

Погосова Н. В.¹, Исакова С. С.², Соколова О. Ю.¹,
Аушева А. К.¹, Жетишева Р. А.¹, Арутюнов А. А.¹

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России, Москва, Россия

² ООО «МСЧ 14», Москва, Россия

ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Цель	Изучить особенности психологического статуса, синдрома профессионального выгорания (СПВ) и качества жизни (КЖ) у врачей терапевтического профиля, работающих в амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения.
Материал и методы	Проведено поперечное исследование на базе 16 отобранных случайным образом городских поликлиник Москвы, в которое включались врачи терапевтического профиля (участковые врачи, врачи общей практики, кардиологи). После подписания информированного согласия участниками заполнялась индивидуальная регистрационная карта, включающая основные социально-демографические (пол, возраст, образование, занимаемая должность) и профессиональные характеристики (специализация, стаж работы, наличие квалификационной категории), а также опросники. Степень профессионального выгорания оценивалась с помощью Опросника выгорания Маслач (MBI-HSS), наличие тревожной и депрессивной симптоматики оценивалось с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Для оценки уровня стресса использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ) с диапазоном значений от 0 до 10 баллов. Для изучения КЖ врачей использовался Краткий опросник Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF).
Результаты	В исследование включены 108 врачей из 16 городских поликлиник в возрасте от 24 до 70 лет (средний возраст $44,0 \pm 13,1$ года), преимущественно женщины (87,0%). Из компонентов СПВ высокий уровень эмоционального истощения выявлен у 50,0% врачей, высокий уровень деперсонализации – у 34,1%, высокий уровень редукции личных достижений – у 37,5%. Высокий уровень стресса (≥ 7 баллов по ВАШ) был обнаружен у 66,3% врачей; тревожная и депрессивная симптоматика любой степени выраженности (≥ 8 баллов по подшкалам HADS-A и HADS-D) выявлена у 23,8 и 22,7% участников соответственно. Доля врачей, оценивших свое КЖ ниже, чем «хорошо», составила 42,0%; доля врачей, которые оценили свое состояние здоровья ниже, чем «хорошо», – 41,6%. Большинство изученных факторов не имели достоверных различий в зависимости от пола и стажа работы участников, за исключением эмоционального истощения (у 55,3% женщин и 16,7% мужчин; $p=0,0086$) и высокого уровня стресса (у 72,2% женщин и 28,6% мужчин; $p=0,002$).
Заключение	Выявлена высокая распространенность персональных факторов, потенциально неблагоприятно влияющих на работу врачей амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения: высокого уровня стресса, тревожной и депрессивной симптоматики, профессионального выгорания, неудовлетворительного КЖ и низкой удовлетворенности состоянием собственного здоровья. Необходимо принятие управленческих решений и мер по созданию оптимального для врачей психологического климата на рабочем месте, разработке новых стратегий профилактики и коррекции психологического состояния врачей, а также внедрению комплексных программ, направленных на оздоровление профессиональной среды с целью сохранения и укрепления психического здоровья и повышения профессионального престижа врачебной специальности.
Ключевые слова	Первичное звено здравоохранения; профессиональное выгорание; тревожность; депрессия; стресс
Для цитирования	Pogosova N.V., Isakova S.S., Sokolova O.Y., Ausheva A.K., Zhetisheva R.A., Arutyunov A.A. Occupational Burnout, Psychological Status and Quality of Life in Primary Care Physicians Working in Outpatient Settings. <i>Kardiologiya</i> . 2021;61(6):69–78. [Russian: Погосова Н.В., Исакова С.С., Соколова О.Ю., Аушева А.К., Жетишева Р.А., Арутюнов А.А. Особенности профессионального выгорания, психологического статуса и качества жизни врачей терапевтического профиля амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения. <i>Кардиология</i> . 2021;61(6):69–78]
Автор для переписки	Погосова Нана Вачиковна. E-mail: nanapogosova@gmail.com

Понятие профессионального выгорания в здравоохранении появилось в конце 60-х годов прошлого века как способ оценки психологического стресса, испытываемого медицинским персоналом при работе с пациентами в бесплатных клиниках [1]. В дальнейшем область использования концепции выгорания значительно расширилась, она стала касаться стресса, связанного с профессией, при работе в любых медицинских учреждениях [2, 3]. Понятие синдрома эмоционального выгорания («burnout») было введено в психологию американским психиатром Гербертом Фрейденбергером в 1974 г. [4]. Изучением указанного состояния активно занимались американские психологи Кристина Маслач и Сьюзен Джексон, которые в 1976 г. охарактеризовали его как эмоциональное опустошение, включающее развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе, утрату понимания и сочувствия по отношению к пациентам [5]. Основываясь на фундаментальных работах К. Маслач и других авторов, проведенных в 80-х годах XX века, в настоящее время в научной литературе общая оценка синдрома профессионального выгорания (СПВ) проводится на основании тех или иных комбинаций эмоционального истощения, деперсонализации и редукции личных достижений, развивающихся на фоне хронического стресса, обусловленного профессиональной деятельностью [1].

По некоторым данным, СПВ встречается у 30–90% медицинских работников и зависит от стажа работы, специальности, возраста, пола, а также региона проживания [6, 7]. В качестве примера можно привести крупное исследование, проведенное в США в 2012 г., в котором принимали участие 7288 врачей различных специальностей. Установлено, что 45,8% американских врачей были подвержены профессиональному выгоранию, что на 10% выше, чем в среднем по популяции [8]. Самыми истощенными чувствовали себя врачи неотложной помощи, семейные врачи и неврологи [8–10]. Следует отметить, что уровень психологической устойчивости врачей выше, чем в общей популяции работающего населения, и он обратно связан с развитием СПВ. Однако СПВ широко распространены даже среди врачей с максимально возможным показателем устойчивости, т. е. даже самые психологически устойчивые врачи подвергаются значительному риску СПВ [11].

В ряде зарубежных и отечественных исследований показано, что высокий уровень СПВ у медицинских работников ассоциируется с частыми медицинскими ошибками, снижением качества медицинской помощи, низкими показателями удовлетворенности пациентов, более длительными сроками восстановления больных после выписки, повышением оттока кадров из отрасли [12–14]. Профессиональное выгорание имеет серьезные послед-

ствия не только для качества медицинской помощи, но и в отношении здоровья самого медицинского работника, а именно развития у него сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), депрессии, злоупотребления алкоголем, сокращения продолжительности жизни [15–18].

