

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ГЕНЕЗИС ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Стаття представляє собою узагальнену інформацію про синдром вигорання у медичних працівників. Проаналізовано предиктори і превентори цього стану; проведено ранжування психосоціальних факторів ризику виникнення емоційного вигорання, розглянуто його клініку, перебіг та прогноз у даної професійної групи. Крім того, виділено рівні лікувально-профілактичних впливів у системі менеджменту синдрому вигорання у медичних працівників.

Ключові слова: психологія стресу, професійний стрес, переживання як форма вигорання, емоційне вигорання, медичні працівники, діагностика, лікування, профілактика, менеджмент.

Статья представляет собой обобщенную информацию о синдроме выгорания у медицинских работников. Проанализированы предикторы и превенторы этого состояния; проведено ранжирование психосоциальных факторов риска возникновения эмоционального выгорания, рассмотрена его клиника, течение и прогноз у данной профессиональной группы. Кроме того, выделены уровни лечебно-профилактических воздействий в системе менеджмента синдрома выгорания у медработников.

Ключевые слова: психология стресса, профессиональный стресс, переживание как форма выгорания, эмоциональное выгорание, медицинские работники, диагностика, лечение, профилактика, менеджмент.

Большие социальные преобразования и кризис ценностей в обществе, ужесточение требований к профессионалам наиболее остро затрагивают представителей коммуникативных профессий. Актуализация проблемы профессионального стресса и синдрома эмоционального выгорания, в том числе у медработников, обусловлена общей тенденцией к гуманизации современной науки, привлечению внимания исследователей к субъекту профессиональной деятельности, в частности – к влиянию на него самого характера этой деятельности [1, 4, 6, 9, 17, 29, 43]. Во всем мире за последние десятилетия выполнено более 2500 исследований, посвященных изучению, диагностике, коррекции и профилактике синдрома выгорания, опубликованы десятки книг и сотни обзоров в специализированных журналах. Синдром эмоционального выгорания – специфический вид профессиональной деформации лиц, вынужденных во время выполнения своих обязанностей тесно общаться с людьми. Термин «burnout»

(«эмоциональное выгорание») был предложен американским психиатром Фрейденбергом в 1974 году [43]. Иногда его переводят на русский язык как: «эмоциональное сгорание» или «профессиональное выгорание». В Международной классификации болезней (МКБ-10) синдром выгорания выделен в отдельный таксон, обозначенный как «проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью», а Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала, что синдром выгорания является проблемой, требующей медицинского вмешательства [цит. по 29].

По принятому ВОЗ определению (2001 г.) «синдром выгорания (burnout syndrome) – это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе и усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям, а также употреблением алкоголя или других психоактивных средств с целью получить временное облегчение, что имеет тенденцию к развитию физиологической зависимости и (во многих случаях) аутодеструктивного поведения. Структурно (С. Д. Максименко, Л.Н. Карамушка, 2003; Л.Н. Юрьева, 2004) это состояние обычно расценивается как стресс-реакция на чрезмерные производственные и эмоциональные требования на фоне излишней преданности человека своей работе с сопутствующим пренебрежением семейной жизнью или отдыхом [19, 22, 29].

При этом сообщество психологов рассматривает синдром выгорания как феномен нормы [17], а медицинское сообщество – как патологию, имеющую соответствующую позицию в МКБ-10. Такая ситуация может дать новое понимание сущности синдрома выгорания, например, как процесса профессиональной деформации, находящегося в пределах нормы возрастных изменений личности с 25 и более годами профессионального стажа, в дополнении к традиционному пониманию сущности синдрома выгорания как патологического процесса, который может возникнуть при определенных условиях даже в начале профессиональной карьеры [2, 2, 7, 14, 16, 31-34, 37]. При этом вероятно появление двух новых понятий – понятия психологического выгорания, под которое можно подвести нормальные процессы, происходящие с личностью при длительном воздействии стрессов средней интенсивности, и медицинского понятия выгорания, под которое могут быть подведены острые необратимые процессы, происходящие с личностью в этих же условиях.

Для объяснения генеза выгорания перспективна теория справедливости [30-32,]; она использовалась в более ранних ис-

следованиях для врачей общей практики [34, 44]. Согласно теории справедливости, люди оценивают свои отношения с другими людьми с точки зрения затрат (напряженность, конкурентность) и выхода (результаты, поощрения) по сравнению с другими вокруг них. Этот принцип может быть применен и к рабочим ситуациям: на рабочем месте люди соотносят вложенный труд с полученным за него вознаграждением. При ощущении дисбаланса в таком соотношении люди могут испытывать чувство несправедливости с последующим выгоранием [5, 10-12, 15, 35, 41, 49], однако оценка баланса между работой и бонусом зависит от личностных факторов [9, 13, 20, 24-26, 30, 40]. Следует отметить, что высокие требования к работе более тесно связаны с выгоранием, чем отсутствие поощрений [8, 18, 20, 29, 46, 56]. Развитие выгорания связано скорее не с экспозицией дозы психотравмирующих факторов, а с выраженной их интенсивностью. Эмоциональное выгорание является своеобразным механизмом психологической защиты в ответ на специфические психотравмирующие воздействия. Данная гипотеза согласуется с теорией стресса Selye, согласно которой реакция на стресс протекает трёхстадийно и имеет характерную динамику.

