

# ПРОФЕССИЯ И ЗДОРОВЬЕ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 614.253.83

**Кобякова О.С., Деев И.А., Куликов Е.С., Хомяков К.В., Тюфилин Д.С., Загрямова Т.А., Балаганская М.А.**

## ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ ВРАЧЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 634050, г. Томск

**Введение.** Профессиональное выгорание (ПВ) — распространённое явление среди врачей, что подтверждают данные ряда зарубежных исследований. Развитие ПВ коррелирует с частотой медицинских ошибок и оттоком кадров из отрасли, при этом отсутствуют исследования, посвящённые поиску различий в формировании ПВ у разных медицинских специалистов, что необходимо для более детального планирования мер по снижению распространённости указанного синдрома.

**Материал и методы.** В данном исследовании использован опросник MBI (Maslach Burnout Inventory) для оценки уровня выгорания с добавленными вопросами, позволяющими оценить интенсивность труда врачей. Все врачи были стратифицированы в 4 группы по профилю специальности (терапевтического, хирургического, диагностического и организационно-методического профиля).

**Результаты.** В исследовании приняли участие 1668 врачей. Полученные данные позволили выявить различия в их трудовой активности и уровне ПВ в разрезе специальностей, а также город/село. Наибольшая интенсивность работы была характерна для врачей хирургического профиля, для их коллег из группы организационного и диагностического профиля зафиксирована наименьшая интенсивность труда, а для врачей терапевтического профиля она оказалась на среднем уровне. Признаки ПВ были характерны для всех групп специальностей, при этом менее 1/5 всех врачей имели низкую степень данного синдрома. Уровень ПВ у врачей терапевтического профиля из села был выше, чем в городе, по всем параметрам, а у хирургов отличался за счёт деперсонализации независимо от места работы.

**Обсуждение.** Полученные данные позволяют достоверно судить о необходимости разработки профилактических мероприятий с учётом различий формирования ПВ у представителей разных медицинских специальностей, а также диктуют необходимость дальнейшего изучения факторов развития ПВ у медицинских работников.

Ключевые слова: профессиональное выгорание; эмоциональное истощение; деперсонализация; профессиональная успешность; кадровая политика.

**Для цитирования:** Кобякова О.С., Деев И.А., Куликов Е.С., Хомяков К.В., Тюфилин Д.С., Загрямова Т.А., Балаганская М.А. Профессиональное выгорание врачей различных специальностей. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2017; 61(6): 322—329.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2017-61-6-322-329>

**Kobyakova O.S., Deev I.A., Kulikov E.S., Khomyakov K.V., Tyufilin D.S., Zagromova T.A., Balaganskaya M.A.**

## THE PROFESSIONAL BURNOUT OF PHYSICIANS OF VARIOUS SPECIALTIES

The Siberian State Medical University, Tomsk, 634050, Russian Federation

**Introduction.** The professional burnout is a prevalent phenomenon among physicians confirmed by data of a number of foreign studies. The development of professional burnout correlates with rate of medical mistakes and outflow of personnel from the field. At that, there is no studies related to searching of differences in development of professional burnout in various medical specialties which is required for detailed planning of measures on decreasing of prevalence of the mentioned syndrome.

**Material and methods.** The questionnaire MBI (Maslach burnout Inventory) was applied for assessing the level of burnout. a number of originally developed questions was added to establish intensity of labor of physicians. all physicians were stratified on four groups according the profile of specialty (therapeutic, surgical, diagnostic and organizational methodological profiles).

**Results.** The study covered sampling of 1,668 physicians. The obtained data permitted to establish differences in their labor activities and level of professional burnout as related to particular specialties, including urban/rural characteristics. The maximal intensity of labor was specific for physicians of surgical profile. The minimal intensity of labor was established for physicians of organizational methodological profile. The physicians of therapeutic profile were characterized by average level of professional burnout. The symptoms of professional burnout were characteristic

*for all groups of specialties. At that, 1/5 of all physicians had a low degree of this syndrome. The level of professional burnout in physicians of therapeutic profile in rural area were higher than in urban area by all parameters. The level of professional burnout in surgeons differed at the expense of depersonalization independently of place of employment.*

**Discussion.** *The obtained data permits to reliably judge about necessity of development of preventive measures with consideration for differences in development of professional burnout in representatives of various medical professions and dictates necessity of further investigation of factors of development of professional burnout in medical specialists.*

**Keywords:** *professional burnout; emotional exhaustion; depersonalization; professional successfulness; manpower policy.*

**For citation:** Kobyakova O.S., Deev I.A., Kulikov E.S., Khomyakov K.V., Tyufilin D.S., Zagromova T.A., Balaganskaya M.A. The professional burnout of physicians of various specialties. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2017; 61 (6): 322—329. (In Russ.)

DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2017-61-6-322-329>

**For correspondence:** Evgeniy S. Kulikov, doctor of medical sciences, associate professor of the chair of general medical practice and polyclinic therapy of the Siberian State Medical University, Tomsk, 634050, Russian Federation. E-mail: [evgeny.s.kulikov@gmail.com](mailto:evgeny.s.kulikov@gmail.com)

**Information about authors:**

Kobyakova O.S., <http://orcid.org/0000-0003-0098-1403>

Deev I.A., <http://orcid.org/0000-0002-4449-4810>

Kulikov E.S., <http://orcid.org/0000-0002-0088-9204>

Khomyakov K.V., <http://orcid.org/0000-0002-0706-0255>

Tyufilin D.S., <http://orcid.org/0000-0002-9174-6419>

Zagromova T.A., <http://orcid.org/0000-0001-5641-5094>

Balaganskaya M.A., <http://orcid.org/0000-0002-7072-4130>

**Acknowledgment.** The study had no sponsorship.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

Received 11 July 2017

Accepted 08 August 2017

## Введение

Среди представителей различных видов «помогающих» профессий, к которым относятся и медицинские работники, довольно часто встречается синдром профессионального выгорания (ПВ), характеризующийся эмоциональным истощением, деперсонализацией и снижением личностных достижений, что продемонстрировано во многих зарубежных исследованиях. Так, P. Mordant и соавт. [1] в результате определения уровня выгорания среди ординаторов хирургов-онкологов ( $n = 162$ ) в Европе выявили его высокую (25%) распространённость, а по результатам анкетирования, проведённого J.K. Soler и соавт. [2], среди семейных врачей, работающих в различных медицинских организациях Европы ( $n = 1393$ ), 2/3 имели явные признаки данного синдрома.

В анализе, проведённом А.Б. Леоновой и М.А. Багрий [3], были определены различия трудовых параметров у врачей различных специальностей и продемонстрирована корреляция между этими параметрами и выраженностью стресса. Различия в уровне ПВ между представителями разных медицинских специальностей подтверждаются и рядом зарубежных исследований. Так, по данным T.D. Shanafelt и соавт. [4], проанкетировавших 6880 врачей, наиболее высокая распространённость данного синдрома характерна для врачей неотложной помощи (более 70%), уроло-

гов, врачей-реабилитологов (63,6%), семейных докторов (63%) и радиологов (61,4%). Стоит отметить, что этими же авторами была установлена корреляция высокого уровня ПВ с увеличением риска медицинских ошибок, такая же зависимость была продемонстрирована и в других крупных исследованиях, которые позволяют достоверно судить об актуальности изучения синдрома ПВ у медицинских работников [5, 6]. Кроме того, очевидна взаимосвязь развития ПВ у медицинских работников с оттоком специалистов из отрасли, что в свою очередь обуславливает проблему кадрового дефицита в здравоохранении.

В отечественной литературе имеются публикации исследований, посвящённых данной тематике, однако следует отметить, что в большинстве из них или не используются стандартизованные международные инструменты, что исключает возможность сопоставления данных исследований, или размер выборки не является в должной степени репрезентативным [7, 8].

В этой связи для восполнения указанного пробела целью данного исследования стало изучение степени и распространённости ПВ у врачей различных специальностей на репрезентативной выборке специалистов из Томской области с использованием международных валидированных методов оценки, а также поиск различий трудовых параметров, которые могут оказывать влияние на уровень ПВ.

## Материал и методы

Для оценки уровня ПВ медицинских работников в Томской области было спланировано и проведено одномоментное сравнительное исследование ([http://www.ssmu.ru/ru/nauka/projekts/med\\_work](http://www.ssmu.ru/ru/nauka/projekts/med_work)). Всего было задействовано 76 медицинских организаций всех форм собственности, различных по ведомственной принадлежности (20 организаций расположены в районных центрах Томской области (далее — сельские), 55 — в Томске и одно учреждение — в ЗАТО Северск (далее — городские)), в исследовании приняли участие более 4 тыс. ( $n = 4155$ ) медицинских работников, из них 1668 — врачи. Протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «СибГМУ» Минздрава России (заключение № 3827 от 29.09.2014).

Для оценки ПВ использовали опросник МВИ (Maslach Burnout Inventory) [9, 10], который имеет 3 шкалы:

- эмоциональное истощение (9 утверждений) — проявляется сниженным эмоциональным фоном, равнодушием;
- деперсонализация (5 утверждений) — высокие баллы по этой шкале означают деформацию отношений с другими людьми, проявляющуюся усилением негативизма, циничностью установок и чувств по отношению к пациентам;
- уровень профессиональной успешности (8 утверждений) — тенденция негативно оценивать себя, занижать свои профессиональные достижения и успехи.