Тесно связано с СПВ наличие депрессивной симптоматики, которая достаточно часто встречается у врачей [19, 20]. В систематическом обзоре D. A. Mata и соавт. показано, что распространенность депрессивной симптоматики среди врачей-резидентов составляет 28,8% и варьирует от 20,9 до 43,2% в зависимости от используемого инструмента для оценки [20]. Интересным представляется наличие двунаправленной связи между симптомами депрессии и медицинскими ошибками. Так, крупный систематический обзор и мета-анализ 11 исследований с участием 21 517 врачей продемонстрировал связь между симптомами депрессии у врача и повышением риска медицинских ошибок (относительный риск – ОР 1,95; 95% доверительный интервал – ДИ 1,63–2,33) [21]. В то же время, по данным 4 исследований (n=4462), медицинские ошибки связаны с последующим развитием у врачей депрессивной симптоматики (ОР 1,67; 95% ДИ 1,48–1,87). В ряде работ показано, что своевременное выявление и лечение депрессии у врачей уменьшает количество совершаемых ими медицинских ошибок, улучшает самочувствие врачей и качество их работы с пациентами [22].

В последние годы на фоне возрастания темпа и интенсивности оказания медицинской помощи к медицинским работникам предъявляются высокие требования, в том числе в отношении качества оказания помощи. Все это приводит к возрастанию эмоциональной нагрузки на сотрудников медицинских учреждений. Активно развивается тенденция рассматривать состояние здоровья медицинского персонала как важный фактор оценки качества работы учреждения [23, 24].

Цель

Изучение особенностей психологического статуса, СПВ и качества жизни (КЖ) врачей терапевтического профиля амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения.

Материал и методы

Проведено поперечное исследование на базе 16 государственных бюджетных учреждений здравоохранения – городских поликлиник Москвы, которые случайным образом были отобраны из общего списка городских поликлиник для взрослого населения, взятого с веб-сайта Департамента здравоохранения г. Москвы (www.mosgorzdrav.ru). У руководства поликлиник (главных врачей и/или заместителей главного врача по медицинской части) было получено разрешение на проведе-

ние исследования, после чего участковым врачам, врачам общей практики и кардиологам поликлиник было предложено принять участие в исследовании посредством анонимного анкетирования.

Критериями включения являлись:

- 1) занимаемая должность: врачи первичного амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения терапевтического профиля (участковые врачи, врачи общей практики, кардиологи), занимающиеся клинической деятельностью на момент исследования и оказывающие профессиональную медицинскую помощь пациентам с высоким/очень высоким риском развития ССЗ и уже имеющимися ССЗ;
- 2) место работы: государственные бюджетные учреждения здравоохранения – городские поликлиники Москвы;
- 3) согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения:

- 1) отказ руководства государственного бюджетного учреждения здравоохранения городской поликлиники Москвы дать разрешение на проведение данного исследования;
- 2) отказ врача поликлиники от участия в исследовании;
- 3) дефекты заполнения индивидуальной регистрационной карты и опросников, делающие невозможной их статистическую обработку.

После подписания информированного согласия всеми участниками исследования заполнялась индивидуальная регистрационная карта, включающая основные социально-демографические (пол, возраст, образование, занимаемая должность) и профессиональные характеристики (специализация, стаж работы, наличие квалификационной категории), а также опросники.

Степень профессионального выгорания оценивалась с помощью Опросника выгорания Маслач (Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey – MBI-HSS) [25]. Опросник включает 3 подшкалы: эмоционального истощения (9 утверждений), деперсонализации (5 утверждений) и редукции личных достижений (8 утверждений). Ответы оцениваются по подшкалам в диапазоне от 0 до 6 баллов, где 0 – утверждение встречается «никогда», 6 баллов – «каждый день», соответственно максимальное значение по подшкале эмоционального истощения составляет 54 балла, деперсонализации – 30 баллов, редукции личных достижений – 48 баллов. Чем больше сумма баллов по каждой подшкале в отдельности, тем больше выражены различные аспекты СПВ. Пороговыми значениями для подшкалы эмоционального истощения считались значения ≤ 16 и ≤ 25 баллов, для подшкалы деперсонализации – ≤ 6 и ≤ 11 баллов, для подшкалы редукции личных достижений – ≤ 30 и ≤ 37 баллов (низкий, средний и высокий уровни соответственно).

Наличие тревожной и депрессивной симптоматики оценивалось с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) [26]. Оценка 8–10 баллов по подшкалам тревоги HADS-A и депрессии HADS-D считалась соответствующей наличию симптомов субклинической, ≥ 11 баллов – клинически выраженной тревожной и депрессивной симптоматики. Для оценки уровня стресса использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ) с диапазоном значений от 0 до 10 баллов. При этом уровень стресса расценивался как повышенный при оценке ≥ 5 баллов по ВАШ, высокий – при ≥ 7 баллов, максимально высокий – при 9–10 баллах.

Для изучения КЖ врачей использовался Краткий опросник Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) для оценки КЖ (WHOQOL-BREF), состоящий из 26 пунктов [27]. В соответствии с методикой отдельно оценивались первые 2 вопроса о КЖ и удовлетворенности состоянием здоровья. Остальные 24 вопроса группировались в 4 сферы: сфера 1 – физическая, включающая следующие субсферы: физическую боль, дискомфорт, жизненную активность, энергию, усталость, мобильность, сон и отдых; сфера 2 – психологическая, и ее субсферы: положительные и отрицательные эмоции, мышление, обучаемость, память, самооценка, внешний вид, вероисповедание; сфера 3 – социальная, и ее субсферы: личные отношения, социальная поддержка, сексуальная активность; сфера 4 – окружающая среда, и ее субсферы: финансовые ресурсы, физическая безопасность и защищенность, медицинская и социальная помощь (доступность и качество), семейные отношения, возможность приобретения новой информации и навыков, окружающая среда, транспорт. Оценка результатов проводилась согласно шкале, прилагаемой в инструкции к опроснику. Шкала имеет диапазон от 0 до 100 баллов, при этом чем выше балл, тем выше КЖ.

Статистический анализ полученных данных проводили с помощью пакета прикладных статистических программ SAS (Statistical Analysis System, SAS Institute Inc., США). Для количественных показателей (например, уровни артериального давления), измеряемых по интервальной шкале, рассчитывали среднее значение и стандартное отклонение ($M \pm SD$). Для качественных показателей, измеряемых по номинальной шкале, и порядковых показателей, измеряемых по ранговой шкале, определяли частоту выявления показателя в процентах или частоту регистрации разных ранговых оценок показателя соответственно. Достоверность связи между показателями оценивали с помощью таблиц сопряженности с расчетом критерия хи-квадрат, коэффициента сопряженности Крамера. При анализе межгрупповых различий показателей, измеренных по интервальной шкале, рассчитывали кри-

Рисунок 1. Уровень профессионального выгорания у врачей терапевтического профиля амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения

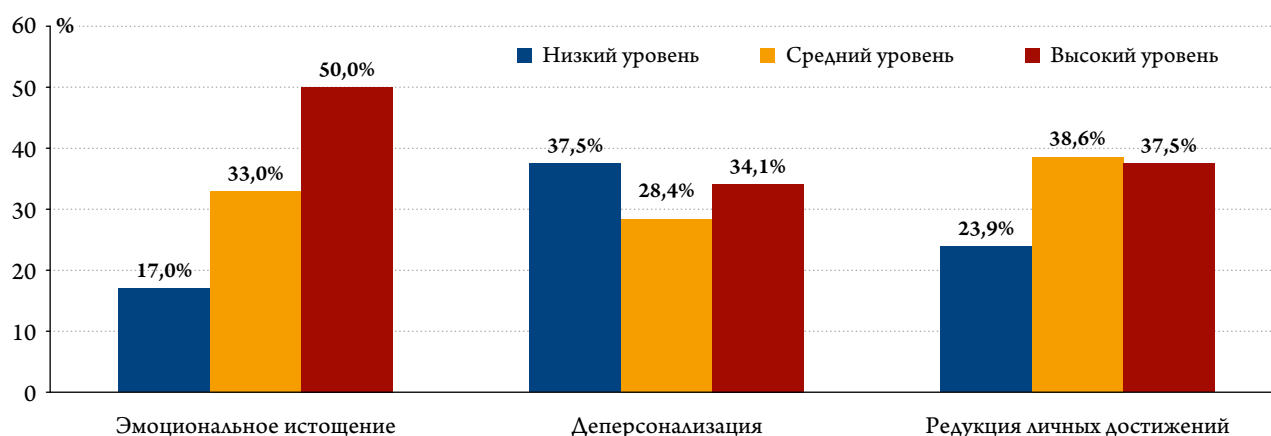


Таблица 1. Гендерные особенности психологического статуса, профессионального выгорания и качества жизни врачей терапевтического профиля амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения

Показатель	Все врачи	Женщины	Мужчины	p
Возраст, годы	44,0±13,1	45,3±13,2	37,6±12,1	0,047
Возраст до 40 лет, %	46,3	43,6	64,3	н/д
Стаж работы до 10 лет, %	52,3	47,3	85,7	0,0037
Синдром профессионального выгорания				
Эмоциональное истощение, баллы	24,7±9,4	25,8±9,1	18,3±9,3	0,0009
Высокий уровень эмоционального истощения, %	50,0	55,3	16,7	0,0086
Деперсонализация, баллы	7,9±5,1	8,1±5,1	7,3±4,7	н/д
Высокий уровень деперсонализации, %	34,1	34,2	33,3	н/д
Редукция личных достижений, баллы	32,0±6,5	32,3±6,2	30,5±8,3	н/д
Высокий уровень редукции личных достижений, %	37,5	35,5	50	н/д
Уровень стресса по ВАШ				
Уровень стресса по ВАШ, баллы	7,1±2,1	7,3±2,1	5,5±1,8	0,003
Повышенный уровень стресса (≥5 баллов), %	92,3	93,3	85,7	н/д
Высокий уровень стресса (≥7 баллов), %	66,3	72,2	28,6	0,002
Максимальный уровень стресса (9–10 баллов), %	24,8	28,6	0	0,0002
Тревожная симптоматика				
Оценка по HADS-A, баллы	4,8±3,5	5,0±3,4	3,2±3,7	0,08
Наличие любой тревожной симптоматики (≥ 8 баллов по HADS-A), %	23,8	26,3	8,3	н/д
Наличие клинически выраженной тревожной симптоматики (≥ 11 баллов по HADS-A), %	6,8	6,6	8,3	н/д
Депрессивная симптоматика				
Оценка по HADS-D, баллы	4,9±3,3	4,9±3,2	5,3±4,0	н/д
Наличие любой депрессивной симптоматики (≥ 8 баллов по HADS-D), %	22,7	22,3	25,0	н/д
Наличие клинически выраженной депрессивной симптоматики (≥ 11 баллов по HADS-D), %	5,7	2,6	25,0	0,023
Качество жизни				
Качество жизни, баллы	3,6±0,73	3,6±0,8	3,6±0,7	н/д
Доля врачей, оценивших свое качество жизни ниже, чем «хорошо», %	41,6	42,8	33,3	н/д
Доля врачей, оценивших свое качество жизни «хорошо» и «очень хорошо», %	58,4	57,1	66,6	н/д
Удовлетворенность состоянием здоровья				
Удовлетворенность состоянием здоровья, баллы	3,4±0,9	3,4±0,9	3,6±0,7	н/д
Доля врачей, оценивших удовлетворенность состоянием здоровья ниже, чем «хорошо», %	42,0	44,2	33,3	н/д
Доля врачей, оценивших удовлетворенность состоянием здоровья «хорошо» и «очень хорошо», %	58,0	55,8	66,6	н/д

Данные представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения (M±SD), если не указано иное. ВАШ – визуальная аналоговая шкала. н/д – не достоверно.

терий t Стьюдента для независимых выборок. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

В исследование включены 108 врачей из 16 городских поликлиник в возрасте от 24 до 70 лет (средний возраст $44,0 \pm 13,1$ года), преимущественно женщины (87,0%). Возраст 52% врачей находился в диапазоне 40–65 лет, доля врачей моложе 29 лет составила 15%, 30–39 лет – 27%, 66 лет и старше – 6%. В исследовании приняли участие 90 (83,3%) участковых терапевтов и врачей общей практики и 18 (16,7%) кардиологов. Стаж работы по специальности менее 5 лет имели 30,6% врачей, от 5 до 9 лет – 15,7%, от 10 до 19 лет – 17,6%, более 20 лет – 36,1%. Первая квалификационная категория была присвоена 9,3% специалистов, вторая – 2,8%, высшая – 30,6%, а 54,6% врачей не имели квалификационной категории.

У 50,0% врачей, включенных в исследование, был выявлен высокий и у 33,0% – средний уровень эмоционального истощения (рис. 1). У врачей – участников исследования обнаружена достаточно высокая частота деперсонализации и редукции личных достижений высоких уровней (34,1 и 37,5% соответственно).

Установлены гендерные особенности профессионального выгорания среди врачей терапевтического профиля амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения. Согласно представленным в табл. 1 данным, усредненный показатель эмоционального истощения у женщин достоверно выше, чем у мужчин ($25,8 \pm 9,1$ балла против $18,3 \pm 9,3$ балла; $p < 0,001$); кроме того, высокий уровень эмоционального истощения у женщин-врачей встречался статистически значимо чаще, чем у мужчин (55,3% против 16,7%; $p < 0,01$).

Обращает внимание, что повышенный уровень стресса отмечался у 92,3% врачей, высокий уровень стресса – у $\frac{2}{3}$ врачей, максимально высокий – у каждого четвертого специалиста (см. табл. 1). Усредненный показатель уровня стресса, по данным ВАШ, у женщин-врачей

был достоверно выше, чем у мужчин ($7,3 \pm 2,1$ балла против $5,5 \pm 1,8$ балла; $p < 0,003$), и соответственно доля женщин-врачей с высоким уровнем стресса была значительно больше (72,2% против 28,6%; $p = 0,0021$). Максимальный уровень стресса, соответствующий 9–10 баллам по ВАШ, отмечался у 28,6% женщин и отсутствовал у мужчин.

