

Статья поступила в редакцию 13.08.2025 г.

DOI: 10.24412/2687-0053-2025-3-43-54 EDN: DDEELP

Информация для цитирования:

Бабанов С.А., Лысова М.В., Дарюхина Е.А., Бабанов А.С., Острякова Н.А. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС И СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ: ПРОБЛЕМЫ ПРИЧИННОСТИ (ПО ДАННЫМ ОПРОСНИКА В.В. БОЙКО) // Медицина в Кузбассе. 2025. №3. С. 43-54.

Бабанов С.А., Лысова М.В., Дарюхина Е.А., Бабанов А.С., Острякова Н.А.Самарский государственный медицинский университет, Самарская городская больница № 5, г. Самара, Россия,
Санаторий «Сочинский» Минобороны России, г. Сочи, Россия

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС И СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ: ПРОБЛЕМЫ ПРИЧИННОСТИ (ПО ДАННЫМ ОПРОСНИКА В.В. БОЙКО)

Цель работы – изучение особенностей профессионального выгорания у врачей терапевтического (ТР) и хирургического (ХР) профиля в специализированном стационаре.

Материал и методы исследования. Исследование выполнено на базе кафедры профессиональных болезней и клинической фармакологии им. проф. Косарева В.В. ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России и отделения профпатологии Областного центра профпатологии ГБУЗ СО «Самарская городская больница № 5».

Исследование выполнено в рамках комплексной темы кафедры «Проблемы полиморбидности, диагностика, прогнозирование и профилактика профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний у работников при изолированном сочетанном воздействии факторов производственной среды и трудового процесса» (регистрационный номер 124053000016-4), дата постановки на учет 30.05.2024).

В исследование включены: 1 группа – врачи-гастроэнтерологи (n = 52 чел.); 2 группа – врачи-кардиологи (n = 58 чел.); 3 группа – врачи-онкологи ТР профиля (n = 48 чел.); 4 группа – врачи-хирурги общехирургического профиля (n = 71 чел.); 5 группа – врачи-хирурги кардиохирургического профиля (n = 30 чел.); 6 группа – врачи-хирурги онкологи ХР профиля (n = 65 чел.); 7 группа – контрольная: работники инженерно-технических и экономических специальностей, не связанных по профилю деятельности с работой в медицинских организациях (здоровые) (n = 75 чел.).

Оценка уровня профессионального выгорания (ПВ) у медицинских работников проводилась по методике диагностики уровня профессионального выгорания В.В. Бойко. При этом каждый компонент «выгорания» диагностировался по 4-м признакам, образующим соответствующие шкалы (В.В. Бойко, 2008, 2015).

Статистический анализ проводился с использованием языка и среды программирования RStudio (R v.4.4.1, RStudio 2024.09.1+394). Для сравнения процентов использовали критерий χ^2 . При оценке различий в непараметрических группах данных использовались критерии Манна-Уитни для двух групп сравнения, и Крускала-Уоллиса для более чем 2-х групп.

Результаты. Профессиональная деятельность врачей терапевтических и хирургических специальностей связана с воздействием хронического профессионального стресса, приводящего к развитию профессионального выгорания.

Ограничения исследования. Исследование имеет региональные (Самарская область) и профессиональные (по детализации условий труда в изучаемых группах сравнения) ограничения.

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о необходимости: при выявлении факторов риска увеличения уровня профессионального выгорания у медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в стационарах ТР, ХР и специализированного профилей, использовать специализированные реабилитационные мероприятия для медиков с применением методик релаксации, арт-терапии, а также профессиональных программ адаптации; физиотерапевтические методики, такие как электросон и рефлексотерапия, при возможности санаторно-курортное лечение в санаториях-профилакториях, санаториях местного профиля и т.д. с посещением психотерапевтических кабинетов, а также психофармакологические препараты.

Ключевые слова: профессиональное выгорание; медицинские работники; детерминанты развития

Babanov S.A., Lysova M.V., Dariukhina E.A., Babanov A.S., Ostryakova N.A.Samara State Medical University, Samara City Hospital N 5, Samara, Russia,
Sochi Sanatorium of the Ministry of Defense of the Russian Federation, Sochi, Russia

OCCUPATIONAL STRESS AND BURNOUT SYNDROME: PROBLEMS OF CAUSATION (ACCORDING TO V.V. BOYKO'S QUESTIONNAIRE)

The aim of the research is to study the features of professional burnout among doctors of therapeutic (TR) and surgical (HR) profile in a specialized hospital.

Materials and methods. The study was performed on the basis of the Department of Occupational Diseases and Clinical Pharmacology named after Professor V.V. Kosarev of the Samara State Medical University and the Department of Occupational Pathology of the Regional Center of Occupational Pathology of the Samara City Hospital N 5.

