует использовать методику «Самоконтроль – саморегуляция» (СКР), разработанную В.Л. Марищуком [14]. Сущность методики заключается в том, что медицинский работник в повседневной жизни должен выработать у себя привычку задавать себе вопросы:

«Как моя мимика?»;

«Как мои мышцы?»;

«Как я дышу?»;

«Нет ли учащенного дыхания с сокращенной фазой выдоха?»;

«Не скован ли?».

Повторять эти вопросы следует как можно чаще в любых сложных жизненных и опасных ситуациях (рис. 12). При выявлении нежелательных признаков (искаженной мимики, скованности в мышцах из-за их произвольного напряжения, учащенного дыхания) их необходимо произвольно устранить (например, улыбнуться, восстановить мимику спокойствия и уверенности, преодолеть скованность – расслабить мышцы, сделать 2–3 глубоких вдоха и выдоха – сбить учащенное дыхание, а затем стараться дышать так, чтобы выдох и пауза были длительными и занимали примерно  $\frac{3}{4}$  всего дыхательного цикла [14].



**Рис. 12.** Развитие культуры эмоций в повседневной деятельности  
(по Марищуку В.Л., Евдокимову В.И., 2001).

Особое внимание должно уделяться разъяснению необходимости обучения произвольному расслаблению мышц, так как далеко не все люди способны сразу же устранять

их скованность. Расслабление мышц также занимает важное место в формировании упражнений аутогенной тренировки и других техник оптимизации психофизиологического состояния человека.

Опрос врачей-травматологов, изучивших и применяющих методику «Самоконтроль-саморегуляция» в исследованиях А.И. Губина (2009), выявил ее достаточно высокую эффективность для развития культуры эмоций в повседневной деятельности. Оценка своего эмоционального состояния и уяснение возможных проявлений компонентного состава профессионального выгорания позволяли в сложных и экстремальных ситуациях врачам вести себя более адекватно. Они стали более ответственно относиться к своей профессиональной деятельности, к пациентам и коллегам. Нормализация психического состояния повышала уверенность в собственных силах, способствовала профессиональной эффективности и оптимизации оценок качества жизни [ 5 ].

На организационном уровне в профилактику профессионального выгорания должны активно включаться руководители медицинских подразделений. Ниже приводятся некоторые организационные мероприятия, рекомендованные руководителям медицинских подразделений, из пособия П.И. Сидорова, А.Г. Соловьева и И.А. Новиковой [20].

*Руководитель (главный врач) лечебно-профилактического учреждения должен:*

- ◆ организовать информирование сотрудников о феномене профессионального выгорания и факторах риска его формирования;
- ◆ организовать диагностику симптомов профессионального выгорания у персонала лечебного учреждения;
- ◆ осуществлять перевод сотрудника с его согласия в другие подразделения учреждения;
- ◆ создавать условия для профессионального и квалификационного роста персонала учреждения;
- ◆ поощрять обучение сотрудников;

- ◆ повышать собственную социально-психологическую компетенцию;
- ◆ участвовать в решении жилищно-бытовых вопросов;
- ◆ при необходимости предоставлять сотрудникам краткосрочный отпуск или отпуск по частям;
- ◆ осуществлять гибкий и адекватный стиль руководства;
- ◆ организовывать слаженную и гибкую работу подразделений учреждения;
- ◆ осуществлять адекватный подбор руководителей подразделений;
- ◆ оказывать помощь молодым специалистам по профессиональной адаптации;
- ◆ внедрять новые формы финансового стимулирования труда сотрудников;
- ◆ организовать проведение конкурсов в учреждении: «Лучший врач года», «Лучшая медсестра года»;

*Заместитель руководителя учреждения по работе с сестринским персоналом (главная медсестра учреждения) должен:*

- ☉ организовать информирование средних и младших медицинских работников о феномене профессионального выгорания и факторах риска его формирования;
- ☉ организовать диагностику симптомов профессионального выгорания у среднего и младшего медицинского персонала;
- ☉ осуществлять перевод сотрудника с его согласия в другие подразделения учреждения;
- ☉ создавать условия для профессионального и квалификационного роста персонала учреждения;
- ☉ поощрять обучение сотрудников;
- ☉ повышать собственную социально-психологическую компетенцию;
- ☉ осуществлять гибкий и адекватный стиль руководства;
- ☉ организовывать слаженную и гибкую работу подразделений учреждения;

☉ оказывать помощь молодым специалистам по профессиональной адаптации;

☉ предоставлять средний и младший медицинский персонал для поощрений, в том числе финансового и иного стимулирования их труда;

☉ проводить адекватный подбор среднего и младшего медицинского персонала в отделениях;

☉ организовать проведение конкурсов «Лучшая медсестра года».