Не имели тревожной или депрессивной симптоматики 60,9% врачей амбулаторно-поликлинического звена, включенных в исследование. У 39,1% врачей отмечалась тревожная и/или депрессивная симптоматика того или иного уровня: 10,2% имели клинически выраженную тревогу и/или депрессию, а 2,3% – их одновременное сочетание.

Тревожная симптоматика имела у 23,8% специалистов, включенных в исследование. При анализе гендерных особенностей установлена тенденция к несколько большей выраженности тревоги у женщин по сравнению с мужчинами ($5,0 \pm 3,4$ балла против $3,2 \pm 3,7$ балла). Депрессивная симптоматика любой степени выраженности отмечалась у 22,7% врачей терапевтического профиля, работающих в поликлиниках. При этом доля врачей-мужчин с клинически выраженной депрессивной симптоматикой была значительно больше, чем доля женщин (25,0% против 2,6%; $p = 0,023$).

Согласно Краткому опроснику ВОЗ для оценки КЖ, 58,4% врачей, включенных в исследование, считали свое КЖ «хорошим» и «очень хорошим», остальные специалисты поделились примерно поровну (по 21%) на имеющих «плохое» или «ни плохое, ни хорошее» КЖ (рис. 2, А).

Состояние своего здоровья врачи оценили следующим образом: 58,4% врачей, включенных в исследование, считали состояние своего собственного здоровья «удовлетворительным» и «очень удовлетворительным», 34,8% специалистов выбрали вариант «ни то, ни другое», 6,8% врачей были не удовлетворены состоянием своего здоровья (рис. 2, Б).

Данные табл. 2 демонстрируют, что у врачей терапевтического профиля амбулаторно-поликлинического зве-

Рисунок 2. Уровень качества жизни (А) и удовлетворенность состоянием здоровья врачей терапевтического профиля амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения (Б), по данным Краткого опросника ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF)

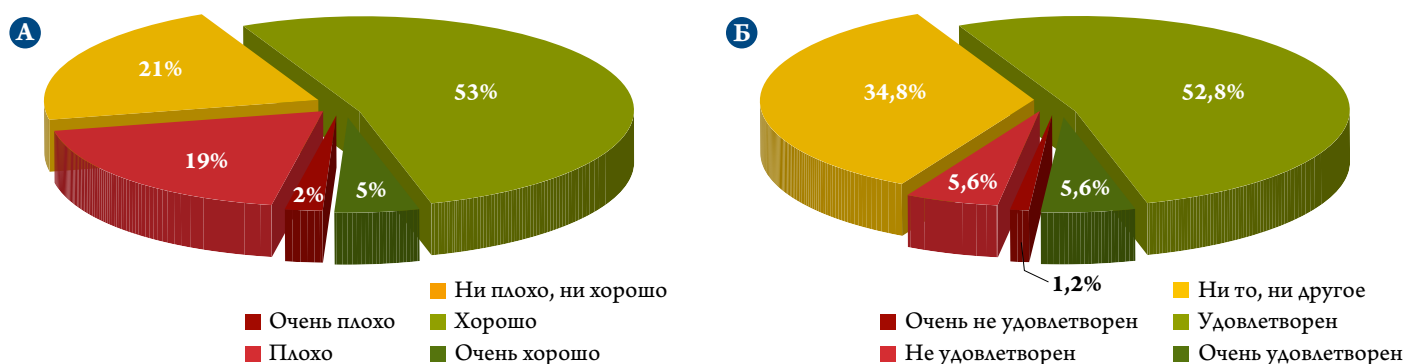


Таблица 2. Сравнительная оценка четырех сфер качества жизни врачей терапевтического профиля амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения

Сферы качества жизни		Баллы
Сфера 1	Физическое здоровье	54,3±10,1
Сфера 2	Психологическое здоровье	63,2±11,0
Сфера 3	Социальные отношения	71,3±17,5
Сфера 4	Окружающая среда	60,8±14,3

Данные представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения (M±SD).

на здравоохранения наиболее высокая средняя балльная оценка отмечалась в социальной сфере, включающей семейные отношения, социальную поддержку и сексуальную активность, а наиболее низкая – в сфере физического благополучия, которая оценивает физическую боль, дискомфорт, жизненную активность, энергию, усталость, мобильность, сон и отдых.

Существенных гендерных различий в отношении КЖ и удовлетворенности состоянием здоровья у врачей, включенных в исследование, не отмечалось (см. табл. 1).

При анализе особенностей психологического статуса, СПВ и КЖ в зависимости от возраста и стажа работы оказалось, что усредненные значения уровня профессионального выгорания, стресса, тревоги, депрессии и удовлетворенности состоянием собственного здоровья у врачей поликлинического звена были примерно одинаковыми и статистически значимо не различались (табл. 3).

Единственным исключением стал достоверно более высокий уровень КЖ у более молодых (моложе 40 лет) врачей (3,8±0,5 балла против 3,4±0,8 балла), а также со стажем работы менее 10 лет (3,8±0,7 балла против 3,4±0,7 балла).

Таблица 3. Особенности психологического статуса, профессионального выгорания и качества жизни в зависимости от возраста и стажа работы врачей терапевтического профиля амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения

Показатель, баллы	Возраст, годы		P	Стаж работы, годы		P
	моложе 40	41 и старше		менее 10	11 и более	
Синдром профессионального выгорания						
Эмоциональное истощение	24,6±9,9	24,9±9,3	н/д	24,0±9,3	25,3±9,7	н/д
Деперсонализация	8,4±4,4	7,7±5,5	н/д	8,7±4,9	7,4±5,3	н/д
Редукция личных достижений	32,8±7,1	31,5±6,1	н/д	31,8±7,3	32,2±5,8	н/д
Уровень стресса						
Уровень стресса по ВАШ	7,0±2,1	7,2±2,3	н/д	7,0±2,1	7,3±2,1	н/д
Тревожная и депрессивная симптоматика						
Оценка по HADS-A	5,1±3,6	4,5±3,4	н/д	4,9±3,7	4,7±3,3	н/д
Оценка по HADS-D	4,7±3,7	5,0±3,1	н/д	4,9±4,0	5,0±2,7	н/д
Качество жизни						
Качество жизни	3,8±0,5	3,4±0,8	0,001	3,8±0,7	3,4±0,7	0,01
Удовлетворенность состоянием здоровья	3,5±0,8	3,3±1,0	н/д	3,4±1,0	3,3±1,0	н/д

Данные представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения (M±SD). ВАШ – визуальная аналоговая шкала. н/д – не достоверно

Обсуждение

Проведенное исследование выявило высокую частоту СПВ у врачей терапевтического профиля, работающих в первичном звене. Самым известным обратным показателем хорошего самочувствия врача является эмоциональное истощение [25]. У 50,0% врачей, включенных в исследование, выявлялся высокий уровень эмоционального истощения. При этом у женщин-врачей эмоциональное истощение высокого уровня встречалось достоверно чаще, чем у мужчин (у 55,3% женщин против 16,7% у мужчин). У каждого третьего врача (34,1 и 37,5% соответственно; эти два параметра не имели достоверных гендерных различий) отмечались деперсонализация и редукция личных достижений высоких уровней.