Ответы респондента оцениваются по шкале от 0 до 6 баллов, где 0 — утверждение не встречается никогда и 6 баллов — каждый день, при этом, чем больше сумма баллов по каждой шкале в отдельности, тем больше у респондента выражены различные аспекты выгорания, а о степени выго-

рания можно судить по сумме баллов всех шкал. Для оценки степени ПВ рассчитывался интегральный показатель (по методике Н.Е. Водопьяновой). Низкая степень ПВ соответствовала 3—4 баллам интегрального показателя, средняя — 5—6 баллам, высокая 7—9 баллам и крайне высокая степень 10 баллам и больше.

Дополнительно к опроснику МВИ были добавлены вопросы позволяющие оценить интенсивность труда врачей.

Анкета была представлена в электронном виде и размещена на сайте <http://www.golosaonline.ru/medto>. Участие в опросе для всех медицинских работников было анонимным и добровольным. Заполненная анкета считалась подписанным информированным согласием респондента на участие в исследовании и разрешением на обработку предоставленных данных, о чем свидетельствовала запись в начальной части опросника.

Для статистической обработки результатов исследования использовался пакет программ Statistica for Windows 10.0. Качественные данные представлены в виде абсолютных или относительных (в %) частот, количественные — в виде  $X \pm x$ , где  $X$  — среднее арифметическое,  $x$  — стандартное отклонение. Нулевая гипотеза (об отсутствии различия значений между группами) отвергалась при  $p < 0,05$ .

## Результаты

### Характеристика медицинских работников, принявших участие в исследовании

В исследовании приняли участие 1668 врачей, из которых каждый пятый работал в сельских учреждениях здравоохранения Томской области (в городе  $n = 1320$  — 79,1%; в селе  $n = 348$  — 20,9%).

Все врачи, принявшие участие в исследовании, были стратифицированы в 4 укрупнённые группы

Таблица 1

Возрастная и трудовая характеристика врачей по профилям специальностей

| Параметр   | Врачи ( $n = 1668$ )                   |                                      |  |   |
|--|--|--------------------------------------|--|---|
|  | терапевтического профиля ( $n = 904$ ) | хирургического профиля ( $n = 488$ ) | диагностического профиля ( $n = 185$ ) | организационно-методического профиля ( $n = 91$ ) |
| Возраст, годы  | 43,1 ± 12,0                            | 42,3 ± 11,1                          | 42,6 ± 11,6                            | 45,5 ± 11,0                                       |
| Число учреждений, в которых одновременно работает респондент               | 1,3 ± 0,7 <sup>2,3,4</sup>             | 1,4 ± 0,7 <sup>1,4</sup>             | 1,4 ± 0,7 <sup>1,4</sup>               | 1,1 ± 0,5 <sup>1,2,3</sup>                        |
| Общий медицинский стаж, годы   | 18,4 ± 11,7                            | 18,0 ± 11,1 <sup>4</sup>             | 17,8 ± 11,8 <sup>4</sup>               | 20,7 ± 11,5 <sup>1,3</sup>                        |
| Общее число занимаемых ставок по медицинской должности во всех учреждениях | 1,2 ± 0,5 <sup>2</sup>                 | 1,4 ± 0,6 <sup>1,3,4</sup>           | 1,2 ± 0,6 <sup>2</sup>                 | 1,1 ± 0,4 <sup>2</sup>                            |
| Общая продолжительность рабочего дня, часы                                 | 8,3 ± 3,0 <sup>**,**,*#</sup>          | 8,9 ± 3,8 <sup>**,**,*#</sup>        | 8,0 ± 3,1 <sup>**,**,*#</sup>          | 8,5 ± 1,4 <sup>**,**,*#</sup>                     |
| Среднее число ночных (по 12 ч) дежурств в месяц, ед.                       | 1,6 ± 8,7 <sup>**,*#</sup>             | 3,2 ± 4,1 <sup>**,**,*#</sup>        | 1,3 ± 2,8 <sup>**,*#</sup>             | 0,5 ± 1,5 <sup>**,**,*#</sup>                     |

Примечание. Здесь и в табл. 4:<sup>1</sup> —  $p < 0,05$  при сравнении с группой терапевтов; <sup>2</sup> —  $p < 0,05$  при сравнении с группой хирургов; <sup>3</sup> —  $p < 0,05$  при сравнении с группой диагностов; <sup>4</sup> —  $p < 0,05$  при сравнении с группой организаторов.