The research was carried out within the framework of the department's comprehensive topic "Problems of polymorbidity, diagnosis, prognosis and prevention of occupational and production-related diseases in workers with isolated combined effects of environmental factors and the labor process" (registration number 124053000016-4), registration date 05/30/2024).

The study included: group 1 – gastroenterologists (n = 52 people); group 2 – cardiologists (n = 58 people); group 3 – occupational oncologists (n = 48 people); group 4 – general surgeons (n = 71 people); group 5 – cardiosurgical surgeons (n = 30 people); group 6 – oncological surgeons (n = 65 people); group 7 – control group: employees of engineering, technical and economic specialties not related to work in medical organizations (healthy) (n = 75 people).

The assessment of the level of professional burnout among medical workers was carried out according to the method of diagnosing the level of professional burnout by V.V. Boyko. At the same time, each component of "burnout" was diagnosed according to 4 signs forming the corresponding scales (V.V. Boyko, 2008, 2015).

The statistical analysis was performed using the RStudio programming language and environment (R v.4.4.1, RStudio 2024.09.1+394). The χ^2 criterion was used to compare the percentages. When evaluating differences in nonparametric data groups, the Mann-Whitney criteria were used for two comparison groups, and Kruskal-Wallis criteria for more than 2 groups.

Results. The professional activity of doctors of therapeutic and surgical specialties is associated with the effects of chronic occupational stress, leading to the development of professional burnout.

Limitations of the study. The study has regional (Samara region) and occupational (in terms of the detailed working conditions in the comparison groups studied) limitations.

Conclusion. Thus, the data obtained indicate the need to use specialized rehabilitation measures for physicians using relaxation techniques, art therapy, as well as professional adaptation programs when identifying risk factors for increasing the level of professional burnout among medical workers who provide medical care in hospitals of TR, XP and specialized profiles.; physiotherapy techniques such as electroson and reflexotherapy, if possible, sanatorium-resort treatment in sanatoriums, local health resorts, etc. with visits to psychotherapy rooms, as well as psychopharmacological drugs.

Key words: professional burnout; medical workers; determinants of development

Актуальность вопроса профессионального выгорания врачей до сих пор только нарастает. До сих пор тестирования по профессиональному выгоранию не проводятся на регулярной основе, а только в рамках исследовательских проектов [1, 2]. Более 80% врачей, по данным статистики, «выгорели» в той или иной мере.

Для разработки единой программы диагностики и профилактики профессионального выгорания и внедрения ее в ежегодные предварительные и периодические медицинские осмотры необходимо ответить на ряд вопросов [3-7]. Один из них – это необходимая кратность тестирования, должна ли она отличаться для врачей разного профиля и специальностей. Ведь на сегодняшний день есть достаточно данных о специальностях, которые в большей степени подвержены профессиональному выгоранию. Данные о выгорании по врачам ТР и ХР разнятся.

Цель работы – изучение особенностей профессионального выгорания у врачей ТР и ХР профиля в специализированном стационаре.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование выполнено на базе кафедры профессиональных болезней и клинической фармакологии им. проф. Косарева В.В. ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России и отделения профпатологии Областного центра профпатологии ГБУЗ СО «Самарская городская больница № 5». Исследование выполнено в рамках комплексной темы кафедры «Проблемы полиморбидности, диагностика,

прогнозирование и профилактика профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний у работников при изолированном сочетанном воздействии факторов производственной среды и трудового процесса» (регистрационный номер 124053000016-4), дата постановки на учет 30.05.2024).

Согласие пациентов. Каждый участник исследования дал информированное добровольное письменное согласие на участие в исследовании и публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме.

В исследование включены: 1 группа – врачи-гастроэнтерологи (ВГ) (n = 52 чел.); 2 группа – врачи-кардиологи (ВК) (n = 58 чел.); 3 группа – врачи-онкологи ТР профиля (ВОТП) (n = 48 чел.); 4 группа – врачи-хирурги ХР общего профиля (ВХОП) (n = 71 чел.); 5 группа – врачи-хирурги сердечно-сосудистого профиля (ВХКХП) (n = 30 чел.); 6 группа – врачи-хирурги онкологи ХР профиля (ВОХП) (n = 65 чел.); 7 – контрольная: работники инженерно-технических и экономических специальностей, не связанных по профилю деятельности с работой в медицинских организациях (здоровые) (n = 75 чел.).

Средний возраст врачей-гастроэнтерологов 50 лет, при значении медианы в 54 г. Группа врачей-кардиологов имела средний возраст 50 лет, при значении медианы 58 лет, врачей-онкологов ТР профиля («неоперирующие» онкологи) – 47 лет, при медиане 50. Средний возраст врачей-хирургов общего профиля составил 49 лет, медиана 51 год, у врачей-хирургов КХ профиля – 48 лет, медиана 49 лет, у врачей-онкологов ХР профиля («опериру-

ющие» онкологи) средний возраст составил 45 лет, совпадая со значением медианы.