*Заведующий отделением должен:*

- информировать сотрудников отделения о феномене профессионального выгорания и факторах риска его формирования;

- проводить диагностику симптомов профессионального выгорания у сотрудников отделения;

- осуществлять диагностику социально-психологического климата в коллективе отделения и проводить мероприятия по его улучшению;

- организовывать слаженную работу отделения;

- при необходимости изменять график работы или дежурств сотрудников отделения;

- обучать сотрудников отделения новым методическим приемам в работе с учетом специфики пациентов;

- совершенствовать стиль ведения лечебного процесса;

- проводить анализ и разбор с коллективом каждый случай некорректных межличностных отношений и ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей;

- осуществлять наставничество молодых специалистов.

*Старшая медицинская сестра отделения должна:*

- ♥ осуществлять диагностику социально-психологического климата в коллективе среднего и младшего медицинского персонала отделения и проводить мероприятия по его улучшению;

- ♥ организовывать слаженную работу среднего и младшего медицинского персонала отделения;



♥ идти навстречу пожеланиям работников и при необходимости изменять график работы;

♥ осуществлять наставничество молодого персонала.

Комплекс факторов, снижающих вероятность риска возникновения профессионального выгорания у менеджеров Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой (2008) сведены в табл. 9. Данная схема может быть полезна при совершенствовании межличностных отношений в профессиональных коллективах медицинских работников.

**Таблица 9**

Факторы, снижающие риск профессионального выгорания

Направленность	Фактор
Базисные личностные свойства	Общительность и социальная смелость (факторы <i>A</i> и <i>H</i> по Р. Кэттеллу), высокая экспрессивность (фактор <i>F</i> ), практичность (фактор <i>M</i> ), средние значения конформизма и подозрительности (соответственно факторы <i>Q<sub>2</sub></i> и <i>L</i> ), эмоциональная устойчивость (фактор <i>C</i> ) адекватная самооценка (фактор <i>MD</i> ), оптимизм, склонность к гипертимности как акцентуации характера, высокая мотивация саморазвития и профессионального роста
Модели преодолевающего поведения в трудных или критических ситуациях	Просоциальные модели поведения (расширение социальных контактов, поиск социальной и профессиональной поддержки). Проблемно-ориентированные модели поведения – уверенные и активные действия, направленные на изменение ситуации и разрешение проблемы. Эмоционально сфокусированный копинг-дистанцирование, позитивная переоценка, рационализация, самоконтроль и самообладание. Владение широким репертуаром копинг-стратегий и гибкость их применения в соответствии с ситуацией
Поведение в конфликтах	Ориентация на конструктивные способы разрешения конфликтов (компромисс, сотрудничество)
Коммуникативные умения	Креативность подхода к решению профессиональных задач, высокий уровень коммуникативных умений, умение формировать команду и воспитывать лидеров, умение влиять на других и понимание особенностей управленческого труда, высокий уровень управленческих умений

## Приложение

### Опросник «Профессиональное выгорание» для медицинских работников в адаптации Н.В. Водошняновой (2001)

Инструкция. Уважаемый коллега, здесь нет «правильных» и «неправильных» ответов, Важно знать Ваше отношение к воображаемой ситуации. Долго не задумывайтесь над ответом, наиболее правильный тот, который приходит сразу после прочтения утверждения.

При ответе на утверждение обведите в регистрационном бланке ту цифру, которая в большей степени отражает степень выраженности Вашего психического состояния.