Таблица 2

Характеристика городских и сельских врачей по профилям специальностей

| Параметр   | Терапевты (n = 904) |                | Хирурги (n = 488) |               | Диагносты (n = 185) |               | Организаторы (n = 91) |               |
|--|---------------------|----------------|-------------------|---------------|---------------------|---------------|-----------------------|---------------|
|  | город (n = 694)     | село (n = 210) | город (n = 408)   | село (n = 80) | город (n = 156)     | село (n = 29) | город (n = 62)        | село (n = 29) |
| Возраст, годы  | 43,2 ± 12,0         | 43,0 ± 12,0    | 42,4 ± 10,9       | 41,4 ± 12,0   | 43,0 ± 11,6         | 40,4 ± 11,9   | 46,5 ± 11,1           | 43,6 ± 10,8   |
| Число учреждений, в которых одновременно работает респондент               | 1,3 ± 0,7*          | 1,2 ± 0,5      | 1,5 ± 0,7*        | 1,2 ± 0,4     | 1,4 ± 0,8*          | 1,1 ± 0,3     | 1,2 ± 0,5             | 1,1 ± 0,4     |
| Общий медицинский стаж, годы   | 18,3 ± 11,7         | 18,8 ± 11,9    | 18,2 ± 10,9       | 17,1 ± 12,1   | 18,2 ± 11,8         | 15,8 ± 11,6   | 21,4 ± 11,8           | 19,2 ± 10,8   |
| Общее число занимаемых ставок по медицинской должности во всех учреждениях | 1,2 ± 0,5           | 1,3 ± 0,5      | 1,4 ± 0,6         | 1,5 ± 0,7     | 1,2 ± 0,6           | 1,3 ± 0,5     | 1,1 ± 0,4             | 1,2 ± 0,4*    |
| Общая продолжительность рабочего дня, часы                                 | 8,3 ± 3,2           | 8,1 ± 2,1      | 8,8 ± 3,7         | 9,4 ± 4,1     | 8,1 ± 3,3           | 7,4 ± 1,7     | 8,7 ± 1,4*            | 8,1 ± 1,2     |
| Среднее число ночных (по 12 ч) дежурств в месяц                            | 1,5 ± 9,8           | 1,9 ± 3,3*     | 2,7 ± 3,5         | 5,8 ± 5,8*    | 1,1 ± 2,4           | 1,9 ± 4,5     | 0,4 ± 1,3             | 0,6 ± 1,8     |

Примечание. \* —  $p < 0,05$  при сравнении село - город.

в соответствии с профилями специальности, которые определяются приказом Минздрава России от 07.10.2015 № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование».

В 1-ю группу вошли специалисты терапевтического профиля («Терапевты»), такие как врач-гастроэнтеролог, педиатр, врач по лечебной физкультуре, врач-стоматолог-терапевт, врач общей практики (семейный врач), врач-неонатолог, врач-терапевт участковый, врач-оториноларинголог, невролог, инфекционист, нефролог, пульмонолог, кардиолог, психиатр-нарколог участковый, клинический фармаколог, эндокринолог, фтизиатр и другие. Во 2-ю группу включены специалисты хирургического профиля (хирурги): врач-акушер-гинеколог, врач-анестезиолог-реаниматолог, врач-травматолог-ортопед, врач-колопроктолог, врач-хирург, врач-уролог и другие. В 3-ю группу были включены специалисты диагностического профиля: врач-рентгенолог, врач ультразвуковой диагностики, врач функциональной диагностики, врач-лаборант, врач клинической лабораторной диагностики), в 4-ю группу — специалисты организационно-методического профиля: врачи-статистики, заведующие структурными подразделениями, а также главные врачи.

В табл. 1 представлена характеристика интенсивности труда в этих укрупнённых группах, а также демографические показатели.

Врачи организационно-методической группы в среднем оказались статистически старше и имели больший стаж работы, чем врачи хирургических (возраст —  $45,5 \pm 11$  лет против  $42,3 \pm 11,1$  года;  $p = 0,01$ ; стаж —  $20,7 \pm 11,5$  года против  $18,0 \pm 11,1$  года;  $p = 0,037$ ) и диагностических (возраст —  $45,5 \pm 11$  лет против  $42,6 \pm 11,6$  года;  $p = 0,031$ ; стаж —  $20,7 \pm 11,5$  года против  $17,8 \pm 11,8$  года;  $p = 0,034$ ) специальностей, при этом средний возраст и стаж остальных врачей были сопоставимы (см. табл. 1).