В современном обществе при отсутствии у большинства населения мотивации на «здоровьесберегающее» поведение отмечается увеличение ожиданий и запросов пациентов при уменьшении ресурсных возможностей системы здравоохранения. Врачи и психологические консультанты так же, как их пациенты, подвержены влиянию социальных факторов. Если у врача существует неудовлетворенность жизнью, то он невольно проецирует свои «несчастья» на пациента, что в конечном итоге снова отражается на психологическом здоровье врача. Врачи подвержены тем же социальным страхам, что и все люди: страх критики, быть отвергнутым, оказаться в центре внимания, быть неполноценным, боязнь новых ситуаций, страх предъявлять претензии, отказывать в требованиях, сказать «нет» [24]. Интенсивность личностных стрессов микросоциального генеза у каждого человека на протяжении каждых последующих 5 лет жизни возрастает примерно в 2 раза, а интенсивность социализированных стрессов макросоциального происхождения (неблагоприятные события в мире, стране, макроколлективе) возрастает в 2 раза ежегодно в нестабильных странах, к которым можно отнести и Украину.

Общая и профессиональная заболеваемость медиков приравнивается к таковой у лиц, работающих во вредных и опасных

условиях труда (И.А. Парпалей, О.О. Лазуренко, Т.А. Тамакова, 2007) [цит. по 24]. Показатель заболеваемости в здравоохранении в 30 раз выше, чем в народном образовании, и в 33 раза выше, чем в торговле и общественном питании, а по данным ВОЗ (2002) продолжительность жизни врача составляет в среднем 54 года. В Украине статистика профессиональной заболеваемости медицинских работников может быть занижена [24], так как большинство врачей занимаются самолечением или лечатся у коллег, ускользая от статистического учета; боятся потерять работу, поэтому стараются скрыть наличие патологии, несовместимой с врачебной деятельностью. Подтвердить профессиональную этиологию заболевания у медиков в реальной практике достаточно сложно, особенно когда причиной заболевания становятся психоэмоциональное напряжение и стресс на рабочем месте [1, 21, 28, 38, 42, 47, 49, 52].

Вместе с тем, социальная и экономическая «цена» синдрома выгорания у медицинских работников очень высока. Врач первичного звена находится в центре дефицита диагностических, лечебных, реабилитационных, лекарственных проблем. Неудовлетворенность работой и стресс на работе испытывают врачи во многих странах [4, 7, 15, 23, 29, 31-34, 41, 51, 54]. В качестве основной причины недовольства и стресса они называют дефицит времени и большой объем работы [29, 44-46, 50], причем переживаемые негативные эмоции могут привести к профессиональному выгоранию [4, 29, 28, 45, 55]. Факторами, способствующими выгоранию, является то, что медики часто вынуждены оказывать помощь специфическим контингентам пострадавших, не всегда видят результат своей деятельности и работают в режиме «тревожного ожидания». Феномен «эмоционального выгорания» врачей опасен в двух плоскостях. С одной стороны, это фактор снижения качества медицинского обслуживания и нарушения интересов пациента. С другой стороны – медико-социальная проблема разрушения личности специалистов высокого класса в одной из массовых профессий гуманистического ряда.

Психологические проблемы у невролога, психолога, психиатра или психотерапевта могут начинаться при попытках пациентов манипулировать ими. Характер подобных манипуляций разнообразен: от частых звонков врачу в любое время суток по любому поводу, часто несуществующему, до попыток вовлечения терапевта в решение своих семейных, сексуальных, юридических и других проблем. Нередки случаи шантажирования

пациентом врача с угрозами совершения суицида. Психотравмирующую ситуацию часто создает конфликт собственной гуманности врача, сопровождаемый извечным вопросом: можно ли позволить пациенту воспринимать себя как друга? В гуманизме профессии врача уже заложены истоки такой разновидности социального страха, как отказать в просьбе, сказать «нет».