1. Я чувствую себя эмоционально опустошенным(ой).
2. К концу рабочего дня я чувствую себя выжатой как лимон.
3. Я чувствую себя усталым(ой), когда встаю утром и должен (должна) идти на работу.
4. Я хорошо понимаю, что чувствуют мои пациенты, и использую это для более успешного лечения.
5. Я общаюсь с моими пациентами только формально, без лишних эмоций и стремлюсь свести время общения с ними до минимума.
6. Я чувствую себя энергичным(ой) и эмоционально приподнятым(ой).
7. Я умею находить правильное решение в конфликтных ситуациях с больными и их родственниками.
8. Я чувствую угнетенность и апатию.
9. Я могу позитивно влиять на самочувствие и настроение пациентов.
10. В последнее время я стал(а) более черствым(ой) (бесчувственной) по отношению к больным.
11. Как правило, окружающие меня люди слишком много требуют от меня. Они скорее утомляют, чем радуют меня.
12. У меня много планов на будущее, я верю в их осуществление.
13. Я испытываю все больше жизненных разочарований.

14. Я чувствую равнодушие и потерю интереса ко многому, что радовало меня раньше.

15. Бывает, мне действительно безразлично то, что происходит с некоторыми моими больными.

16. Мне хочется уединиться и отдохнуть от всего и всех.

17. Я легко могу создать атмосферу доброжелательности и оптимизма в отношениях с моими коллегами и в отношениях с моими больными.

18. Я легко общаюсь с больными и их родственниками независимо от их социального статуса и характера.

19. Я многое успеваю сделать за день.

20. Я чувствую себя на пределе возможностей.

21. Я много еще смогу достичь в своей жизни.

22. Больные, как правило, – неблагодарные люди.

### Регистрационный бланк

№ вопроса	Никогда	Очень редко	Редко	Иногда	Часто	Очень часто	Ежедневно
1	0	1	2	3	4	5	6
2	0	1	2	3	4	5	6
3	0	1	2	3	4	5	6
4	0	1	2	3	4	5	6
5	0	1	2	3	4	5	6
6	0	1	2	3	4	5	6
7	0	1	2	3	4	5	6
8	0	1	2	3	4	5	6
9	0	1	2	3	4	5	6
10	0	1	2	3	4	5	6
11	0	1	2	3	4	5	6
12	0	1	2	3	4	5	6
13	0	1	2	3	4	5	6
14	0	1	2	3	4	5	6
15	0	1	2	3	4	5	6
16	0	1	2	3	4	5	6
17	0	1	2	3	4	5	6
18	0	1	2	3	4	5	6
19	0	1	2	3	4	5	6
20	0	1	2	3	4	5	6
21	0	1	2	3	4	5	6
22	0	1	2	3	4	5	6

### Ключи для обработки данных

Субшкала теста	Утверждение
Эмоциональное истощение	+1, +2, +3, -6, +8, +13, +14, + 16, +20
Деперсонализация	+5, +10, +11, +15, +22
Редукция личных достижений	+4, +7, +9, +12, +17, +18, +19, +21

Баллы значимых утверждений (см. таблицу выше) следует суммировать. Показатель 6-го вопроса имеет обратную направленность (показатель «ежедневно» соответствует нулевому значению), поэтому его результаты следует вычитать.

### Оценка уровня профессионального выгорания (русская выборка), балл

Субшкала теста	Уровень выраженности			Средние данные
	низкий	средний	высокий	
Эмоциональное истощение	0–15	16–24	25 и больше	19,7
Деперсонализация	0–5	6–10	11 и больше	7,8
Редукция личных достижений	37 и больше	36–31	30 и меньше	32,9

## ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнов А.В. Изучение синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов и методы его профилактики : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Арутюнов А.В. ; [Ин-т повышения квалификации ФМБА России]. – М., 2004. – 27 с.
2. Безносов С.П. Профессиональная деформация личности / С.П. Безносов ; под ред. В.П. Сальникова ; МВД России. – СПб. : Речь, 2004. – 271 с.
3. Бойко В.В. Энергия эмоций в обращении : взгляд на себя и других / В.В. Бойко. – М.: Филин, 1996. – 470 с.
4. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – 2-е изд. – М. [и др.] : Питер, 2008. – 336 с. – (Практ. психология).
5. Губин А.И. Профессиональное выгорание у врачей-травматологов и его профилактика : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Губин А.И. ; [Воронеж. гос. мед. акад. им. Н.Н. Бурденко]. – Воронеж, 2009. – 22 с.
6. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 : Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда / Всемир. организация здравоохранения. – Женева : ВОЗ, 2001. – 178 с.
7. Евдокимов В.И. Влияние семейных отношений на профессиональное выгорание медицинских сестер / В.И. Евдокимов, Г.Н. Ролдугин, Н.В. Хмелинина // Вестн. психотерапии. – 2010. – № 33(38). – С. 104–112.
8. Евдокимов В.И. Оценка влияния проактивного копинг-поведения на профессиональное выгорание среднего медицинского персонала / В.И. Евдокимов, Г.Н. Ролдугин, Н.В. Хмелинина // Вестн. психотерапии. – 2009. – № 31 (36). – С. 100–111.
9. Евдокимов В.И. Эмоциональные состояния в экстремальных условиях деятельности и их коррекция / В.И. Евдокимов, В.Л. Марищук, А.И. Губин // Вестн. психотерапии. – 2008. – № 26(31). – С. 56–66.
10. Конечный Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. – 2-е изд. – Прага : Авиценум : Мед. изд-во, 1983. – 405 с.
11. Кузьмина Ю.М. Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности специалистов социальной работы : проявление и профилактика : монография / Ю.М. Кузьмина ; Казан. гос. технологич. ун-т. – Казань : КГТУ, 2007. – 154 с.
12. Куприянов С.Ю. Роль семейных факторов в формировании вариантов нервно-психического механизма патогенеза бронхиальной астмы и их коррекция методом семейной терапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Куприянов С.Ю. ; [С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – Л., 1985. – 17 с.
13. Лукьянов В.В. Защитно-совладающее поведение и синдром «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов и их коррекция и

влияние на эффективность лечения больных : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Лукьянов В.В. ; [С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, Курск. гос. ун-т]. – СПб., 2007. – 53 с.

14. Маришук В.Л. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса / В.Л. Маришук, В.И. Евдокимов. – СПб. : Сентябрь, 2001. – 260 с.

15. Орел В.Е. Синдром психического выгорания личности / В.Е. Орел ; Ин-т психологии РАН. – М., 2005. – 329 с.

16. Оценка профессионального выгорания у медицинских работников: метод. рекомендации / В.И. Евдокимов, И.Э. Есауленко, А.И. Губин, В.И. Попов ; Воронеж. гос. мед. акад. им. Н.Н. Бурденко, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. – Воронеж ; СПб. : Политехника-сервис, 2009. – 82 с.

17. Профилактика психологического стресса и эмоционального выгорания у медицинских работников : учеб.-метод. пособие / сост.: Ф.Ф. Гатин [и др.] ; Респ. центр психотерапии Респ. клинич. психиатрич. больницы им. В.М. Бехтерева М-ва здравоохранения Респ. Татарстан. – Казань : Медицина, 2007. – 83 с.

18. Рыбина О.В. Психологические характеристики врачей в состоянии профессионального стресса : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Рыбина О.В. ; [С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева] – СПб., 2005. – 24 с.

19. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье. – М. : Медицина, 1960. – 254 с.

20. Сидоров П.И. Синдром профессионального выгорания : учеб. пособие / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова ; Сев. гос. мед. ун-т. – Архангельск : Изд. центр СГМУ, 2007. – 176 с.

21. Старченкова Е.С. Концепция проактивного совладающего поведения / Е.С. Старченкова // Вестн. С-Петербург. ун-та. Сер. 12. Психология, социология, педагогика. – 2009. – Вып. 3, ч. 1. – С. 198–204.

22. Ушаков И.Б. Функциональная надежность и функциональные резервы летчика / И.Б. Ушаков, П.М. Шалимов // Вестн. РАМН. – 1996. – № 7. – С. 26–31.

23. Чехов А.П. Палата № 6 // Полн. собр. соч. : в 30 т. / А.П. Чехов. – М. : Наука, 1986. – Т. 8 : 1892–1896. – С. 72–126.

24. Эмоциональное выгорание у медсестер психиатрической больницы / О.Ю. Смирнова, А.В. Худяков, Т.Г. Мартисен [и др.] // Мед. сестра. – 2007. – № 1. – С. 34–36.

25. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция / Л.Н. Юрьева. – Киев : Сфера, 2004. – 271 с.