Относительно трудовых параметров отмечено статистически значимое различие по каждому из них в большинстве групп специалистов: врачи-хирурги имели большее количество ставок ( $1,4 \pm 0,6$ ;

Таблица 3

Структура распространённости степеней ПВ среди врачей различных специальностей (в %)

| Степень ПВ     | Терапевты | Хирурги | Диагносты | Организаторы |
|----------------|-----------|---------|-----------|--------------|
| Крайне высокая | 35,51     | 32,99   | 27,42     | 31,87        |
| Высокая        | 25,55     | 34,02   | 35,48     | 29,67        |
| Средняя        | 20,46     | 15,37   | 19,35     | 23,08        |
| Низкая         | 18,14     | 17,01   | 17,20     | 13,19        |
| Нет ПВ         | 0,33      | 0,61    | 0,54      | 2,20         |

$p < 0,02$ ), ночных ( $3,2 \pm 4,1$ ;  $p < 0,01$ ) дежурств в месяц, чем остальные группы специалистов, при этом врачи-организаторы оказались в обратной ситуации по последним двум параметрам ( $0,5 \pm 1,5$ ;  $0,3 \pm 1,0$ ;  $p < 0,03$ ).

Наименьшая общая продолжительность рабочего дня отмечена для врачей-диагностов ( $8,0 \pm 3,1$  час;  $p < 0,001$ ), наибольшая — для хирургов ( $8,9 \pm 3,8$ ) и организаторов ( $8,5 \pm 1,4$ ).

На основании анализа этих же трудовых параметров по профилям медицинских специальностей в разрезе город (врачи лечебных учреждений Томска и Северска) и село (врачи из медицинских организаций районных центров Томской области) установлены различия между врачами городских медицинских организаций и их коллегами из сельских учреждений (табл. 2).

Возраст, общий стаж работы и среднее число суточных дежурств в месяц сельских и городских врачей всех специальностей были сопоставимы между собой.

Врачи всех групп из сельских организаций работали в меньшем числе учреждений ( $p < 0,004$ ), кроме организаторов, для которых в сельских учреждениях, по сравнению с городскими, характерно более высокое число занимаемых ставок ( $1,2 \pm 0,4$  против  $1,1 \pm 0,4$ ;  $p < 0,039$ ), среднее число ( $18,9 \pm 18,3$  против  $10,5 \pm 14,5$ ;  $p < 0,031$ ) пациентов (для заведующих отделениями), а также меньшая общая продолжительность рабочего дня ( $8,1 \pm 1,2$  против  $8,7 \pm 1,4$ ;  $p < 0,009$ ).

Кроме того, для терапевтов и хирургов из сельских организаций по сравнению с их городскими коллегами характерно более высокое число ночных дежурств в месяц (для терапевтов —  $1,9 \pm 3,3$  против  $1,5 \pm 9,8$ ;  $p = 0,042$ ; для хирургов —  $5,8 \pm 5,8$  против  $2,7 \pm 3,5$ ;  $p < 0,001$ ), а также среднее число пациентов ( $29,3 \pm 11,5$  против  $23,5 \pm 26,4$ ;  $p < 0,05$ ).

Следствием подобных различий могут быть разные уровни ПВ у сельских и городских врачей. В этой связи был проведен анализ показателей по уровню ПВ в разрезе специальностей, а также среди городских и сельских специалистов.

### ***Распространённость и степень ПВ врачей в зависимости от профиля специальности***

Структура интегральных значений синдрома ПВ среди врачей различных специальностей по степеням продемонстрирована в табл. 3. Установлено, что признаки ПВ характерны для всех групп специальностей, при этом примерно менее 1/5 всех врачей имеют низкую степень данного синдрома.

Крайне высокая степень ПВ наиболее распространена среди врачей-терапевтов (35,51%) и самая низкая — среди врачей диагностического профиля (31,87%), а наибольшее количество респондентов, у которых отсутствовали признаки

ПВ, отмечена среди врачей организационно-методического профиля (2,2%).

Стоит отметить, что интегральное значение ПВ формируется за счёт высоких оценок по шкалам эмоционального истощения и деперсонализации в совокупности с низкими оценками по шкале персональных достижений, в этой связи для выявления различий необходим анализ структуры ПВ среди врачей различных специальностей по трём субшкалам.

Самый низкий уровень значения субшкалы эмоционального истощения был характерен для врачей диагностического профиля (для терапевтов  $22,1 \pm 12,5$  против  $19,9 \pm 11,5$ ;  $p = 0,028$ , для хирургов  $22,6 \pm 11,8$  против  $19,9 \pm 11,5$ ;  $p = 0,005$ ), при этом у врачей хирургического профиля зарегистрировано статистически большее значение шкалы деперсонализации по сравнению с врачами-диагностами ( $13,9 \pm 5,3$  против  $13,2 \pm 5,0$ ;  $p = 0,039$ ). Для врачей организационно-методического профиля не было выявлено достоверных различий по уровням субшкал в сравнении с другими группами (табл. 4).

