

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ-ОРДИНАТОРОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: АНАЛИЗ ФАКТОРОВ И ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ

П.С. ТВИЛЛЕ

Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова (ФГАОУ ВО «Первый МГМУ
имени И.М. Сеченова» Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7146-1109>,
e-mail: tuillet_p_s@staff.sechenov.ru

В.И. ЛЕДОВСКИЙ

Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова (ФГАОУ ВО «Первый МГМУ
имени И.М. Сеченова» Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4813-2373>,
e-mail: ledov@ordinatura-org.ru

Н.А. СИРОТА

Российский университет медицины
(ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2736-9986>,
e-mail: sirotan@mail.ru

В.В. МАДЬЯНОВА

Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова (ФГАОУ ВО «Первый МГМУ

имени И.М. Сеченова» Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2328-2939>,
email: madyanova_v_v@staff.sechenov.ru

Охрана психологического благополучия медицинских работников, в том числе профилактика синдрома эмоционального выгорания на самых ранних этапах медицинской карьеры, становится всё более актуальной задачей кадровой политики системы здравоохранения. **Целью** данного исследования стало определение распространенности синдрома эмоционального выгорания среди врачей-ординаторов, обучающихся на территории Российской Федерации. **Материалы и методы.** В работе представлены результаты всероссийского опроса, в котором приняли участие 434 респондента. Медианный возраст опрошенных составил 25 [24—26] лет (Me [Q₁—Q₃]). В рамках анкетирования использованы методика диагностики синдрома эмоционального выгорания К. Маслач, С. Джексон (MBI), адаптированная Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой; больничная шкала тревоги и депрессии (HADS); а также вопросы, направленные на определение факторов, связанных с наличием у врачей-ординаторов синдрома эмоционального выгорания. **Результаты и выводы.** Согласно результатам исследования, уровень выраженности синдрома эмоционального выгорания у большинства опрошенных ординаторов (85,5%) соответствует высокой и крайне высокой степени. Одновременно с этим 70,5% респондентов имеют повышенный уровень тревоги, 54,3% выборки имеют симптомы депрессии разной степени тяжести. Факторами, ассоциированными с наличием синдрома эмоционального выгорания, были: женский пол, тяжелое материальное положение, наличие вредных привычек, бессонница, плохое состояние здоровья, низкая приверженность к профессии медицинского работника, отсутствие поддержки от коллег, однообразные рабочие задачи и отсутствие перспектив для карьерного роста. Выявление, описание и дальнейшая коррекция потенциально модифицируемых факторов, ассоциированных с синдромом эмоционального выгорания ординаторов, — важная часть планирования новой кадровой политики системы здравоохранения, одной из важнейших составляющих которой является охрана психологического благополучия медицинских работников и психологическое сопровождение их обучения и клинической деятельности.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания (СЭВ), эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция личностных достижений, тревога, депрессия, ординатура, врачи-ординаторы.

Для цитаты: *Твилле П.С., Ледовский В.И., Сирота Н.А., Мадьянова В.В.* Распространенность синдрома эмоционального выгорания врачей-ординаторов в Российской Федерации: анализ факторов и подходы к профилактике // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 2. С. 171—192. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320209>

BURNOUT PREVALENCE AMONG RESIDENT PHYSICIANS IN THE RUSSIAN FEDERATION: FACTORS ANALYSIS AND PREVENTION APPROACHES

POLINA S. TUILLET

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University
(FSBEI HE “I.M. Sechenov First Moscow State Medical University”
of the Ministry of Health of the Russian Federation Sechenov University),
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7146-1109>,

e-mail: tuillet_p_s@staff.sechenov.ru

VLADISLAV I. LEDOVSKIY

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University
(FSBEI HE “I.M. Sechenov First Moscow State Medical University”
of the Ministry of Health of the Russian Federation Sechenov University),
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4813-2373>,

e-mail: ledov@ordinatura-org.ru

NATALIA A. SIROTA

Russian University of Medicine (FSBEI HE «ROSUNIMED»
OF MOH OF RUSSIA), Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2736-9986>,

e-mail: sirotan@mail.ru

VICTORIA V. MADYANOVA

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University
(FSBEI HE “I.M. Sechenov First Moscow State Medical University”
of the Ministry of Health of the Russian Federation Sechenov University),
Moscow, Russia

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2328-2939>,

email: madyanova_v_v@staff.sechenov.ru

Health care workers' psychological well-being programs, including the prevention of burnout, from the very early stages of their medical career, is becoming an increasingly important task of the personnel management policy in the health care system. **Aim.** To determine the burnout prevalence among resident physicians studying in the Russian Federation. **Materials and methods.** The paper presents the results of the nationwide survey in which 434 respondents involved in 56 specialties of residency training took part. The median age of the respondents was 25 [24-26] (Me [Q₁-Q₃])

years old. Within the framework of the survey the method of diagnostics of emotional burnout syndrome Maslach K., Jackson S. (MBI), adapted by Vodopyanova N.E. and Starchenkova E.S., Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), as well as questions aimed at determining the factors associated with the burnout in resident physicians were used. **Results.** The results of the study showed that most residents (85,5%) were diagnosed with high and extremely high levels of burnout; 70.5% of respondents had high levels of anxiety, and 54,3% were diagnosed with depression of varying degrees of severity. The factors associated with the presence of burnout were female gender, difficult financial situation, smoking and alcohol consumption, insomnia, poor health, low commitment to the profession of a medical worker, lack of support from colleagues, monotonous work tasks and lack of prospects for career development. **Conclusion.** Identification, description as well as further correction of potentially modifiable factors associated with burnout of residents is an important part of planning a new personnel strategy of healthcare system, where one of the most important elements is protection of psychological well-being of medical workers and psychological support of their clinical practice.

Keywords: burnout, emotional exhaustion, depersonalization, reduced personal accomplishment, anxiety, depression, residency, resident physicians.