Проблема пациента переходит в проблему врача тогда, когда врач теряет веру в эффективность своей работы. Психиатр зачастую не верит в то, что большие психические расстройства (шизофрения, биполярное расстройство) достаточно эффективно лечатся. Врач находится в парадигмозном вакууме и как член общества проявляет элементы нигилизма. Часто у него не хватает терпения к длительным встречам с пациентом без достижения быстрого и стабильного эффекта или излечения, а также времени и знаний для того, чтобы проводить психотерапевтическую работу с каждым больным. В результате он работает лишь на биологическом уровне патологии и постоянно не удовлетворен результатом своей деятельности. Врач не считает нужным полностью информировать пациента о перспективах лечения его патологии, что закономерно вызывает недоверие со стороны больного и его родственников. В свою очередь, врач также не доверяет больному, а следовательно, формально-правильно относится к проблеме стигматизации психиатрических пациентов. Врач проявляет подсознательный страх перед собственным бессилием и катастрофическим диагнозом больного. В результате взаимного наложения рассмотренных социальных и профессиональных факторов у врачей начинают формироваться хронический стресс и синдром эмоционального «выгорания», нашедшие отражение как нозологические формы в международной классификации болезней.

Среди медицинских работников на фоне синдрома эмоционального выгорания со временем появляются психосоматические нарушения, отмечается повышенный уровень психиатрической заболеваемости, часто встречаются тревожные и депрессивные расстройства, суицидные попытки, злоупотребление алкоголем, наркотиками [29]. Например, в Англии 40% всех случаев нетрудоспособности врачей связаны с эмоциональным стрессом [39]. По данным разных авторов (А.В. Арутюнов, 2004; Т.В. Большакова, 2004; Н.Е.Водопьянова, Е.С. Старченкова, 2005; И.В. Козина, 1998; В.В.Лукьянов, 2006; С.А. Подсадный и др., 2007; М.М. Скугаревская, 2003; Л.Н. Юрьева, 2004; А.И. Губин, 2009 и др.), профессиональное выгорание может развиваться у 30-50% врачей [3, 4, 9, 13-17, 20, 22-27, 31, 36, 42, 46, 47, 50].

При обследовании 223 сотрудников психоневрологической службы (Л.Н. Юрьева, 2004) синдром «эмоционального выгорания» различной степени выраженности был выявлен у 77,5% всех обследованных врачей, причем наличие этого феномена продемонстрировали 66,7% интернов, а в наибольшей мере ему оказались подвержены психиатры, проработавшие 10-14 лет (86,7%). Причем, у 38,1% интернов была выявлена сформированная II стадия синдрома. По мере увеличения стажа работы психиатров и наркологов рос показатель тревожности: проявления тревоги были отмечены у каждого пятого врача, проработавшего 10-14 лет, у 31% врачей со стажем работы 15-24 года и у 38,8% специалистов со стажем более 25 лет. Автор обратила внимание, что для уменьшения проявлений тревоги мужчины предпочитают алкоголь, а женщины – транквилизаторы, к которым в силу своей профессии имеют широкий доступ [29].

Исследователями феномена выгорания установлена связь между ролевой конфликтностью, ролевой неопределенностью и эмоциональным выгоранием. Работа в ситуации распределенной ответственности ограничивает развитие синдрома эмоционального сгорания, а при нечеткой или неравномерно распределенной ответственности за свои профессиональные действия этот фактор резко возрастает даже при невысокой рабочей нагрузке. Способствуют развитию эмоционального выгорания те профессиональные ситуации, при которых совместные усилия не согласованы, нет интеграции действий, имеется конкуренция, в то время как успешный результат зависит от слаженных действий.

Основными причинами, способствующими к формированию синдрома «эмоционального выгорания», являются дисгармония в межличностных и статусно-ролевых взаимоотношениях. По мнению Л.Н. Юрьевой (2004), среди таких причин доминируют: длительная и жесткая ролевая деформация; директивный стиль общения и строгая иерархия отношений среди персонала; патерналистский подход к подчиненным, влекущий за собой подавление инициативы и возможности самореализации на работе, снижение самооценки персонала; отсутствие стимулов для личностного и профессионального роста, рутинизация профессиональной деятельности [29].

При общении между персоналом и больными неизбежно возникновение таких феноменов, как «перенос», «контрперенос», «сопротивление», «негативная психотерапевтическая реакция», «реагирование» и т. п., описанных еще З. Фрейдом. Более того, достижение положительного терапевтического эффекта возможно только при наличии и продуктивном развитии этих отношений.

Кроме того, существуют и другие причины развития синдрома «эмоционального выгорания», обусловленные особенностями работы с психически больными: необходимость вести постоянное ежеминутное наблюдение за большим количеством пациентов, среди которых есть социально опасные, агрессивные, склонные к суицидальным и импульсивным действиям больные; постоянная, чаще всего бессознательная тревога о своей физической безопасности. Больше всего синдрому «выгорания» подвержен персонал, работающий в психиатрических и психогериатрических отделениях с недееспособными и невменяемыми пациентами, лицами, употребляющими психоактивные вещества, и больными СПИДом, а также в отделениях, где царит угнетающая казенная обстановка (зарешечены окна, ограждена территория) [15, 23, 29].