Известно, что стресс – один из ведущих факторов формирования СПВ. Настоящее исследование наглядно демонстрирует высокий уровень стресса у врачей терапевтического профиля первичного звена. Повышенный (≥ 5 баллов) уровень стресса отмечался у 92,3% врачей, высокий (≥ 7 баллов) – у $\frac{2}{3}$, максимальный (9–10 баллов) – у каждого четвертого специалиста. При этом доля женщин-врачей с высоким и максимальным уровнем стресса, по данным ВАШ, достоверно выше, чем доля мужчин. Эти данные согласуются с работой О.В. Рыбиной [28], в которой показано, что женщины-врачи испытывают стресс в профессиональной деятельности в 1,5 раза чаще, чем мужчины. По-видимому, женщины более чувствительны к стрессовым факторам при выполнении тех обязанностей, которые требуют от них сопереживания.

В настоящее время патогенез СПВ медицинских работников не сводится только к стрессу, который раскрывает один из вариантов формирования профессионального выгорания. Значительную роль играет наличие депрессивной симптоматики, которая зачастую сочетается с СПВ.

ПРЕСТАНС®

ПЕРИНДОПРИЛ + АМЛОДИПИН

1 ТАБЛЕТКА В ДЕНЬ

ВЫРАЖЕННОЕ СНИЖЕНИЕ АД

ТОЧНОЕ ПОПАДАНИЕ В ЦЕЛЬ



Per. ур. N ЛСР-000836/10

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Престанс®

СОСТАВ: Престанс в таблетках 5 мг/5 мг, 5 мг/10 мг, 10 мг/5 мг, 10 мг/10 мг, содержащий соответственно периндоприла аргинина (ПЕР) 5 мг/амлодипина (АМЛО) 5 мг, ПЕР 5 мг/АМЛО 10 мг, ПЕР 10 мг/АМЛО 5 мг, ПЕР 10 мг/АМЛО 10 мг. Содержит лактозу в качестве вспомогательного вещества.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: Артериальная гипертензия и/или ишемическая болезнь сердца (ИБС); стабильная стенокардия напряжения у пациентов, которым требуется терапия периндоприлом и амлодипином, **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** Внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки утром перед приемом пищи. При необходимости доза препарата может быть изменена или может быть проведен подбор доз отдельных компонентов. Пациенты пожилого возраста и пациенты с почечной недостаточностью. Регулярно контролировать концентрацию креатинина и калия (К⁺) в плазме крови. Противопоказан пациентам с креатинином креатинина (КК) менее 60 мл/мин. Пациенты с почечной недостаточностью. Поиск начальной и поддерживающей дозы проводить индивидуально, применяя амлодипин и периндоприл в монотерапии. Дети и подростки. Не назначать. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** Повышенная чувствительность к действующим веществам, или другим ингибиторам АПФ, или другим производным дигидропиридина, или к любому вспомогательному веществу в составе препарата; ангионевротический отек в анамнезе на фоне терапии ингибитором АПФ; наследственный/идиопатический ангионевротический отек; беременность и период грудного вскармливания (см. раздел «Применение при беременности и в период грудного вскармливания»); совместное применение с алискиреном и лекарственными препаратами, содержащими алискирен, у пациентов с сахарным диабетом или умеренными или тяжелыми нарушениями функции почек (СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² площади поверхности тела (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами» и «Фармакодинамика»); совместное применение с антагонистами рецепторов ангиотензина II (АП II) у пациентов с диабетической нефропатией; совместное применение с комбинированными лекарственными препаратами, содержащими вальсартан + сакубитрил (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами» и «Особые указания»); экстракорпоральная терапия, ведущая к контакту крови с отрицательно заряженными поверхностями (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»); выраженный стеноз устья аорты; гемодинамически нестабильная сердечная недостаточность после острого инфаркта миокарда; почечная недостаточность (КК менее 60 мл/мин); возраст до 18 лет, наследственная непереносимость галактозы, лактазная недостаточность и глюкозо-галактозная мальабсорбция, **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ:** Повышенная чувствительность ангионевротический отек. Прием препарата должен быть прекращен, пациент должен наблюдаться до полного исчезновения признаков отека. Ангионевротический отек с отеком гортани может привести к летальному исходу. При совместном применении с ингибиторами мГП II повышается риск ангионевротического отека. Совместное применение с препаратами, содержащими вальсартан + сакубитрил. Противопоказано. Применение одного препарата не ранее чем через 36 часов после прекращения приема другого. **Анафилактические реакции при проведении афереза ЛПНП.** В редких случаях могут развиваться угрожающие жизни реакции. Временно прекратить терапию перед каждой процедурой. **Анафилактические реакции при проведении десенсибилизации.** Временно прекратить терапию перед каждой процедурой. При случайном приеме препарата анафилактическая реакция возникла снова. **Нейтропения/агранулоцитоз/тромбоцитопения/анемия.** С крайней осторожностью применять периндоприл у пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани, на фоне приема иммунодепрессантов, аллопуринола или прокаинамида. Контролировать лейкоциты в крови. **Реноваскулярная гипертензия.** У пациентов с двусторонним стенозом почечных артерий или артерией единственной почки возрастает риск развития тяжелой гипотензии и почечной недостаточности. Прием диуретиков – дополнительный фактор риска. Ухудшение функции почек возможно при незначительном изменении концентрации креатинина у пациентов с односторонним стенозом почечной артерии. **Двойная блокада РААС.** Совместное применение ингибиторов АПФ с АРА II или алискиреном повышает риск гипотензии, гиперкалиемии и нарушения функции почек (включая острую почечную недостаточность). Поэтому двойная блокада РААС не рекомендуется. Противопоказано применение ингибиторов АПФ в сочетании с АРА II у пациентов с диабетической нефропатией. **Беременность.** Прекратить лечение. При необходимости назначить другую гипотензивную терапию. **Первый триместр беременности.** Прием препарата не рекомендуется. **Артериальная гипотензия.** У пациентов с повышенным риском развития симптоматической артериальной гипотензии и у пациентов со стенокардией и цереброваскулярными заболеваниями необходимо тщательно контролировать АД, функцию почек и содержание К⁺ в сыворотке крови. Преходящая артериальная гипотензия не является препятствием для дальнейшего приема препарата. После восстановления объема циркулирующей крови и АД лечение может быть продолжено. **Митральный стеноз/аортальный стеноз/гипертрофическая кардиомиопатия.** С осторожностью. **Нарушение функции почек.** Пациентам с КК менее 60 мл/мин рекомендуется индивидуальный подбор доз периндоприла и амлодипина и необходим регулярный контроль содержания К⁺ и креатинина в сыворотке крови. У пациентов со стенозом почечных артерий возможно повышение мочевины и креатинина в крови. Наличие реноваскулярной гипертензии обуславливает повышенный риск тяжелой гипотензии и почечной недостаточности. Амлодипин не выводится посредством диализа. **Печеночная недостаточность.** В редких случаях на фоне ингибиторов АПФ возникает холестатическая желтуха. При прогрессировании развивается фульминантный некроз печени, иногда с летальным исходом. При появлении желтухи или значительного повышения «печеночных» ферментов прекратить прием препарата. При тяжелой печеночной недостаточности повышать дозу постепенно, обеспечивая мониторинг состояния. **Этнические различия.** Периндоприл, возможно, оказывает менее выраженное действие у пациентов негроидной расы. У них чаще развивается ангионевротический отек. **Сухой кашель.** Хирургическое вмешательство/анестезия. Прекратить лечение за сутки до операции. **Гиперкалиемия.** Регулярный контроль К⁺ в крови у пациентов старше 70 лет, с почечной недостаточностью, ухудшением функции почек, сахарным диабетом, дегидратацией, острой декомпенсацией сердечной недостаточности, метаболическим ацидозом, совместным применением К⁺-сберегающих диуретиков, солей К⁺. **Сахарный диабет.** В течение первого месяца терапии контролировать глюкозу в крови. **Сердечная недостаточность.** С осторожностью. **Гипертонический криз.** Эффективность и безопасность не установлены. **Пожилые пациенты.** Увеличение дозы с осторожностью. **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ:** Совместное применение периндоприла, алискирена у пациентов с сахарным диабетом и/или нарушением функции почек (СКФ < 60 мл/мин). Экстракорпоральная терапия. Вальсартан + сакубитрил. **Нервно-мускульные комбинации:** алискирен у пациентов, не имеющих диабета или нарушения функции почек; АРА II, эстрамусти, ко-тримоксазол (сульфатоксазол + триметоприм), К⁺-сберегающие диуретики (триамтерен, амилорид), соли К⁺, препараты лития, дантролен (внутривенное введение), грейпфрут или грейпфрутовый сок. **Сочетания, требующие особого внимания:** гипогликемические средства (инсулин, производные сульфонилмочевины), К⁺-сберегающие диуретики, К⁺-сберегающие диуретики (эпиренон, спиронолактон), раксаксатрил, ингибиторы мГП II (спиролином, эверолином, темсиклином), нестероидные противовоспалительные препараты, включая ацетилсалициловую кислоту > 3 г/сут, гепателазы, индукторы и ингибиторы CYP3A4, баклофен. **Сочетания, требующие внимания:** глитимины (линаглитин, саксаглитин, ситаглитин, вилдаглитин), симпатомиметики, препараты золота, аллопуринол, прокаинамид, такролимус, циклоспорин, симvastатин, гипотензивные средства, азодиазотропы, кортикостероиды, тетрациклин, 6-адриеноблокаторы (проazosin, альфузозин, доксазозин, тамсулозин, теразозин), амифостин, трициклические антидепрессанты, нейролептики, средства для общей анестезии. **ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПЕРИОД ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ:** Противопоказано.