For citation: Tuillet P.S., Ledovskiy V. I., Sirota N.A., Madyanova V.V. Burnout Prevalence among Resident Physicians in the Russian Federation: Factors Analysis and Prevention Approaches. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 2, pp. 171—192. DOI:<https://doi.org/10.17759/cpp.2024320209> (In Russ.).

Введение

Изучение профессионального благополучия медицинских работников, связанного не только с их карьерными достижениями, но и самоощущением на рабочем месте, становится всё более актуальным в связи с нарастающими требованиями к профессионализму и самоотдаче врачей, приводящими к хроническому стрессу на рабочем месте. При снижении эффективности эмоциональной саморегуляции результатом хронического профессионального стресса может стать развитие синдрома эмоционального выгорания. Основными симптомами данного синдрома являются эмоциональное истощение, деперсонализация и редукция личных достижений [7]. Медицинские работники, как представители профессии «человек-человек», наиболее подвержены развитию синдрома эмоционального выгорания, распространённость которого, по данным некоторых авторов, достигает среди врачей около 80,5% [8]. Хотя классическое определение синдрома эмоционального выгорания относится к профессиональной деятельности, данное состояние может развиваться и у обучающихся, в том числе врачей-ординаторов, образовательный процесс

которых зачастую мало чем отличается от работы врачей, уже окончивших ординатуру и практикующих самостоятельно [2; 3; 4].

Важно отметить, что в России заметен тренд к снижению среднего возраста медицинских сотрудников, и, согласно прогнозам, к 2030 году большая часть практикующих врачей будет моложе 45 лет [5].

Таким образом, основой кадрового потенциала системы российского здравоохранения в ближайшем будущем будут молодые специалисты, в том числе те, кто в настоящее время обучается по программам ординатуры. Поэтому считаем важным изучить распространенность среди врачей-ординаторов синдрома эмоционального выгорания и других эмоциональных нарушений, а также факторов их определяющих. Полученные данные могут стать основой совершенствования кадровой политики в здравоохранении по предотвращению оттока молодых медицинских кадров из профессии.

Материалы и методы

Цель исследования — выявить распространенность синдрома эмоционального выгорания среди врачей-ординаторов, обучающихся на территории России, а также установить и описать факторы, ассоциированные с развитием данного состояния.

Методы исследования. Исследование представляло собой электронный опрос с использованием информационной платформы Ordinaturo.org. Для достижения цели исследования была создана специальная анкета. Анкета состояла из 101 вопроса, разбитых на несколько разделов. *Первый раздел* включал в себя общие вопросы о поле, возрасте и других социально-демографических характеристиках, которые, согласно литературным источникам, могут быть ассоциированы с развитием синдрома эмоционального выгорания [3; 4]. *Второй раздел* представлен методикой Maslach Burnout Inventory (MBI), адаптированной на русский язык Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой, которая является общепризнанным стандартом диагностики синдрома эмоционального выгорания [1; 6]. Методика позволяет измерить степень выраженности синдрома эмоционального выгорания и его основных симптомов (интегральный показатель опросника и значения по его отдельным подшкалам: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция личностных достижений»). *Третий раздел* был представлен Госпитальной шкалой тревоги и депрессии (HADS), так как, согласно результатам имеющихся исследований, данные состояния часто диагностируют у людей с эмоциональным выгоранием [9]. *Четвертый раздел* включал вопросы, оценивающие влияние факторов обучения ординаторов, в том

числе связанных с клинической практикой, а именно: с условиями и интенсивностью труда, количеством рабочих часов, а также трудностями, связанными с рабочим процессом, и особенностями корпоративной культуры медицинской организации. В *пятом разделе* респонденты отмечали наиболее важные проблемы, с которыми они сталкиваются во время обучения в ординатуре. В *шестом разделе* представлены вопросы, направленные на выявление причин, из-за которых респонденты задумываются о смене профессии.

Заполнение анкет респондентами осуществлялось в период с 15 марта по 15 апреля 2023 года. Всего в рамках исследования собрано и обработано 434 анкеты.

При анализе результатов исследования использованы методы параметрической и непараметрической статистики: определение мер средней тенденции, сравнение групп по количественным показателям с помощью критериев Манна—Уитни и Краскела—Уоллиса (с апостериорными сравнениями с помощью критерия Данна с поправкой Холма); корреляционный анализ по Спирмену с интерпретацией тесноты связи по шкале Чеддока; критерий хи-квадрат Пирсона при анализе таблиц сопряженности. Также был применен метод двухэтапного кластерного анализа. В исследовании статистически значимыми считались различия при вероятности ошибки менее 5% ($p < 0,05$). Обработка и статистический анализ данных проводился с использованием программ SPSS Statistics v. 26 (Chicago, IL), StatTech v. 3.1.6 (разработчик — ООО «Статтех», Россия).

Характеристика выборочной совокупности. В опросе приняли участие 434 врача-ординатора, большинство из которых проходили обучение в Центральном (49,1%) и Северо-Западном (21,7%) федеральных округах, что связано с высокой концентрацией образовательных организаций, занимающихся подготовкой ординаторов, в мегаполисах. Медианный возраст респондентов составил 25 [24—26] лет (Me [Q_1 — Q_3]), минимальный возраст — 22 года, максимальный — 34 года. По полу опрошенные распределились следующим образом: женщины — 80,4% ($n = 349$ чел.), мужчины — 19,5% ($n = 85$ чел.). На первом году ординатуры обучались большинство опрошенных — 70,3% ($n = 305$ чел.), на втором году — 29,0% ($n = 126$ чел.), в академическом отпуске на момент опроса находились 0,7% ($n = 3$ чел.) респондентов.

В исследовании приняли участие врачи-ординаторы 56 специальностей ординатуры. Среди них наиболее часто встречающимися оказались: «Терапия» — 9,7% ($n = 42$ чел.), «Анестезиология — реаниматология» — 7,4% ($n = 32$ чел.), «Педиатрия» — 6,9% ($n = 30$ чел.), «Акушерство и гинекология» — 6,0% ($n = 26$ чел.), «Неврология» — 5,5% ($n = 24$ чел.). Процентные доли оставшихся специальностей не превышали 5%.