Выгорание, к сожалению, является статистически и клинически значимым феноменом для врачей общей практики. При обследовании 127 медработников г. Киева (И.А. Парпалей, М.А. Володий, 2007) у 74,1% был выявлен сформировавшийся синдром «эмоционального выгорания», с распределением (по В.В. Бойко): фаза напряжения – 30,3% случаев, фаза резистенции – 45,0%, фаза истощения – 24,7% респондентов. Подобное распределение фаз свидетельствовало о преобладании психической защиты в виде эмоционального реагирования и расширения сферы экономии эмоций. Кроме того, у 57,7% респондентов был выявлен высокий уровень тревоги, а у 48,9% – отмечались психосоматические и психовегетативные нарушения. По тесту В.В. Бойко, тревога и депрессия была у 54% участников исследования, неудовлетворенность собой – у 67%, переживание психотравм – у 51%, эмоциональная лабильность – у 64,9%, редукция профессиональных обязанностей – у 72,5%, деперсонализация – у 34,3% исследуемых [цит. по 24].

Чувство неудовлетворенности работой у врача и появление признаков выгорания не только негативно сказывается на его собственном благополучии, но также может иметь последствия для качества оказания помощи пациентам. Неудовлетворенность работой является одной из основных причин ухода специалиста из медицины вообще [17, 22, 56], что может формировать негативный имидж профессии врача. В свою очередь, подобные тенденции также приводят к нехватке врачей общей практики, что уже стало проблемой для организаторов здравоохранения. Кроме того, чувство недовольства и выгорание врачей могут ухудшить качество терапии пациентов [4, 16, 35, 40, 47]. Ряд

исследований показали позитивную корреляцию истощения и выгорания с большей самооценкой медицинских ошибок [15, 36, 51], хотя другие данные говорят о том, что выгорание не связано с объективной оценкой медицинских ошибок [56].

Для профессиональной деятельности врача, затратной по времени и энергии, важны проблемы психического здоровья [6, 21, 47]. Врачи первичной сети часто являются первыми профессионалами в области здравоохранения, к которым обращаются пациенты с нарушениями психического здоровья [41] для решения соматических и психологических проблем. Раннее же выявление больных с нарушениями психического здоровья является важным, поскольку первый шаг в поиске адекватной терапии пациента.

Е.М Zantinge и др. (2010) предполагали, что врачи с признаками выгорания проводят более короткие консультации, менее склонны поощрять своих пациентов к обсуждению эмоций, что может приводить к психологической недооценке жалоб пациентов. Однако, по результатам анализа 1890 видеозаписей консультаций 126 врачей в рамках голландского Национального обследования общей практики (DNSGP-2) [35] были сделаны совершенно противоположные выводы. Врачи без признаков выгорания общаются менее эмоционально, менее ориентированы на пациента и меньше используют зрительный контакт со своими пациентами. В то же время, врачи с признаками выгорания проводят большее количество консультаций по сравнению с психологически здоровыми коллегами; они больше внимания уделяют психологическим или социальным темам в своих консультациях. Исследователи обратили внимание на то, что чувства выгорания или дефицита времени не препятствуют диагностике и осознанию психологических проблем пациентов. Напротив, врачи с высоким уровнем истощения или деперсонализации предоставляют пациенту больше возможностей для обсуждения проблем психического здоровья, что увеличивает вероятность качественной курации соматических пациентов с проблемами психического здоровья. С другой стороны, эти врачи сами являются группой риска развития не только полновесного синдрома выгорания, но и собственно расстройств психики. В большинстве своем они склонны к приостановлению/прекращению медицинской практики при появлении ощущения своей профессиональной несостоятельности [52].

По нашему мнению, исследование Е.М Zantinge является эмпирическим подтверждением процессуальных моделей эмоцио-

нального вигорання, які розглядають вигорання як динамічний процес, розвиваючийся в часі і маючий певні фази або стадії. Згідно динамічної моделі М. Буриша, спочатку виникають значущі енергетичні витрати – наслідок екстремально високої позитивної установки на виконання професійної діяльності. З розвитком синдрому з'являється почуття втоми, яке поступово замінюється розчаруванням, зниженням інтересу до своєї роботи. Автор зауважив, що розвиток емоційного вигорання індивідуально і визначається відмінностями в емоційно-мотиваційній сфері, а також умовами, в яких протікає професійна діяльність людини.

Більш розгорнутою виглядає клінічна картина в відповідності з теоретичними конструктами Дж. Грінберга: на першій стадії емоційного вигорання («медовий місяць») лікар задоволений своєю роботою і ставиться до неї з ентузіазмом, але при накопиченні робочих стресів професійна діяльність починає приносити все менше задоволення, він стає менш енергійним, не усвідомлюючи процесу. На другій стадії емоційного вигорання («недостаток палива») з'являється втома, можуть виникнути проблеми зі сном. Однак у разі високої мотивації (у лікаря – як правило) він може продовжувати «горіти», неусвідомлено підживляючись внутрішніми ресурсами в шкоду своєму здоров'ю. При низькій мотивації ж зникає привабливість роботи, можливі зниження продуктивності лікарської діяльності і відстороненість (дистанціювання) від професійних обов'язків.