Для определения различий в структуре ПВ среди врачей из села и городских врачей был проведен соответствующий анализ (табл. 5).

Как интегральное значение; так и оценки по каждой из трёх шкал ПВ врачей-терапевтов из сельских медицинских организаций ( $8,5 \pm 3,1$ ) были выше, чем у тех, кто работает в городе ( $7,7 \pm 3,2$ ) ( $p < 0,05$ ), при этом врачи-хирурги из города и села были сопоставимы между собой по всем показателям ПВ.

Врачи-диагносты из сельских организаций отличались от своих коллег из города только большей деперсонализацией ( $12,7 \pm 4,5$  против  $15,8 \pm 6,3$ ;  $p < 0,05$ ), а сельские врачи-организаторы оказались в принципе более подверженными ПВ, чем их городские коллеги ( $8,7 \pm 2,4$  против  $7,3 \pm 3,0$ ;  $p < 0,05$ ), но также преимущественно за счёт деперсонализации ( $12,5 \pm 4,5$  против  $14,9 \pm 5,0$ ;  $p < 0,05$ ).

### **Обсуждение**

Таким образом, проведённое одномоментное масштабное исследование распространённости и степени ПВ среди врачей различных специальностей отдельного региона — Томской области — продемонстрировало, что практически все врачи подвержены выгоранию в той или иной степени: только 1% данной популяции не имеют признаков указанного синдрома. При этом 1/3 всех врачей имеют крайне высокую степень ПВ, что сопоставимо с результатами аналогичных зарубежных исследований. Наряду с этим имеется ряд особенностей для каждой группы медицинских специальностей в структуре ПВ по формирующим его трём субшкалам, а также в разрезе город/село.

Наибольшее распространение крайне высокой степени ПВ оказалось характерно для терапевтов

Таблица 4

**Сравнительная характеристика структуры ПВ среди врачей различных специальностей**

| Параметр                    | Врачи (n = 1668)                   |                                  |                                    |  | организационно-методического профиля (n = 91) |
|-----------------------------|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--|---|
|                             | терапевтического профиля (n = 904) | хирургического профиля (n = 488) | диагностического профиля (n = 185) | организационно-методического профиля (n = 185) |   |
| Интегральное значение ПВ    | 7,9 ± 3,2                          | 7,9 ± 3,0                        | 7,6 ± 2,8                          | 7,6 ± 2,8                                      | 7,7 ± 2,9                                     |
| Эмоциональное истощение     | 22,1 ± 12,5 <sup>3</sup>           | 22,6 ± 11,8 <sup>3</sup>         | 19,9 ± 11,5 <sup>1,2</sup>         | 19,9 ± 11,5 <sup>1,2</sup>                     | 20,9 ± 11,2                                   |
| Деперсонализация /цинизм    | 13,3 ± 5,0                         | 13,9 ± 5,3 <sup>3</sup>          | 13,2 ± 5,0 <sup>2</sup>            | 13,2 ± 5,0 <sup>2</sup>                        | 13,2 ± 4,8                                    |
| Профессиональная успешность | 33,1 ± 9,1                         | 33,1 ± 8,4                       | 32,8 ± 8,5                         | 32,8 ± 8,5                                     | 33,2 ± 7,6                                    |

Таблица 5

**Сравнительная характеристика структуры ПВ городских и сельских врачей различных специальностей**

| Параметр                    | Врачи                              |                |                                  |               |                                    |               |   |               |
|-----------------------------|------------------------------------|----------------|----------------------------------|---------------|------------------------------------|---------------|---|---------------|
|                             | терапевтического профиля (n = 904) |                | хирургического профиля (n = 488) |               | диагностического профиля (n = 185) |               | организационно-методического профиля (n = 91) |               |
|                             | город (n = 694)                    | село (n = 210) | город (n = 408)                  | село (n = 80) | город (n = 156)                    | село (n = 29) | город (n = 62)                                | село (n = 29) |
| Интегральное значение ПВ    | 7,7 ± 3,2                          | 8,5 ± 3,1*     | 7,9 ± 3,0                        | 7,7 ± 2,8     | 7,5 ± 2,8                          | 8,1 ± 2,7     | 7,3 ± 3,0                                     | 8,7 ± 2,4*    |
| Эмоциональное истощение     | 21,6 ± 12,6                        | 23,7 ± 11,9*   | 22,7 ± 11,9                      | 22,0 ± 11,6   | 19,4 ± 11,3                        | 22,4 ± 11,9   | 19,5 ± 11,6                                   | 23,8 ± 10,0   |
| Деперсонализация/цинизм     | 13,2 ± 5,2                         | 14,0 ± 4,4*    | 13,9 ± 5,4                       | 14,2 ± 4,8    | 12,7 ± 4,5                         | 15,8 ± 6,3*   | 12,5 ± 4,5                                    | 14,9 ± 5,0*   |
| Профессиональная успешность | 33,6 ± 9,1*                        | 31,3 ± 8,6     | 33,0 ± 8,4                       | 33,3 ± 8,4    | 32,7 ± 8,7                         | 33,8 ± 7,7    | 34,1 ± 8,0                                    | 31,4 ± 6,7    |