Результаты исследования

Распространенность синдрома эмоционального выгорания. Анализ результатов заполнения 434 опросников на диагностику синдрома эмоционального выгорания К. Маслач (МВИ) позволил определить следующие средние показатели по трем субшкалам (симптомам): эмоциональное истощение — 33 [26—39] балла (Me [Q1—Q3]), деперсонализация — 15 [11—18] баллов, редукция личностных достижений — 29 [25—34] баллов. Медианное значение интегрального показателя синдрома эмоционального выгорания составило 10 [8—12] баллов. Подробные результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1
Количество баллов по отдельным субшкалам и интегральному показателю опросника на диагностику синдрома эмоционального выгорания

Субшкалы	Медиана, Me	Интерквартильный интервал, Q ₁ –Q ₃	Количество человек, n	Минимальное значение	Максимальное значение
Эмоциональное истощение	33	26—39	434	10	53
Деперсонализация	15	11—18	434	0	28
Редукция личностных достижений	29	25—34	434	10	46
Интегральный показатель СЭВ	10	8—12	434	3	15

С целью интерпретации результатов, представленных в табл. 1, первичные баллы по интегральному показателю опросника МВИ и по его отдельным субшкалам были переведены в показатель степени выраженности (от низкого до крайне высокого уровня), что позволило оценить интенсивность синдрома эмоционального выгорания в целом и его отдельных симптомов (рис. 1).

На рис. 1 видно, что большинство опрошенных имели крайне высокий уровень эмоционального истощения — 42,2% (n = 183 чел.) и деперсонализации — 59,9% (n = 260 чел.). По субшкале «редукция личных достижений» у большинства респондентов был диагностирован средний уровень выраженности — 44,9% (n = 195 чел.), при этом крайне высокий уровень показали 14,5% (n = 63 чел.) врачей-ординаторов, а высокий — 26,7% (n = 116 чел.). По выраженности интегрального показателя синдрома эмоционального выгорания испытуемые распределились следующим образом: крайне высокий уровень выраженности опреде-

лен у большинства респондентов — 60,4% (n = 262), высокий — у 25,1% (n = 109), средний — у 11,3% (n = 49), низкий — у 3,2% (n = 14).

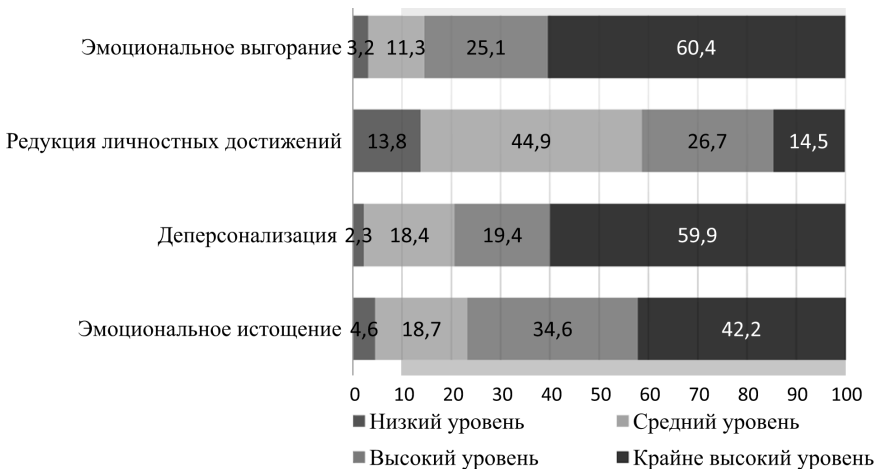


Рис. 1. Уровни выраженности синдрома эмоционального выгорания и его симптомов среди врачей-ординаторов, в %

При анализе распространенности синдрома эмоционального выгорания среди врачей-ординаторов по федеральным округам (рис. 2) было обнаружено, что чаще всего это состояние встречалось в Приволжском федеральном округе (94,7%), а реже всего — в Дальневосточном федеральном округе (66,7%). Однако здесь важно отметить ограничение настоящего исследования. Некоторые федеральные округа представлены малым количеством респондентов. Например, только три врача-ординатора обучались в Дальневосточном федеральном округе и семь — в Северо-Кавказском. Наглядно распространенность синдрома эмоционального выгорания в восьми федеральных округах России представлена на рис. 2.

Распространенность тревоги и депрессии и их связь с синдромом эмоционального выгорания. По результатам прохождения диагностической анкеты HADS для каждого респондента были определены выраженность тревоги и депрессии. Анализ данных 434 анкет показал следующее: средние значения по шкале «Тревога» составили 10 [7—11] баллов (Me [Q1—Q3]), повышенный уровень тревоги был диагностирован у 70,5% респондентов (n = 306 чел.), клинически выраженная тревога — у 49,8% (n = 216 чел.), субклинический уровень тревоги — у 20,7% (n = 90 чел.). Средние значения по шкале «Депрессия» составили 8 [5—10] баллов, симптомы субклинической депрессии отмечены у 39,6% респондентов (n = 172 чел.), клинически выраженной депрессии — у 14,7% (n = 64 чел.).