На третій стадії (хронічні симптоми) надмірна робота без відпочинку призводить до виснаження і схильності до захворювань, а також до психологічних переживань з усвідомленням процесу – хронічної подразливості, загостреної злості або почуття пригніченості, «загнаності в кут». На цьому етапі (як правило, після 40-45 років) відбувається переосмислення себе в професії і прийняття рішення щодо подальшої лікарської діяльності (зменшення навантаження, перепрофілювання, вихід з професії).

На четвертій стадії настає криза, при якій посилюються переживання незадоволення власною ефективністю і якістю життя, розвиваються хронічні захворювання, в результаті чого людина частково або повністю втрачає працездатність. На п'ятій стадії емоційного вигорання «пробивання стіни» фізичні і психологічні проблеми

переходят в острую форму и могут спровоцировать развитие опасных заболеваний, угрожающих жизни человека. Однако, врачи, как правило, избегают наступления этих фаз на интуитивно-профессиональном уровне.

Стратегии коррекции и профилактики профессионального выгорания должны начинаться с образовательных мероприятий. Молодые врачи должны хотя бы иметь представление о существовании профессиональных вредностей в работе медицинского персонала, а также о синдроме «эмоционального выгорания». Успешная профилактика «эмоционального выгорания» невозможна без коррекции личностных особенностей специалиста с фокусированием на уровне персонала. Показано, что если врач в своей работе активно использует психотерапевтические методы и проводит социальную работу, а не только назначает препараты и контролирует их прием, эмоциональное выгорание развивается гораздо реже. Таким образом, в целях профилактики синдрома «эмоционального выгорания» целесообразно применять стратегии, фокусирующиеся на терапевтической идеологии врача. В задачи психотерапевтической работы с врачами входит обучение рассчитывать и обдуманно распределять производственную нагрузку, переключаться с одного вида деятельности на другой, проще относиться к конфликтам на работе, не пытаться всегда и во всем быть лучшими.

Наличие эмоциональной стойкости как профессионально важной черты для коммуникативных профессий подчеркивали С. Д. Максименко, Г. В. Ложкин, М. С. Корольчук и др. Важной отличительной чертой людей, устойчивых к профессиональному выгоранию (предиктором расстройства), является их способность формировать и поддерживать в себе позитивные, оптимистичные установки и ценности, как в отношении самих себя, так и других людей и жизни вообще. Благоприятная психологическая атмосфера вне работы (семья, друзья) и формирование здоровых мотиваций (стремление к соматическому здоровью, отказ от вредных привычек) в значительной мере снижают риск развития психоэмоциональных нарушений у врачей [19, 22].

Например, В.В. Постнов (2003) указывает на позитивный эффект проведения занятий балинтовских групп, практических и семинарских занятий по теме самопрофилактики, групп эмоционального отреагирования, налаживания бригадной формы работы и т.п. [16]. К.С. Максименко (2010) обращает внимание на значимость креативности как личностной основы преодоления негативных психических состояний, в т.ч. выгорания [12]. М.С. Krasner и соавт. (2010) по итогам годичного непрерывного

медицинского образования (медитация, аутотренинг, рассказы о значимых клинических случаях, супервизии, дидактический материал) отметили, что улучшение осознанности выгорания у медработников позитивно коррелировали с факторами добросовестности ($R=0,29$, $P<0.001$), эмоциональной стабильности ($R=0,25$, $P <.001$), эмпатии ($R=0,31$, $P<0.001$), личных достижений ($R=0,33$, $P <0.001$), и негативно – с факторами эмоционального истощения и улучшения настроения (соответственно $R = -0,39$; $R = -0,32$, $P <0.001$). Вместе с тем, авторы отмечают, что результаты внедрения программ по сокращению выгорания представлены слабо; данных по этим программам не хватает [цит. по 52].

Вовремя выявить врачей, склонных к формированию основных невротических реакций и синдрома «эмоционального выгорания», по нашему мнению, поможет внедрение в структуру медицинских осмотров нейропсихологического тестирования. Так, в дистанционном проекте диагностики профессиональной напряженности, под руководством проф. С.Д.Максименко, из 18 отдельных методик (уровня социальной фрустрированности Л.И.Вассермана – В.В. Бойко; изучения мотивации профессиональной деятельности К. Замфир – А. Реана; диагностики уровня эмоционального «выгорания» В.В. Бойко; личностной агрессивности и конфликтность Е.П.Ильина и П.А.Ковалева; «тест руки» Е.Вагнера; шкалы самоофективности Р. Шварцера и М. Ерусалема, самоконтроля в общении М. Снайдера, профессиональной стрессированности Р. Spector и S. Jex, профессиональной загруженности Р. Spector и S. Jex; опыта агрессивных воздействий Т. Glomb и Н. Liao; профессиональной автономности Р. Spector и S. Fox; профессиональной мобильности В. Терпер, профессионального саботирования R. Bennett и S. Robinson (модиф. J. Raver); конструктивного сопротивления В. Терпер (модиф. М. Mitchell), профессионального избегания М. Mitchell и М. Ambrose, профессионально-семейного конфликта R. Netemeyer (модиф. J. Raver), поисковой активности работы G. Blau, отрицательного влияния работы D. Watson) – формируется экспресс-карта диагностики синдрома выгорания с последующей адаптацией ее для отдельных профессий.