ФЕРТИЛЬНОСТЬ. ВЛИЯНИЕ НА СПОСОБНОСТЬ УПРАВЛЯТЬ ТРАНСПОРТНЫМИ СРЕДСТВАМИ, МЕХАНИЗМАМИ: Возможно вследствие головокружения, сонливости и других побочных реакций. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:** Очень часто: отеки. Часто: сонливость, головокружение, головная боль, дисгевзия, парестезия, нарушения зрения (включая диплопию), звон в ушах, вертиго, ощущение сердцебиения, «приливы» крови к коже лица, артериальная гипотензия, одышка, кашель, боль в животе, тошнота, рвота, диспепсия, изменение частоты и характера стула, диарея, запор, кожный зуд, экзантема, кожная сыпь, припухлость в области суставов (припухлость в области лодыжек), спазмы мышц, повышенная утомляемость, астения. **Нечасто:** ринит, эозинофилия, гиперчувствительность, гипогликемия, гиперкалемия, гипонатриемия, бессонница, лабильность настроения, депрессия, нарушение сна, тремор, гипестезия, обморочные состояния, тахикардия, аритмия, асцит, бронхоспазм, сухость во рту, ангионевротический отек лица, конечностей, губ, слизистых оболочек, языка, голосовых складок и/или гортани, эластичность, периферические отеки, боль в грудной клетке, боль, недомогание, лихорадка, увеличение массы тела, снижение массы тела, повышение концентрации мочевины и креатинина в крови, падение. **Редко:** спутанность сознания, обострение псориаза, повышение концентрации билирубина в крови, повышение активности «печеночных» ферментов. **Очень редко:** лейкопения/нейтропения, агранулоцитоз, панцитопения, тромбоцитопения, гемолитическая анемия у пациентов с врожденной недостаточностью глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, гипергликемия, гипертонус, периферическая нейропатия, инсульт, стенокардия, инфаркт миокарда, эозинофильная пневмония, гиперплазия десен, панкреатит, гастрит, гепатит, желтуха, цитолитический или холестатический гепатит, повышение активности «печеночных» ферментов, ангионевротический отек (отек Квинке), многоформная эритема, синдром Стивенса-Джонсона, эксплозивный дерматит, острая почечная недостаточность, снижение гемоглобина и гематокрита. **Неуточненной частоты:** экстрапирамидальные расстройства, синдром Рейно, токсический эпидермальный некролиз. Синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона можно считать очень редким осложнением, связанным с ингибиторами АПФ. **ПЕРЕДОЗИРОВКА:** **ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА. ФАРМАКОДИНАМИКА:** Периндоприл – ингибитор фермента, превращающего ангиотензин I в ангиотензин II (ингибитор АПФ). Амлодипин – блокатор «медленных» кальциевых каналов, производное дигидропиридина, ингибирует трансмембранный переход ионов кальция в кардиомиоциты и гладкомышечные клетки сосуда стенки. **ФОРМА ВЫПУСКА:** 29/30 таблеток x 1/3 (франко + дозатор), 5 мг + 5 мг, 10 мг + 10 мг, 5 мг + 10 мг, 10 мг + 5 мг. **Регистрационное удостоверение:** ЛСР-000836/10.

* Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата.