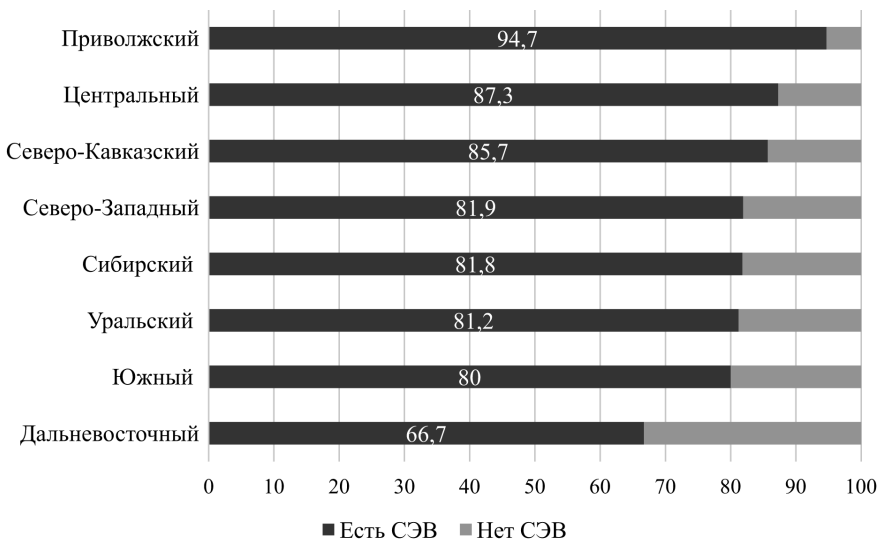


Рис. 2. Распространенность синдрома эмоционального выгорания среди врачей-ординаторов по федеральным округам России, в %

Для оценки взаимосвязи выраженности тревоги, синдрома эмоционального выгорания и его симптомов проводился корреляционный анализ по методу Спирмена. Обнаружена прямая связь умеренной тесноты ($\rho = 0,46$, $p < 0,001$) между количеством баллов по шкале «Тревога» и величиной интегрального показателя синдрома эмоционального выгорания. Подробные результаты анализа взаимосвязи показателя выраженности тревоги с показателями по отдельным субшкалам опросника синдрома эмоционального выгорания представлены в табл. 2.

Таблица 2

Результаты корреляционного анализа взаимосвязи количества баллов по шкале «Тревога» с выраженностью отдельных симптомов синдрома эмоционального выгорания

Показатели	Характеристика корреляционной связи		
	Коэфф. корреляции, ρ	Теснота связи по шкале Чеддока	Уровень значимости, p
Тревога — эмоциональное истощение	0,537	Заметная	$< 0,001^*$
Тревога — деперсонализация	0,323	Умеренная	$< 0,001^*$

Показатели	Характеристика корреляционной связи		
	Коэфф. корреляции, ρ	Теснота связи по шкале Чеддока	Уровень значимости, p
Тревога — редукция личностных достижений	-0,311	Умеренная	< 0,001*

Примечание: «*» — различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

Обратная корреляционная связь между показателем выраженности тревоги и количеством баллов по шкале «Редукция личностных достижений» объясняется способом интерпретации суммарного балла данной субшкалы опросника МВИ: чем больше ее значение, тем выше профессиональная самооценка респондента. Таким образом, отрицательный коэффициент корреляции говорит о том, что у респондентов с более выраженной тревогой ниже профессиональная самооценка.

Далее выполнен анализ взаимосвязи выраженности депрессии и синдрома эмоционального выгорания, в том числе его отдельных симптомов. Обнаружена заметная прямая корреляционная связь между шкалой «Депрессия» и интегральным показателем опросника на диагностику синдрома эмоционального выгорания ($\rho = 0,53$, $p < 0,001$). Подробные результаты анализа связи выраженности депрессии с баллами по отдельным субшкалам опросника синдрома эмоционального выгорания представлены в табл. 3.

Т а б л и ц а 3

Результаты корреляционного анализа взаимосвязи количества баллов по шкале «Депрессия» с выраженностью отдельных симптомов синдрома эмоционального выгорания

Показатели	Характеристика корреляционной связи		
	Коэфф. корреляции, ρ	Теснота связи по шкале Чеддока	Уровень значимости, p
Депрессия — эмоциональное истощение	0,61	Заметная	< 0,001*
Депрессия — деперсонализация	0,39	Умеренная	< 0,001*
Депрессия — редукция личностных достижений	-0,4	Умеренная	< 0,001*

Примечание: «*» — различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

Представленные в табл. 2 и табл. 3 результаты говорят о наличии значимой связи между уровнями тревоги и депрессии, с одной стороны, и

выраженностью синдрома эмоционального выгорания и его отдельных симптомов — с другой. Но эти данные стоит интерпретировать с осторожностью, так как они были обнаружены в одномоментном исследовании, из-за чего невозможно определить, что является причиной, а что следствием. Возможно также, что представленная взаимосвязь объясняется схожими причинами развития и коморбидностью данных расстройств.

Социальные детерминанты и их связь с развитием синдрома эмоционального выгорания. Среди опрошенных 54,5% ($n = 236$ чел.) не состояли в постоянных отношениях, 24,2% ($n = 105$ чел.) состояли в браке, а 21,4% ($n = 93$ чел.) имели официально не зарегистрированные отношения. При этом не было обнаружено статистически значимых различий ($p = 0,37$) между этими группами при анализе распространенности синдрома эмоционального выгорания. Другим признаком, статистически значимо не влияющим на развитие синдрома эмоционального выгорания, было наличие детей. Однако здесь стоит отметить, что только 4,8% респондентов ($n = 21$ чел.) имели детей.

Мы обнаружили статистически значимые различия ($p < 0,01$) распространенности синдрома эмоционального выгорания среди респондентов разного пола. Так, вероятность наличия синдрома эмоционального выгорания у ординаторов-женщин была выше в 2,19 раза по сравнению с мужчинами (ОШ = 2,19; 95% ДИ: 1,21—3,97). Возраст статистически значимо не влиял на наличие синдрома эмоционального выгорания ($p = 0,71$), что можно объяснить однородностью выборки по данному параметру. Анализ самооценки материального положения показал, что 37,6% респондентов ($n = 161$ чел.) оценили свое материальное положение как «крайняя экономия», 36,4% ($n = 156$ чел.) выбрали вариант «минимально обеспечен(а)». Среди данных групп ординаторов синдром эмоционального выгорания встречался статистически значимо чаще ($p < 0,01$), чем у тех, кто выбрал варианты «в целом обеспечен(а)» и «хорошо обеспечен(а)». Подробные результаты представлены в табл. 4.