При изучении предикторов синдрома выгорания у врачей как фактора формирования аутодеструктивного поведения мы обнаружили интересную закономерность динамики осознания болезненного состояния. На определенном этапе профессиональной карьеры (в возрасте 30-40 лет) показатели синдрома выгорания у врачей были самыми низкими. Также был выявлен

более высокий уровень ожидания профессионального выгорания у студентов-медиков по сравнению с существующим уровнем выгорания у практикующих врачей, что указывает на позднее осознание у них состояния выгорания по сравнению со студентами-медиками.

В системе менеджмента синдрома выгорания существует два этапа. Первый – диагностический – включает в себя оценку факторов риска выгорания, его психологическую и клиническую диагностику. В зависимости от наличия или отсутствия факторов риска и симптомов выгорания у медицинского персонала проводятся адекватные профилактические мероприятия на уровне социума, коллектива и личности. Мы выделяем такие уровни лечебно-профилактических мероприятий относительно выгорания:

- **МАКРОУРОВЕНЬ** – общество (организационный и социально-экономический);
- **МЕЗОУРОВЕНЬ** – коллектив (профессиональная среда);
- **МИКРОУРОВЕНЬ** – личность (психокоррекция и психотерапия; фармакотерапия; альтернативные методы (аромо-, библио-, бальнео-, рефлексотерапию и т. п.).

Практика показала, что на **МАКРОУРОВНЕ** социально-организационные факторы могут выступать мощными превенторами синдрома выгорания. К ним относятся: политико-экономическая стабильность с адекватной оплатой труда медработников; «прозрачность» и строгое соблюдение трудового законодательства; совершенствование правовой базы, регламентирующей работу медиков; качественное проведение профилактических медицинских осмотров медработников; внедрение страхования рисков врачебной практики; проведение в централизованном порядке образовательных семинаров и тренингов выгорания для медработников.

На **МЕЗОУРОВНЕ** гигиена производственных отношений включает не только рациональную организацию рабочего времени с жестким контролем соблюдения режимов труда и отдыха, и, что более важно, активную социальную поддержку с повышением профессиональной мотивации врача путем установления баланса между затрачиваемыми усилиями и получаемым вознаграждением, а также создание условий для снятия рабочего напряжения и поддержания соматического здоровья врачей.

МИКРОУРОВЕНЬ – личностный уровень профилактики (в групповом и индивидуальном вариантах) нацелен на купирование стрессовых состояний, возникающих в связи с напряженной деятельностью, формирование навыков саморегуляции, обучение методикам расслабления и контроля собственного физичес-

кого и психического состояния, повышение стрессоустойчивости. Одним из методов профилактики данного синдрома является психологическое консультирование медицинских работников и, при необходимости, психокоррекция. При этом могут осуществляться: коррекция негативных стереотипов обыденного сознания и неадекватных механизмов психологической защиты, а также – формирование профессиональной мотивации и адаптивных механизмов саморегуляции.

Таким образом, необходимо повсеместное внедрение в систему медико-психологического менеджмента программ группового обучения для уменьшения вероятности того, что процесс выгорания выйдет из-под контроля.

Список використаних джерел

1. Богданова Е. Е. Динамика профессиональной направленности субъектов медсестринской деятельности в процессе профессиональной подготовки и адаптации /Е. Е. Богданова // Современные проблемы науки и образования. – 2006. – № 5. – С. 88-89.
2. Большакова Т. В. Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Т. В. Большакова ; [Яросл. гос. ун-т им. П. Г. Демидова]. – Ярославль, 2004.
3. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – 2-е изд. – М. [и др.] : Питер, 2008.
4. Вялкова Г. М. Социально-гигиеническое исследование заболеваемости медицинских работников и потребность в оздоровительном лечении : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.М. Вялкова. –М., 2001.
5. Гавриленко М. А. К вопросу о развитии синдрома «выгорания» у врачей психиатров-психотерапевтов / М. А. Гавриленко// Архів психіатрії. – 2002. – №4. – С. 192–195.
6. Емоційне вигорання / Упоряд. В.Дудяк. – К.: Главник, 2007.
7. Диагностика «психического выгорания» врачей анестезиологов-реаниматологов / О.Ю. Щелкова, О. А. Кузнецова, В. А. Мазурок, М.В. Решетов // Вестн. психотерапии. – 2008. – № 25(30).
8. Евдокимов В. И. Оценка формирования Синдрома профессионального выгорания у врачей и его профилактика / В.И. Евдокимов, А. И. Губин// Вестник психотерапии. – 2009. – № 30. – С. 106-119.