26. Burisch M. In search of a theory: some ruminations on the nature and etiology of burnout / M. Burisch // Professional burnout: recent developments in theory and research / Ed. W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek. – Washington : London : Taylor & Francis, 1993. – P. 75–93.

27. Byrne B.M. Burnout: testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate, and secondary teachers / B.M. Byrne // *Americal Educational Research J.* – 1994. – Vol. 31, N 3. – P. 645–673.
28. Daniel J. Psycholological burnout in professional with permanent communication / J. Daniel, I. Shabo // *Studia–Psychologica.* – 1993. – Vol. 35, N 4/5. – P. 412–414.
29. Dietzel L.C. Predctors of emotional exhaustion amont nonresidential staff persons / L.C. Dietzel, R.D. Coursey // *Psychiatric Rehabilitatin J.* – 1998. – Vol. 21, N 4. – P. 340–348.
30. Freudenberger H.J. Staff burn-out / H.J. Freudenberger // *J. of Social Sciences.* – 1974. – Vol. 30, N 1. – P. 159–165.
31. Greenglass E.R. A gender-role perspective of coping and burnout / E.R. Greenglass, R.J. Burke, M. Ondrack // *Applied Psychology An International Review.* – 1990. – Vol. 39, N 1. – P. 5.
32. Greenglass E.R. Components of burnout, resources, and gender-related differences / E.R. Greenglass, R.J. Burke, R. Konarski // *J. of Applies Social psychology.* – 1998. – Vol. 28, N 12. – P. 1088–1106.
33. Masiach C. Maslach Burnout Inventory (MBI) Manual / C. Masiach, S.E. Jackson, M.P. Leiter. – Palo Alto, California : Consulting Psychological Press [Inc.], 1996. – 52 p.
34. Ogus E.D. Gender-role differences, work stress and depersonaliza-tion / E.D. Ogus, E.R. Greenglass, R.J. Burke // *J. of Social Behavior and Personality.* – 1990. – Vol. 5, N. 5. – P. 387–398.
35. Perlman B. Burnout: summary and future research / B. Perlman, E.A. Hartman // *Human relations.* – 1982. – Vol. 35, N 4.
36. Personality characteristics and proneness to burnout: A study among physchiatrists / F.S. Naisberg, S. Fennig, G. Keinan, A. Elizur // *Stress Medicine.* – 1991. – Vol. 17. N 4. – P. 201–205.
37. Tang C.S-K. Gender role stress and burnout in Chinese human service professionals in Hogn Kong / C.S-K. Tang, B.H-B. Lau // *Anxiety, Stress and Coping: An International J.* 1996. – Vol. 9, N. 3. – P. 217–227.
38. Van Wijk C. Factors influencing burnout and job stress among military nurses / C. Van Wijk // *Military Medicine.* – 1997. – Vol. 162, N 10. – P. 707–710.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение .....	3
1. Теоретические концепции профессионального выгорания .....	7
2. Формирование профессионального выгорания у медицинских работников .....	19
3. Результаты выраженности профессионального выгорания у средних медицинских работников ..	25
4. Профилактика профессионального выгорания ..	42
Приложение .....	50
Литература .....	53

Евдокимов Владимир Иванович – профессор учебного отдела Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (1940044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), доктор медицинских наук профессор, тел. (812) 933-46-16, e-mail: evdok@omnisp.ru;

Ролдугин Геннадий Николаевич – начальник ФГУЗ МСЧ-33 ФМБА России (396072, Воронежская обл., г. Нововоронеж, ул. Космонавтов, д. 18), доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, тел. (47362) 2-45-35;

Хмелинина Наталья Валентиновна – заместитель начальника по управлению сестринским персоналом ФГУЗ МСЧ № 33 ФМБА России (396072, Воронежская обл., г. Нововоронеж, ул. Космонавтов, д. 18), тел. (47364) 2-44-42.

Компьютерная верстка Евдокимова Л.Н.

Корректор Иванчикова Л.С.

Отпечатано в полном соответствии с представленным оригинал-макетом

---

Подписано в печать 20.06.2010 г. Объем 4,2 печ. л.

Формат 60 × 88/16 Тираж 200 экз.

---