При сравнении распространенности синдрома эмоционального выгорания у респондентов, отметивших наличие вредных привычек, среди которых в том числе было употребление табака и алкоголя, а также имеющих проблемы со сном (бессонница) с распространенностью СЭВ у ординаторов, у которых данные факторы хронических неинфекционных заболеваний отсутствовали, обнаружены статистически значимые различия ($p < 0,05$).

Так, среди курящих ординаторов лица с симптомами эмоционального выгорания встречались в 2,2 раза чаще (ОШ = 2,23; 95% ДИ: 1,17—4,24; $p < 0,01$). Среди респондентов, употреблявших алкоголь хотя бы раз в течение последнего месяца, эмоциональное выгорание встречалось в 2,1 раза чаще (ОШ = 2,08; 95% ДИ: 1,21—3,57; $p < 0,01$). 78,1% опрошен-

Таблица 4

Анализ самооценки материального положения в зависимости от наличия синдрома эмоционального выгорания (критерий хи-квадрат Пирсона)

Показатель	Категории	Эмоциональное выгорание		Уровень значимости, р
		Нет СЭВ, чел. (%)	Есть СЭВ, чел. (%)	
Материальное положение	Крайняя экономия	15 (23,8)	146 (40,0)	< 0,01*
	Минимально обеспечен(а)	18 (28,6)	138 (37,8)	
	В целом обеспечен(а)	25 (39,7)	77 (21,1)	
	Хорошо обеспечен(а)	5 (7,9)	4 (1,1)	

Примечание: «*» — различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

ных ($n = 339$ чел.) страдали от хронических нарушений сна (бессонницы). Вероятность наличия синдрома эмоционального выгорания среди данной группы респондентов была в 6,48 раза выше ($OШ = 6,48$; 95% ДИ: 3,66—11,49; $p < 0,01$), чем среди тех, у кого не было проблем со сном. Обнаружено, что синдром эмоционального выгорания статистически значимо ($p < 0,01$) чаще встречался у ординаторов, которые оценили состояние своего здоровья как «удовлетворительное», «плохое» и «очень плохое». При этом респонденты, у которых не был диагностирован синдром эмоционального выгорания, вообще не использовали варианты «плохое» и «очень плохое» при самооценке своего здоровья. Они оценили свое здоровье как «удовлетворительное» ($n = 12$ чел.), «хорошее» ($n = 39$ чел.) и «отличное» ($n = 11$ чел.).

Среди опрошенных 21,0% ($n = 91$ чел.) заявили, что вообще не проходят диспансеризацию и медицинские осмотры. Установлено, что в данной группе вероятность наличия синдрома эмоционального выгорания выше в 2,4 раза по сравнению с теми, кто проходит диспансеризацию регулярно и полноценно или хотя бы формально для допуска к работе ($OШ = 2,35$; 95% ДИ: 1,31—4,2; $p < 0,01$).

Влияние особенностей клинической практики на развитие синдрома эмоционального выгорания. Среди опрошенных ординаторов 87,6% ($n = 380$ чел.) проходили обучение в медицинских организациях стационарного типа, остальные 12,2% ($n = 53$ чел.) — амбулаторного типа. Вероятность наличия синдрома эмоционального выгорания была в 2,2 раза выше среди ординаторов, которые обучались на базах стационаров ($OШ = 2,19$; 95% ДИ: 1,09—4,39; $p = 0,02$). При этом не обнаружено статистически значимых различий ($p = 0,31$) при исследовании зави-

симости распространенности синдрома эмоционального выгорания от специальностей ординатуры, которые были объединены для удобства их анализа в укрупненные группы (табл. 5).

Таблица 5

Анализ распространенности синдрома эмоционального выгорания среди врачей-ординаторов различных медицинских направлений (критерий хи-квадрат Пирсона)

Показатель	Категории	Эмоциональное выгорание		Уровень значимости, р
		Нет СЭВ, чел. (%)	Есть СЭВ, чел. (%)	
Медицинские направления	Акушерство и гинекология	2 (3,2)	24 (6,5)	0,31
	Диагностика	2 (3,2)	36 (9,7)	
	Неотложная терапия	7 (11,1)	25 (6,7)	
	Онкология	2 (3,2)	33 (8,9)	
	Психиатрия	2 (3,2)	14 (3,8)	
	Реабилитация	2 (3,2)	7 (1,9)	
	Стоматология	2 (3,2)	5 (1,3)	
	Терапия	39 (61,9)	203 (54,7)	
	Хирургия	5 (7,9)	24 (6,5)	

Примечание: «*» — различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

При изучении распространенности синдрома эмоционального выгорания среди ординаторов первого (70,3%, $n = 305$ чел.) и второго (29,0%, $n = 126$ чел.) года обучения не было обнаружено статистически значимых различий между группами ($p = 0,24$), при этом из анализа были исключены респонденты, которые находились на момент исследования в академическом отпуске ($n = 3$ чел.). Статистически значимых различий в распространенности синдрома эмоционального выгорания между ординаторами, которые работали (49,1%, $n = 213$) и не работали (50,9%, $n = 221$) параллельно с учебой в ординатуре, также не было обнаружено ($p = 0,43$). Не удалось установить статистически значимых различий в распространенности синдрома эмоционального выгорания ($p = 0,763$) среди тех, кто работал до 40 часов в неделю (28,6%, $n = 124$ чел.) и более 40 часов в неделю (71,4%, $n = 310$ чел.).

Дополнительно в рамках анкетирования ординаторы указывали суммарный стаж работы в здравоохранении, включая опыт работы младшим и средним медицинским персоналом. Распределение врачей-ординато-

ров в соответствии с продолжительностью общего медицинского стажа представлено на рис. 3. При проведении корреляционного анализа статистически значимой связи между общим стажем и выраженностью синдрома эмоционального выгорания не было обнаружено ($\rho = -0,09$, $p = 0,06$).