9. Иванов А. В. Совершенствование профилактических мероприятий по укреплению здоровья врачей муниципальных учреждений / А.В. Иванов, О.Е. Петручук, В.О. Щепин. – Воронеж : ГВУ, 2005.
10. Квашнина Г. А. О. Система поддержки принятия решений врачом-психологом при оценке степени психической адаптации лиц, работающих в экстремальных ситуациях / Г. А. Квашнина, Я. Мун// Вестник Воронежского государственного технического университета. – 2005. – Т. 1, № 7. – С. 82-85.
11. Кравчук В. В. Синдром «професійного вигорання» як індикатор порушення здоров'я працівників окремих спеціальностей / В. В. Кравчук, В. В. Кальниш, А. І. Єна // Охорона здоров'я України. – 2005. – №1–2. – С. 28–32.
12. Максименко К. С. Переживання і подолання особистістю негативних психічних станів при хронічних соматичних захворювань: Автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.04; Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України – К., 2010. – 18 с.
13. Михайлов Б.В. Синдром «выгорания» его причины и способы коррекции /Б.В. Михайлов, М.А. Гавриленко// Архив психиатрии. – 2001. – №4. – С.32–37.
14. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования перспективы / В.Е. Орел// Психологический журнал. – 2001. – Т. 1, № 1. – С. 90-101.
15. Осухова Н.Г. Кожевникова В.В. Возвращение к жизни: Методические материалы для ведущих тренингов и семинаров по профилактике профессионального выгорания / Н.Г. Осухова, В.В. Кожевникова// Помощь помощнику: социально-психологическое сопровождение социальных работников / Под ред. Н. Г.Осуховой. – М.: Изд-во «Амиго-пресс», 2006.
16. Постнов В. В. Синдром эмоционального сгорания в наркологической клинике. Информационное методическое письмо / В. В. Постнов. – Оренбург, 2003.
17. Профессиональное выгорание у медицинских работников / В.Я. Апчел, В.Г. Белов, В.И. Говорун, Ю.А. Парфенов, П.В. Попрядухин // Вестн. Рос. воен. мед. акад. – 2008. – № 2(22).
18. Робертс Г. А. Профилактика выгорания /Г. А. Робертс // Обзор современной психиатрии. – 1998. – № 1. – С. 39–46
19. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти: Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післяди-

- плом. освіти / За наук. ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки, Т. В. Зайчикової. – К.: Міленіум, 2004. – 264 с.
20. Скугаревская М. М. Синдром эмоционального выгорания у работников сферы психического здоровья : автореф. дис. . канд. мед. наук. / М. М. Скугаревская; [Белорус. гос. мед. ун-т]. – Минск, 2003.
 21. Солонинкина Л. Ф. Модель профессиональной адаптации молодых специалистов в операционном блоке / Л. Ф. Солонинкина, З. В. Зайцева // Медицинская сестра. – 2007. – № 2. – С. 15.
 22. Фокина Т. Ю. Личностно-психологические аспекты синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов : диссертация ... кандидата медицинских наук. – Москва, 2009. – 188 с.: ил.
 23. Лукьянов В. В. Взгляд на проблему исследования синдрома «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов / В.В. Лукьянов // Вестн. психотерапии. – 2006. – № 17(22).
 24. Чабан О. С. Здоровье врача – невролога, психиатра. Кто о нем позаботится? / О. С. Чабан, С. Г. Сова, Г. К. Юрьева [и др.] // Мед. Вестник. – 2007. – № 15-16. – С. 46.
 25. Эмоциональное истощение как проявление дезадаптации у медицинских работников / Е. А. Никитин, С. М. Шкленник, В. С. Цой, Ю. А. Парфенов // Вестн. психотерапии. – 2007. – № 21(26).
 26. Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование профилактики, коррекция / Л. Н. Юрьева. – К.: Сфера, 2004. – 272 с.
 27. Яркина О. С. Синдром эмоционального выгорания у врачей в контексте личностно-профессионального развития: симптомы и предпосылки / О. С. Яркина // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2008. – № 3. – С. 307-311.
 28. Appleton K. F., House A. F., Dowell A. A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds // Br J Gen Pract. – 1998. – V. 48. – P. 1059-1063.
 29. Brink-Muinen A., Dulmen A. M., Schellevis F. G., Bensing J. M. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patient communicatie in Nederland (Second Dutch National Survey in General Practice. Focus on communication: doctor-patient communication in the Netherlands). Utrecht: NIVEL; 2004.
 30. Calnan M., Wainwright D., Forsythe M., Wall B., Almond S. Mental health and stress in the workplace: the case of general practice in the UK // Soc Sci Med. – 2001. – V. 52. – P. 499-507.