По нашим данным, у 39,1% врачей первичного звена отмечалась тревожная и/или депрессивная симптоматика того или иного уровня, 10,2% имели клинически выраженную тревогу и/или депрессию. Доля врачей-мужчин с клинически выраженной депрессивной симптоматикой оказалась достоверно выше, чем женщин (25,0% против 2,6%; $p=0,023$). Доля врачей, оценивающих свое КЖ ниже, чем «хорошо», составила 42,0%. Примерно такое же число (41,6%) врачей были не удовлетворены состоянием своего здоровья (выбрали ответ «ниже, чем хорошо»).

Полученные в настоящем исследовании данные согласуются с результатами целого ряда более ранних публикаций. В исследовании G. S. de Oliveira и соавт. [29] симптомы депрессии встречались у 22% американских врачей-анестезиологов, еще 17% относились к группе высокого риска развития профессионального выгорания и депрессии. Было показано, что у каждого пятого интерна-педиатра выявлялись признаки депрессии, а у 3 из 4 – СПВ. Более высокую частоту депрессивных расстройств у медицинских работников женского пола подтверждает также работа G. Sonneck и соавт. [31]. В ней установлено, что суицид – крайняя степень проявления депрессии – встречался у австрийских врачей-мужчин на 50% чаще, чем у врачей-женщин.

В 2012 г. Европейская исследовательская группа по изучению эмоционального выгорания у врачей общей практики (European General Practice Research Network Burnout Study Group – EGPRN) активно изучала степень и особенности эмоционального выгорания у семейных врачей 12 стран Европейского союза [32]. Кроме стандартного опросника выгорания Маслач, исследователи анализировали демографические характеристики, образ жизни, длительность стажа и удовлетворенность работой. Только у 1/3 семейных врачей не было выявлено эмоционального выгорания, 43% участников имели признаки эмоционального истощения, 35% – деперсонализации, 32% – редукции личных достижений. У 12% врачей признаки выгорания отмечались по всем трем шкалам. По мнению авторов, степень выгорания в значительной степени связана со страной проживания, удовлетворенностью от работы, употреблением алкоголя, табака и психотропных препаратов, мужским полом и возрастом [18].

При анализе отдельных компонентов выгорания выявляются определенные гендерные различия. Так, в настоящем исследовании установлено, что женщины-врачи имели достоверно более высокие показатели по шкале эмоционального истощения. В других работах показано, что у мужчин обнаруживаются более высокие показатели по шкале деперсонализации [33]. Можно предположить, что у мужчин преобладают инструментальные ценности, а у женщин – эмоциональные: они более отзывчивы на ис-

пытываемые пациентами недуги и сильнее подвержены воздействию стресса. В то же время в ряде исследований гендерных особенностей СПВ не установлено [34].

При анализе возрастных особенностей в некоторых исследованиях показано, что наиболее предрасположены к профессиональному выгоранию медицинские работники в возрасте старше 40 лет, со стажем работы 15 лет и более [35, 36]. В других работах обнаружены незначительные отрицательные корреляции частоты развития СПВ со стажем работы [37] и возрастом [13]. В одном из последних исследований М. G. del Carmen и соавт. [38] установлено, что молодые специалисты, имевшие менее 10 лет стажа после окончания обучения, более подвержены выгоранию (отношение шансов – ОШ 1,36; 95% ДИ 1,05–1,77), а врачи с длительным стажем работы, более 30 лет после обучения, менее подвержены выгоранию (ОШ 0,59; 95% ДИ 0,40–0,88) при сравнении тех и других с врачами, имевшими среднюю длительность стажа (от 11 до 20 лет).

Одним из ограничений настоящего исследования является то, что в нем принимали участие поликлиники, руководство которых поддержало проведение исследования, а также только те врачи, которые дали согласие на участие. И хотя данная выборка врачей является случайной, она не может считаться полностью репрезентативной для всех врачей терапевтического профиля поликлинического звена здравоохранения. Другим ограничением служит наличие в современной научной литературе разногласий в отношении отрезных точек для оценки СПВ и его компонентов. По разным оценкам, распространенность СПВ в целом среди медицинских работников колеблется от 0 до 80,5%, эмоционального истощения – от 0 до 86,2%, деперсонализации – от 0 до 89,9%, редукции личных достижений – от 0 до 87,1%. Из-за имеющихся разночтений в определении критериев СПВ точная оценка распространенности СПВ, а также его связи с полом, возрастом, длительностью стажа, специальностью врачей и наличием депрессивной симптоматики, представляется не до конца ясной. Необходима разработка согласованного определения СПВ и стандартизация его измерения.

Заключение

В ходе проведенного исследования выявлена высокая распространенность персональных факторов, потенциально неблагоприятно влияющих на работу врачей амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения (участковых врачей, врачей общей практики и кардиологов): высокого уровня стресса, тревожной и депрессивной симптоматики, синдрома профессионального выгорания, неудовлетворительного качества жизни и низкой удовлетворенности состоянием собственного здоровья.

Эти факторы способны негативно влиять не только на самих медицинских работников, но и на качество оказания медицинской помощи пациентам. Очевидно, что необходимо принятие управленческих решений и мер по созданию оптимального для врачей психологического климата на рабочем месте, разработке новых стратегий профилактики и коррекции психологического состояния врачей, а также внедрению комплексных программ, направленных

на оздоровление профессиональной среды с целью сохранения и укрепления психического здоровья и повышения профессионального престижа врачебной специальности.

Конфликт интересов не заявлен.