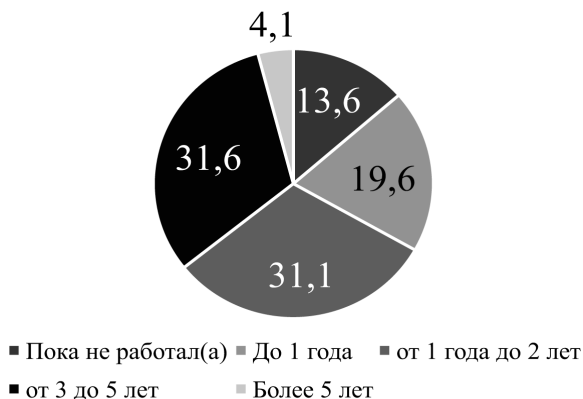


Рис. 3. Распределение врачей-ординаторов в соответствии с общим медицинским стажем, в %

С целью подробного анализа факторов клинической практики, связанных с развитием синдрома эмоционального выгорания, респондентам было предложено заполнить опросник из 25 утверждений с описанием трудностей, которые могут возникать во время осуществления клинической практики. Далее было рассчитано отношение шансов наличия синдрома эмоционального выгорания у тех, кто сталкивался с указанными трудностями, и тех, кто их не испытывал. Практически все из описанных в анкете трудностей были значимо связаны с наличием синдрома эмоционального выгорания у ординаторов. Исключениями стали высокая конкуренция внутри коллектива и высокая эмоциональная вовлеченность в судьбу пациентов. Наиболее сильную взаимосвязь с выраженностью синдрома эмоционального выгорания показали следующие трудности, возникающие во время практического обучения: отсутствие поддержки от коллег, однообразные рабочие задачи и отсутствие перспектив для карьерного роста (табл. 6).

Приверженность к профессии и синдром эмоционального выгорания. Для оценки приверженности респондентов к профессии врача анкета содержала следующие вопросы: «Бывают ли моменты, когда у Вас возникает желание сменить профессию/сферу деятельности?», «Вы довольны тем, что получили высшее медицинское образование?», «Если бы Вы вернулись в прошлое и получили возможность заново выбрать

Таблица 6

Факторы клинической практики, ассоциированные с синдромом эмоционального выгорания у врачей ординаторов (отношение шансов)

№	Факторы	Отношение шансов (ОШ)	
		ОШ; 95% доверительный интервал	Уровень значимости, р
1	Однообразные рабочие задачи	8,14; 3,77—17,6	< 0,001*
2	Отсутствие перспектив для карьерного роста	6,91; 2,9—16,45	< 0,001*
3	Бюрократизация труда врачей	4,56; 2,57—8,13	< 0,001*
4	Большое количество времени для работы за компьютером	2,94; 1,62—5,37	< 0,001*
5	Слишком большой поток пациентов	3,8; 1,87—7,72	< 0,001*
6	Неукомплектованность штата медицинской организации	3,58; 1,81—7,09	< 0,001*
7	Плохая организация рабочего процесса: потеря медицинских документов, ошибки при маршрутизации пациентов внутри медицинской организации и т. д.	6,2; 3,29—11,68	< 0,001*
8	Слишком длинные рабочие смены	2,91; 1,59—5,32	0,001*
9	Слишком много дежурств, в том числе ночных	2,3; 1,13—4,69	0,022*
10	Страх осуждения за врачебные ошибки со стороны общественности	4,41; 2,51—7,74	< 0,001*
11	Страх осуждения собственных врачебных ошибок со стороны руководства и коллег	3,59; 2,03—6,35	< 0,001*
12	Страх судебного преследования со стороны пациентов	2,03; 1,17—3,53	0,012*
13	Низкая правовая грамотность	2,75; 1,53—4,95	0,001*
14	Высокая конкуренция внутри коллектива	1,48; 0,85—2,57	0,167
15	Отсутствие единого профессионального медицинского сообщества	5,48; 2,82—10,64	< 0,001*
16	Отсутствие поддержки от коллег	11,77; 3,62—38,28	< 0,001*
17	Недостаточно обратной связи со стороны руководства	3,15; 1,77—5,59	< 0,001*
18	Недостаток уважения и признания со стороны руководства	4,65; 2,5—8,64	< 0,001*
19	Недостаток уважения и благодарности за свою работу от пациентов	5,3; 2,73—10,3	< 0,001*

№	Факторы	Отношение шансов (ОШ)	
		ОШ; 95% доверительный интервал	Уровень значимости, p
20	Нереалистичные ожидания пациентов от оказанной им медицинской помощи	3,28; 1,87—5,77	< 0,001*
21	Высокая эмоциональная вовлеченность в судьбу пациентов	0,88; 0,51—1,52	0,640
22	Страх ухудшения здоровья из-за работы	5,79; 3,25—10,32	< 0,001*
23	Недостаток времени на личную жизнь	4,1; 2,34—7,17	< 0,001*
24	Невозможность отстаивать свою точку зрения из-за угрозы наказания	4,29; 2,44—7,52	< 0,001*
25	Отсутствие автономности	3,89; 2,18—6,97	< 0,001*

Примечание: «*» — различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

специальность для получения высшего образования, Вы бы выбрали медицинский университет?». С учетом ответов респондентов на вышеизложенные вопросы с помощью методики кластерного анализа исходная совокупность данных была разделена на две группы: с высокой (52,3%, $n = 227$ чел.) и низкой (47,7%, $n = 207$ чел.) приверженностью к профессии. В группу лиц с высокой приверженностью были отнесены те участники, кто был доволен фактом получения высшего образования, снова бы поступили в медицинский университет, а также те, у кого не возникает желание сменить профессию. Силуэтная мера связности и разделения составила 0,5, что показывает высокое качество кластеров. Обнаружено, что вероятность наличия синдрома эмоционального выгорания в 3,1 раза выше у ординаторов с низкой приверженностью к профессии (ОШ = 3,12; 95% ДИ: 1,71—5,68; $p < 0,001$).

Обучение в ординатуре и синдром эмоционального выгорания. В анкете респондентам было предложено выбрать приоритетные для них проблемы обучения в ординатуре. Всего было предложено 13 утверждений, из которых можно было выбрать несколько наиболее актуальных для респондента. Результаты опроса представлены на рис. 4.