31. Del Piccolo L., Saltini A., Zimmermann C., Dunn G. Differences in verbal behaviours of patients with and without emotional distress during primary care consultations // *Psychol Med.* – 2000. – V. 30. – P. 629-643.
32. Demerouti E., Bakker A. B., Nachreiner F., Schaufeli W. The Job Demands-Resources Model of Burnout // *J Appl Psychol.* – 2001. – V. 86. – P. 499-512.
33. DeVoe J., Fryer G. E. Jr, Hargraves J. L., Phillips R. L., Green L. A. Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care? // *J Fam Pract.* – 2002. – V. 51. – P. 223-228.
34. Dinsdale P. (2005) Overseas staff left frustrated by lack of career development // *Nursing Standard.* – 2005. – V. 19. – P. 8.
35. Dowell A. C., Coster G., Maffey C. Morale in general practice: crisis and solutions // *N Z Med J.* – 2002. – V. 115(1158). – P. 102.
36. Dowell A. C., Hamilton S., McLeod D. K. Job satisfaction, psychological morbidity and job stress among New Zealand general practitioners // *N Z Med J.* – 2000. – V. 113. – P. 269-272.
37. Fahrenkopf A. M., Sectish T. C., Barger L. K., Sharek P. J., Lewin D., Chiang V. W. et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study // *BMJ.* – 2008. – V. 336(7642). – P. 488-491.
38. Freudenberger H. J. Staff burnout // *J. of Social Issues.* – 1974. – Vol. 30. – P. 159-165.
39. Huby G., Gerry M., McKinstry B., Porter M., Shaw J., Wrate R. Morale among general practitioners: qualitative study exploring relations between partnership arrangements, personal style, and workload // *BMJ.* – 2002. – V. 325(7356). – P. 140-144.
40. Maslach C., Jackson S. E., Leiter M. P. Maslach Burnout Inventory Manual. – Palo Alto: California Consulting Psychological Press Inc., 1996. – 52 p.
41. Maslach C., Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives // *Applied and Preventive Psychology.* – 1998. – Vol.7. – P. 63-74.
42. McHugh M. D., Kutney-Lee A., Cimiotti J. P., Sloane D. M., Aiken L. H. Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care // *Health Aff (Millwood).* – 2011. – V. 30(2). – P. 202-210.
43. Roter D., Larson S. The Roter Interaction Analysis System (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions // *Patient Educ Couns.* – 2002. – V. 46. – P. 243-251.

44. Schaufeli W., Bakker A. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study // *Journal Organiz Behavior*. – 2004. – V. 25. – P. 293-315.
45. Suchman A. L. A new theoretical foundation for relationship-centered care. Complex responsive processes of relating // *J Gen Intern Med*. – 2006. – V. 21(Suppl 1). – P. 40-44.
46. Tait D. et al. Suicidal Ideation Among American Surgeons // *Arch Surg*. – 2011. – V. 146(1). – P. 54-62. doi:10.1001/archsurg.2010.292
47. Telford R., Hutchinson A., Jones R. Obstacles to effective treatment of depression: a general practice perspective // *Fam Pract*. – 2002. – V. 19. – P. 45-52.
48. Visscher A., Laurant M., Schattenberg G., Grol R. De rol van de huisarts inzake geestelijke gezondheidszorg (GP's role in mental health care). Nijmegen: Centre for quality of care research, UMC St Radboud; 2002.
49. West C. P., Huschka M. M., Novotny P. J. et al.: Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study // *JAMA*. – 2006. – V. 296. – P. 1071-1078.
50. Westert G. P., Schellevis F. G., de Bakker D. H. et al. Monitoring health inequalities through General Practice: the Second Dutch National Survey of General Practice // *Eur J Public Health*. – 2005. – V. 15(1). – P. 59-65.
51. Williams E., Manwell L., Konrad T., Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study // *Health Care Manage Rev*. – 2007. – V. 32. – P. 203-212.
52. Zantinge E. M. et al. Does Burnout among Doctors Affect their Involvement in Patients' Mental Health Problems? Posted: 02/05/2010; BMC Family Practice – 2009 BioMed Central, Ltd.

The article represents generalized information on burnout syndrome in medical workers. Predictors and preventers of this state were analyzed, psychosocial risk factors for burnout were ranged; clinic, course and prognosis of burnout for this occupational group were described. In addition, the levels of medical and preventive actions were detected in the management of burnout in medical workers.

Keywords: psychology of stress, occupational stress, the experience as a form of burnout, emotional burnout, health care providers, diagnosis, treatment, prevention and management.

Отримано: 21.09.2012 р.