Примечание. \* — p < 0,05 при сравнении города с селом.

Таблица 6

**Сравнение результатов исследования структуры ПВ врачей различных специальностей по методике МВИ в мировой практике**

| Показатель ПВ               | РФ, Томская область, 2016 (n = 1668) |                               | Wu H. et al., 2008, Китай (n = 543) |                                   |
|-----------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
|                             | терапевты (n = 904)                  | хирурги (n = 488)             | терапевты (n = 201)                 | хирурги (n = 149)                 |
| Эмоциональное истощение     | 22,1 ± 12,5 (средний уровень)        | 22,6 ± 11,8 (средний уровень) | 10,0 ± 5,12 (низкий уровень)        | 10,6 ± 5,76 (низкий уровень)      |
| Деперсонализация /цинизм    | 13,3 ± 5,0 (высокий уровень)         | 13,9 ± 5,3 (высокий уровень)  | 9,8 ± 4,88, (средний уровень)       | 10,1 ± 5,14 (средний уровень)     |
| Профессиональная успешность | 33,1 ± 9,1 (средний уровень)         | 33,1 ± 8,4 (средний уровень)  | 10,2 ± 5,57 (очень низкий уровень)  | 9,5 ± 5,75 (очень низкий уровень) |

(35,51%), при этом сельские врачи данной группы, имея большее количество пациентов и ночных дежурств по сравнению с «городскими», более подвержены выгоранию, что отражается в высоких значениях как интегрального уровня ПВ, так всех трёх субшкал. Это, по-видимому, связано с тем, что интенсивность труда, а также место работы (город или село) оказывают значительное влияние на развитие данного синдрома у терапевтов.

Врачи-хирурги, работая интенсивнее в сравнении с врачами других специальностей, не продемонстрировали разницы в выгорании между городом и селом, хотя интенсивность работы хирургов в сельских учреждениях была выше, чем в городских. При этом в общей когорте врачи-хирурги характеризовались по сравнению с другими группами повышенной деперсонализацией и цинизмом, которые проявлялись усилением негативизма, циничностью установок и чувств по отношению к пациентам. Данная ситуация, вероятно, связана не с условиями труда этой группы специалистов и местом их работы, а со спецификой их профессиональной деятельности: меньшей потребностью в близком общении с пациентами и углублением в техническую часть оказания медицинской помощи.

Группа врачей, отнесённых к организационно-методическому профилю в сельских медицинских учреждениях по сравнению с городскими отличалась повышенным интегральным значением ПВ, а также субшкалы деперсонализации при большем числе пациентов (процедур/исследований) и ставок, что частично коррелирует с результатами для терапевтов и хирургов. Это может быть обусловлено тем фактом, что в данную категорию были включены заведующие отделениями, которые, помимо прочего, имеют схожие функциональные обязанности с врачами остальных групп.

Среди врачей диагностического профиля выявляется наименьшая доля специалистов с крайне высокой степенью ПВ (27,42%), но несмотря на это, выявляется более высокий уровень деперсонализации в селе по сравнению с городом. Эти данные свидетельствуют о том, что условия работы в сельских медицинских организациях могут predispose к развитию цинизма и негативного отношения к пациентам у врачей организационно-методического и диагностического профилей.

Следует отметить, что подобное исследование структуры ПВ среди врачей различных специальностей с применением опросника МВИ было проведено в Китае в 2008 г. ( $n = 543$ ). В исследовании приняли участие врачи хирургических ( $n = 149$ ) и терапевтических ( $n = 201$ ) специальностей (табл. 6).

Сравнение исследований показывает, что структура ПВ терапевтов и хирургов носит разный характер в зависимости от страны: в Томской области ПВ проявляется преимущественно за счёт шкалы деперсонализации, при этом его уровень

среди врачей схожих специальностей в Китае определяют низкие оценки собственных профессиональных достижений (см. табл. 5).