Отсутствие достаточного дохода во время обучения в ординатуре оказалось наиболее важной проблемой для большинства (76,7%) респондентов. Учитывая полученные данные о взаимосвязи неудовлетворительного материального положения и наличия синдрома эмоционального выгорания, можно сделать вывод о том, что недостаточный доход во время обучения — это серьезная проблема, требующая решения для профилактики оттока молодых кадров из системы здравоохранения.



Рис. 4. Приоритетные проблемы обучения в ординатуре, согласно результатам опроса врачей-ординаторов, в %

Далее респонденты могли в свободной форме описать трудности, с которыми они сталкивались во время обучения в ординатуре. Всего было получено 88 ответов, в которых также одной из наиболее часто упоминаемых проблем было тяжелое материальное положение ($n = 23$ чел.). Другими наиболее важными трудностями оказались низкое качество обучения ($n = 28$ чел.) и неуважительное отношение со стороны медицинских работников клинической базы ординатуры или сотрудников учебного отдела ($n = 21$ чел.).

Кроме того, респондентам предложено выбрать, какие меры поощрения ординаторов (существующих или потенциально применимых), на их взгляд, наиболее эффективны. Наиболее популярным оказался ответ «Начисление премий», что также говорит проблеме материального достатка для ординаторов. Распределение ответов респондентов по частоте их упоминаемости представлено на рис. 5.



Рис. 5. Распределение ответов на вопрос «Какие меры поощрения, на Ваш взгляд, максимально эффективны?», в %

Синдром эмоционального выгорания как причина оттока кадров из системы здравоохранения. Согласно данным опроса, 29,5% респондентов ($n = 128$ чел.) планируют работать в системе здравоохранения до предельно возможного срока, 12,7% ($n = 55$ чел.) будут работать до получения права на пенсию, 40,1% ($n = 174$ чел.) еще не приняли окончательного решения, 11,8% ($n = 51$ чел.) хотели бы уволиться из государственной системы здравоохранения в течение 2–3 лет, 6,0% ($n = 26$ чел.) уволились бы при первой возможности. Корреляционный анализ показал, что чем выше выраженность синдрома эмоционального выгорания у респондентов, тем больше вероятность наличия у них планов на увольнение в ближайшей перспективе ($r = 0,29$; $p < 0,01$). Кроме того, анализ карьерных планов ординаторов показал, что врачи-ординаторы с синдромом эмоционального выгорания статистически значимо чаще думают о смене профессии ($p < 0,01$): часто такая мысль возникает у 35,0% ($n = 152$) опрошенных, иногда — у 42,6% ($n = 185$ чел.).

Далее респондентам был задан вопрос о наиболее важных для них причинах, из-за которых они думают о смене профессии. Чаще всего ординаторы отмечали следующие варианты: несоответствие оплаты труда затраченным физическим и психическим силам (74,9%), перегрузки на работе, неупорядоченность рабочего дня и отдыха (66,6%), эмоциональная нагрузка, связанная с частой коммуникацией с людьми (41%). Полный перечень причин, из-за которых врачи-ординаторы задумываются о смене профессии, проранжированный в соответствии с частотой их упоминаемости, представлен на рис. 6.



Рис. 6. Рейтинг причин, из-за которых врачи-ординаторы задумываются о смене профессии, в %

Выводы

1. В рамках всероссийского опроса врачей-ординаторов определена распространенность синдрома эмоционального выгорания у данной категории медицинских работников; при этом низкий уровень выраженности выгорания диагностирован только лишь у 3,2% респондентов, средний — у 11,3%, высокий — у 25,1%, крайне высокий — у 60,4%, что свидетельствует об актуальности данной проблемы для молодых врачей. При этом ведущими симптомами синдрома эмоционального выгорания оказались эмоциональное истощение (крайне высокий уровень определен 42,2% респондентов) и деперсонализация (крайне высокий уровень — у 59,9% респондентов).

2. Помимо синдрома эмоционального выгорания, у 70,5% ординаторов определен повышенный уровень тревоги, у 54,3% отмечались симптомы депрессии разной степени выраженности. Показано, что выраженность данных

состояний имеет прямую связь с выраженностью синдрома эмоционального выгорания и его отдельных симптомов, особенно эмоционального истощения.

3. Выявлены и описаны факторы, ассоциированные с наличием синдрома эмоционального выгорания у ординаторов, а именно: женский пол, тяжелое материальное положение, наличие вредных привычек, бесконница и плохое состояние здоровья.

4. Некоторые особенности клинической практики ординаторов также показали связь с наличием синдрома эмоционального выгорания. Наиболее выраженную связь с выгоранием имели следующие из них: однообразные рабочие задачи, отсутствие поддержки от коллег и неопределенность перспектив для карьерного роста.

5. Среди ординаторов с низкой приверженностью к профессии медицинского работника синдром эмоционального выгорания также диагностирован статистически значимо чаще.

6. Приоритетными проблемами, связанными с обучением в ординатуре, по мнению самих ординаторов, являются недостаток финансовых средств, низкое качество теоретического обучения и отсутствие уважения со стороны других медицинских работников; в качестве наиболее эффективного средства поощрения респонденты выбрали денежное вознаграждение.