Статья поступила 20.01.2021

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. 2018;320(11):1131–50. DOI: 10.1001/jama.2018.12777
2. Kim MH, Mazenga AC, Simon K, Yu X, Ahmed S, Nyasulu P et al. Burnout and self-reported suboptimal patient care amongst health care workers providing HIV care in Malawi. *PLOS ONE*. 2018;13(2):e0192983. DOI: 10.1371/journal.pone.0192983
3. Saijo Y, Chiba S, Yoshioka E, Kawanishi Y, Nakagi Y, Ito T et al. Job stress and burnout among urban and rural hospital physicians in Japan. *Australian Journal of Rural Health*. 2013;21(4):225–31. DOI: 10.1111/ajr.12040
4. Freudenberg HJ. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*. 1974;30(1):159–65. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
5. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001;52(1):397–422. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
6. Kumar S. Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. *Healthcare*. 2016;4(3):37–46. DOI: 10.3390/healthcare4030037
7. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2016;388(10057):2272–81. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31279-X
8. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D et al. Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *Archives of Internal Medicine*. 2012;172(18):1377–85. DOI: 10.1001/archinternmed.2012.3199
9. Shanafelt T, Goh J, Sinsky C. The Business Case for Investing in Physician Well-being. *JAMA Internal Medicine*. 2017;177(12):1826–32. DOI: 10.1001/jamainternmed.2017.4340
10. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, 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 Clinic Proceedings*. 2015;90(12):1600–13. DOI: 10.1016/j.mayocp.2015.08.023
11. West CP, Dyrbye LN, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Nedelec L et al. Resilience and Burnout Among Physicians and the General US Working Population. *JAMA Network Open*. 2020;3(7):e209385. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.9385
12. Jager AJ, Tutty MA, Kao AC. Association Between Physician Burnout and Identification With Medicine as a Calling. *Mayo Clinic Proceedings*. 2017;92(3):415–22. DOI: 10.1016/j.mayocp.2016.11.012
13. Shanafelt TD, Mungo M, Schmitgen J, Storz KA, Reeves D, Hayes SN et al. Longitudinal Study Evaluating the Association Between Physician Burnout and Changes in Professional Work Effort. *Mayo Clinic Proceedings*. 2016;91(4):422–31. DOI: 10.1016/j.mayocp.2016.02.001
14. Kobayakova O.S., Deev I.A., Kulikov E.S., Pimenov I.D., Khomyakov K.V. Burnout in doctors and medical errors. Is there a connection? *Social Aspects of Population Health*. 2016;1(47):1–5. [Russian: Кобякова О.С., Деев И.А., Куликов Е.С., Пименов И.Д., Хомяков К.В. Эмоциональное выгорание у врачей и медицинские ошибки. Есть ли связь? Социальные аспекты здоровья населения. 2016;1(47):1–5]. DOI: 10.21045/2071-5021-2016-47-1-5
15. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2012;344:e1717. DOI: 10.1136/bmj.e1717
16. Salyers MP, Bonfils KA, Luther L, Firmin RL, White DA, Adams EL et al. The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. *Journal of General Internal Medicine*. 2017;32(4):475–82. DOI: 10.1007/s11606-016-3886-9
17. Ahola K, Väänänen A, Koskinen A, Kouvonen A, Shirom A. Burnout as a predictor of all-cause mortality among industrial employees: A 10-year prospective register-linkage study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2010;69(1):51–7. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.002
18. Oreskovich MR, Kaups KL, Balch CM, Hanks JB, Satele D, Sloan J et al. Prevalence of Alcohol Use Disorders Among American Surgeons. *Archives of Surgery*. 2012;147(2):168–74. DOI: 10.1001/archsurg.2011.1481
19. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2016;316(21):2214–36. DOI: 10.1001/jama.2016.17324
20. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2015;314(22):2373–83. DOI: 10.1001/jama.2015.15845
21. Pereira-Lima K, Mata DA, Loureiro SR, Crippa JA, Bolsoni LM, Sen S. Association Between Physician Depressive Symptoms and Medical Errors: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*. 2019;2(11):e1916097. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.16097
22. Petrie K, Crawford J, Baker STE, Dean K, Robinson J, Veness BG et al. Interventions to reduce symptoms of common mental disorders and suicidal ideation in physicians: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(3):225–34. DOI: 10.1016/S2215-0366(18)30509-1
23. Zhevelik O.D., Dzyuman E.M., Mikheeva G.F. Emotional burnout among mental health professionals. *Ugra health care: experience and innovations*. 2017;1(10):34–7. [Russian: Жевелик О.Д., Дзюман Е.М., Михеева Г.Ф. Эмоциональное «выгорание» среди медицинских работников сферы психического здоровья. Здравоохранение Югры: опыт и инновации. 2017;1(10):34–7]
24. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*. 2018;178(10):1317–31. DOI: 10.1001/jamainternmed.2018.3713
25. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory (MBI)*. 4th edition. [Internet] Available at: <https://www.mindgarden.com/maslach-burnout-inventory-mbi/685-mbi-manual.html>
26. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(6):361–70. PMID: 6880820
27. World Health Organization. *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version*, December 1996. [Internet] Available at: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHOQOL-BREF>

28. Tsvetkova L.A., Yakovlev G.N. Current problems of clinical psychology and psychophysiology: materials of the scientific and practical conference 'Ananyev. readings-2004', October 26-28, 2004. (P. 189-190). -SPb.: Publishing House of St. Petersburg University;2004. - 304 p. [Russian: Цветкова Л.А., Яковлев Г.М. Актуальные проблемы клинической психологии и психофизиологии: материалы науч.-практ. конф. 'Ананьев. чтения – 2004', 26–28 окт. 2004 г. (С.189–190). – СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2004. – 304с.]. ISBN 5-288-03534-2
29. de Oliveira GS, Chang R, Fitzgerald PC, Almeida MD, Castro-Alves LS, Ahmad S et al. The Prevalence of Burnout and Depression and Their Association with Adherence to Safety and Practice Standards: A Survey of United States Anesthesiology Trainees. *Anesthesia & Analgesia*. 2013;117(1):182–93. DOI: 10.1213/ANE.0b013e3182917da9
30. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ*. 2008;336(7642):488–91. DOI: 10.1136/bmj.39469.763218.BE
31. Sonneck G, Etzersdorfer E, Nagel-Kuess S. Imitative suicide on the Viennese subway. *Social Science & Medicine*. 1994;38(3):453–7. DOI: 10.1016/0277-9536(94)90447-2
32. Soler JK, Yaman H, Esteve M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice*. 2008;25(4):245–65. DOI: 10.1093/fampra/cmn038
33. Ogus ED, Grenglass ER, Burke RJ. Gender-role differences, work stress and depersonalization. *Journal of Social Behavior and Personality*. 1990;5(5):387–98
34. Evdokimov V.I., Esaulenko I.E., Gubin A.I., Popov V.I. Assessment of professional burnout in healthcare workers. *Methodological Recommendations*. -SPb.: Polytechnic;2009. - 82 p. [Russian: Евдокимов В.И., Есауленко И.Э., Губин А.И., Попов В.И. Оценка профессионального выгорания у медицинских работников. Методические Рекомендации. – СПб.: Политехника, 2009. - 82с]. ISBN 978-5-904031-08-4
35. Logutova E.V. Gender features of the professional burnout syndrome in medical workers. *Azimuth of Scientific Research: pedagogy and psychology*. 2017;6(2):268–71. [Russian: Логутова Е.В. Гендерные особенности проявления синдрома профессионального выгорания у медицинских работников. Азимут Научных Исследований: педагогика и психология. 2017;6(2):268-71]
36. Vodopyanova N.E., Starchenkova E.S. Burnout syndrome: diagnosis and prevention. -М.: Piter;2005. - 336 p. [Russian: Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. - М.: Питер, 2005. - 336с]. ISBN 978-5-469-00289-5
37. Volobaev V.M. On the question of the clinical approach to the diagnosis of burnout syndrome. *Psychotherapy*. 2008;6:23–4. [Russian: Волобаев В.М. К вопросу о клиническом подходе к диагностике синдрома эмоционального выгорания. Психотерапия. 2008;6:23-4]
38. del Carmen MG, Herman J, Rao S, Hidrue MK, Ting D, Leh-rhoff SR et al. Trends and Factors Associated With Physician Burnout at a Multispecialty Academic Faculty Practice Organization. *JAMA Network Open*. 2019;2(3):e190554. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.0554