В целом данное исследование и его сравнение с мировыми данными позволяют говорить о том, что проблема ПВ среди врачей различных специальностей в Российской Федерации наряду с высокой распространённостью, сопоставимой с мировым уровнем, характеризуется специфической структурой, отличающейся от моделей выгорания в других странах.

В 2016 г. в Томской области была инициирована программа мероприятий по совершенствованию кадровой политики в сфере здравоохранения, которая призвана решить проблему кадрового дефицита в регионе. Прежде всего, это касается общеизвестной проблемы дефицита врачей терапевтического профиля в сельских медицинских учреждениях, которые должны стать объектом повышенного внимания в связи с риском развития у них ПВ, поскольку согласно полученным данным они более всего подвержены крайней степени указанного синдрома, имея более высокие его показатели по сравнению с городом, наряду с имеющимися различиями трудовых параметров.

Данное исследование свидетельствует о том, что в указанную программу мероприятий необходимо включить меры по нивелированию ПВ среди медицинских работников, а также диверсифицировать их в зависимости от направления медицинской деятельности. Однако это возможно только при условии дальнейшего изучения ПВ в рамках определения вклада различных трудовых параметров, пола и возраста, а также бытовых условий для данной популяции в формирование указанного синдрома с последующей разработкой полноценной модели ПВ среди медицинских работников региона.

## Заключение

Результаты исследования ПВ врачей различных специальностей Томской области продемонстрировали существенные различия его уровня и степени выраженности в группах специалистов, при этом трудовые параметры имели нелинейные корреляции как с уровнем ПВ, так и его значениями по субшкалам. Это позволяет сделать вывод о том, что, во-первых, ПВ имеет многофакторную модель и коррелирует со значительным количеством параметров, и, во-вторых, подходы к нивелированию профессионального выгорания у врачей должны учитывать их специальность. При этом только с использованием такого подхода, как показывает мировая практика, можно добиться значительных результатов.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.



ЛИТЕРАТУРА

(п. п. 1, 2, 4—6, 10 см. REFERENCES)

3. Леонова А.Б., Багрий М.А. Синдромы профессионального стресса у врачей разных специализаций. *Вестник Московского университета. Серия 14: Психология*. 2009; (3): 44—53.
7. Бердяева И.А., Войт Л.Н. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2012; (2): 117—20.
8. Скугаревская М.М. *Диагностика, профилактика и терапия синдрома эмоционального выгорания*. Минск: БГМУ; 2003.
9. Бойко В.В. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания. В кн.: Райгородский Д.Я., ред. *Практическая психодиагностика*. Самара; 1999: 161—9.

REFERENCES

1. Mordant P., Deneuve S., Rivera C., Carrabin N., Mieog S., Malyshch N., et al. Quality of life of surgical oncology residents and fellows across Europe. *J. Surg. Educ.* 2014; 71(2): 222—8.
2. Soler J.K., Yaman H., Esteva M., Dobbs F., Asenova R.S., Katic M., et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study Family Practice. *Fam. Pract.* 2008; 25(4): 245—65.
3. Leonova A.B., Bagriy M.A. Occupational stress among different doctor's specializations. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14: Psikhologiya*. 2009; (3): 44—53. (in Russian)

4. Shanafelt T.D., Hasan O., Dyrbye L.N., Sinsky C., Satele D., Sloan J., et al. Changes in Burnout and Satisfaction with Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clin. Proc.* 2015; 90(12): 1600—13.
5. Shanafelt T.D., Balch C.M., Bechamps G.J., Russell T., Dyrbye L., Satele D., et al. Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann. Surg.* 2009; 250(3): 463—71.
6. Kang E.K., Lihm H.S., Kong E.H. Association of Intern and Resident Burnout with Self-Reported Medical Errors. *Korean. J. Fam. Med.* 2013; 34(1): 36—42.
7. Berdyayeva I.A., Voyt L.N. Burnout among doctors of different specialties. *Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal*. 2012; (2): 117—20. (in Russian)
8. Skugarevskaya M.M. *Diagnosis, Prevention and Therapy of Burnout Syndrome [Diagnostika, profilaktika i terapiya sindroma emotsional'nogo vygoraniya]*. Minsk: BSMU; 2003. (in Russian)
9. Boyko V.V. Method of diagnosis of burnout level. In: Raygorodskiy D.Ya., ed. *Practical Psycho Diagnostics [Prakticheskaya psikhodiagnostika]*. Samara. 1999: 161—9. (in Russian)
10. Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. *Maslach Burnout Inventory Manual*. California: CPP, Inc.; 1996.

Поступила 11.07.17  
Принята в печать 08.08.17