Таким образом, синдром эмоционального выгорания врачей-ординаторов — это актуальная проблема и вызов для системы здравоохранения. Мероприятия, направленные на профилактику и коррекцию данного синдрома, должны прежде всего включать меры социальной поддержки врачей-ординаторов, а также усиление контроля качества теоретического и практического обучения ординаторов и изменение корпоративной культуры медицинских организаций, на базе которых ординаторы проходят обучение, для создания более благоприятных условий для освоения профессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С.* Синдром выгорания. Диагностика и профилактика: практ. пособие. М.: Юрайт, 2023. 299 с.
2. *Матюшкина Е.Я., Микита О.Ю., Холмогорова А.Б.* Уровень профессионального выгорания врачей-ординаторов, проходящих стажировку в скоромощном стационаре: данные до ситуации пандемии // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Том 28. № 2. С. 46—69. DOI:10.17759/cpp.2020280203
3. *Савельева Л.А., Кашапов, М.М.* Структура, выраженность и распространенность синдрома эмоционального выгорания у ординаторов // Спортивная медицина и реабилитация. 2020. Том 1. № 1 С. 26—36.
4. *Холмогорова А.Б., Рахманина А.А., Суроегина А.Ю., Микита О.Ю., Петриков С.С., Рой А.П.* Психическое здоровье и профессиональное выгорание врачей-ординаторов во время пандемии Covid-19: ситуационные и психологические факторы // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Том 29. № 2. С. 9—47. DOI:10.17759/cpp.2021290202

5. Ярашева А.В., Александрова О.А., Медведева Е., Аликперова Н.В., Крошилин С.В. Проблемы и перспективы кадрового обеспечения московского здравоохранения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2020. Том 13. № 1. С. 174—190.
6. Maslach C., Jackson S.E., Leiter, M.P. Maslach Burnout Inventory: Third edition // Evaluating stress: A book of resources / Eds. C.P. Zalaquett, R.J. Wood. New Jersey: Scarecrow press, 1997. P. 191—218.
7. Maslach C., Leiter M.P. Burnout // Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior / Ed. G. Fink Melbourne: Academic Press, 2016. P. 351—357. DOI:10.1016/B978-0-12-800951-2.00044-3
8. Rotenstein L.S., Torre M., Ramos M.A., et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review // JAMA. 2018. Vol. 320. № 11. P. 1131—1150. DOI:10.1001/jama.2018.12777
9. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatr Scand. 1983. Vol. 67. № 6. P. 361—370. DOI:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

REFERENCES

1. Vodop'yanova N. E., Starchenkova E.S. Sindrom vygoraniya. Diagnostika i profilaktika: prakticheskoe posobie. Moscow : Publ. YUrajt, 2023. 299 p.
2. Matyushkina E.Ya., Mikita O.Y., Kholmogorova A.B. Burnout Level in Medical Residents Doing Internship in Emergency Medicine Hospital before the Pandemic. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2020, vol. 28, № 2, pp. 46—69. DOI:https://doi.org/10.17759/cpp.2020280203. (In Russ., abstr. in Engl.)
3. Savel'eva, L. A., Kashapov, M. M. Structure, severity and prevalence of emotional burnout syndrome in residents. *Sportivnaya medicina i reabilitatsiya = Sport medicine and rehabilitation*, 2020, vol 1, № 1, pp. 26—36. (In Russ., abstr. in Engl.)
4. Kholmogorova A.B., Rakhmanina A.A., Suroegina A. Yu., Mikita O. Yu., Petrikov S.S., Roy A.P. Mental Health and Professional Burnout among Residents During the COVID-19 Pandemic: Situational and Psychological Factors. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021, vol. 29, № 2, pp. 9—47. DOI:https://doi.org/10.17759/cpp.2021290202. (In Russ., abstr. in Engl.)
5. Yarashaeva A.V., Aleksandrova O.A., Medvedeva, E., Alkiperova N.V., Kroshilin S.V. Problems and Prospects of Staffing of Moscow Health Care. *Ekonomicheskije i socialnie peremieni: facti, tendencii, prognoz = Economic and Social Change: Facts, Trends, Forecasts*, 2020, vol 13, № 1, pp. 174—190. (In Russ., abstr. in Engl.)
6. Maslach C., Jackson S. E., Leiter, M.P. Maslach Burnout Inventory: Third edition // Evaluating stress: A book of resources / Scarecrow Education, 1997. C. 191—218
7. Maslach C., Leiter M.P. Burnout. Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior / Ed. Fink G. Melbourne: Academic Press, 2016. Pp. 351—357. DOI:10.1016/B978-0-12-800951-2.00044-3
8. Rotenstein L.S., Torre M., Ramos M.A., et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*, 2018, vol. 320, № 11, pp. 1131—1150. DOI:10.1001/jama.2018.12777
9. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 1983, vol. 67, № 6, pp. 361—370. DOI:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Информация об авторах

Твилле Полина Сергеевна, кандидат медицинских наук, ассистент Института лидерства и управления здравоохранением, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7146-1109>, e-mail: tuillet_p_s@staff.sechenov

Ледовский Владислав Игоревич, аспирант Института лидерства и управления здравоохранением, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4813-2373>, e-mail: ledov@ordinatura-org.ru

Сирота Наталья Александровна, доктор медицинских наук, профессор, декан факультета клинической психологии, заведующая кафедрой клинической психологии, Российский университет медицины (ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2736-9986>, e-mail: sirotan@mail.ru

Мадьянова Виктория Вячеславовна, доктор медицинских наук, профессор Института лидерства и управления здравоохранением, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2328-2939>, email: madyanova_v_v@staff.sechenov.ru

Information about the authors

Polina S. Tuillet, PhD, Assistant Professor at Institute of Leadership and Health Management of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (FSBEI HE “I.M. Sechenov First Moscow State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation Sechenov University), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7146-1109>, e-mail: tuillet_p_s@staff.sechenov

Vladislav I. Ledovskiy, PhD, student at Institute of Leadership and Health Management of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (FSBEI HE “I.M. Sechenov First Moscow State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation Sechenov University), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4813-2373>, e-mail: ledov@ordinatura-org.ru

Natalia A. Sirotina, PhD, Professor, Dean of the Department of Clinical Psychology, Head of the Chair of Clinical Psychology, Russian University of Medicine (FSBEI HE “ROSUNIMED” OF MOH OF RUSSIA), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2736-9986>, e-mail: sirotan@mail.ru

Victoria V. Madyanova, PhD, Professor at Institute of Leadership and Health Management of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (FSBEI HE “I.M. Sechenov First Moscow State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation Sechenov University), Moscow, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2328-2939>, email: madyanova_v_v@staff.sechenov.ru

Получена 15.09.2023

Received 15.09.2023

Принята в печать 05.02.2024

Accepted 05.02.2024