Средний стаж работы в медицине врачей-гастроэнтерологов и врачей-кардиологов составил 27 лет, у врачей-онкологов ТР профиля – 24 года. Средний стаж работы в медицине у врачей-хирургов ХР профиля составил 26 лет, у врачей-хирургов КХ профиля – 25 лет, у врачей-онкологов ХР профиля – 23 года.

Оценка уровня профессионального выгорания у медицинских работников проводилась по методике диагностики уровня профессионального выгорания В.В. Бойко. При этом каждый компонент «выгорания» диагностировался по 4-м признакам, образующим соответствующие шкалы [8].

Статистический анализ проводился с использованием языка и среды программирования RStudio (R v.4.4.1, RStudio 2024.09.1+394). Для сравнения процентов использовали критерий χ^2 . При оценке различий в непараметрических группах данных использовали критерии Манна-Уитни для двух групп сравнения, и Краскела-Уоллиса для более чем 2-х групп.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

После обработки результатов нами проведены оценка и анализ показателей эмоционального истощения, деперсонализации и редукции личных достижений по методике В.В. Бойко у врачей терапевтических и хирургических специальностей специализированных отделений.

При оценке выраженности профессионального выгорания по тесту Бойко по показателю «переживание психотравмирующих обстоятельств» в когорте врачей ТР профиля нами выявлено статистически значимое увеличение в когорте врачей онкологов ТР профиля («неоперирующие» онкологи) – $m = 11,4 \pm 4,78$ с 95% ДИ 9,99-12,8 ($p = 0,02$) при сопоставлении с ГК.

В когорте врачей-гастроэнтерологов $m = 8,13 \pm 5,54$ с 95% ДИ 6,59-9,58 ($p = 1,0$) и в когорте врачей-кардиологов $m = 9,02 \pm 5,55$ с 95% ДИ 7,56-10,5 ($p = 0,96$), также наблюдалось повышение данного параметра, но оно не было статистически значимым.

Также по показателю «переживание психотравмирующих обстоятельств» не установлена достоверная разница при парном сравнении между когортами врачей ТР профиля ($p > 0,05$).

При оценке выраженности профессионального выгорания по тесту В.В. Бойко в когорте врачей ХР профиля нами выявлено достоверное увеличение параметра «переживание психотравмирующих обстоятельств» в когорте врачей-хирургов ОХР профиля – $m = 12,3 \pm 4,06$ с 95% ДИ 11,3-13,2 ($p = 0,0001$), также в когорте врачей-хирургов КХ профиля $m = 14,4 \pm 5,67$ с 95% ДИ 12,3-16,5 ($p = 0,0001$) и в когорте врачей-онкологов ХР профиля («оперирующие» онкологи) $m = 14,5 \pm 4,48$ с 95% ДИ 13,4-15,6 ($p = 0,0001$) при сопоставлении с контролем.

При оценке выраженности ПВ по показателю «переживание психотравмирующих обстоятельств» достоверного увеличения между когортами врачей ХР профиля не выявлено ($p > 0,05$).

При оценке этого же параметра при сравнении между когортами врачей ТР и ХР профиля (парное сравнение проводили исходя из специализации) во всех группах ХР профиля наблюдалось значимое повышение параметра «переживание психотравмирующих обстоятельств». При сопоставлении с парной группой ТР профиля данное повышение параметра носило статистически значимый характер между когортами врачей-гастроэнтерологов и врачей-хирургов ХР профиля ($p = 0,001$), между врачами-хирургами КХ профиля и врачами-кардиологами ($p = 0,0007$). А между врачами-онкологами ХР профиля и врачами-онкологами ТР профиля увеличение данного параметра было статистически незначимым ($p = 0,05$).

При оценке выраженности профессионального выгорания по показателю «неудовлетворенность собой» выявлено увеличение параметра в когорте врачей гастроэнтерологов $m = 8,77 \pm 5,12$ с 95% ДИ 7,34-10,2 ($p = 0,97$) и в когорте врачей кардиологов $m = 9,24 \pm 4,97$ с 95% ДИ 7,93-10,5 ($p = 0,7$), а также выявлено статистически значимое увеличение в когорте врачей онкологов ТР профиля («неоперирующие» онкологи) $m = 10,2 \pm 4,85$ с 95% ДИ 8,84-11,7 ($p = 0,14$) при сопоставлении с контролем, но это повышение не было статистически значимым.

Также по показателю «неудовлетворенность собой» не установлена достоверная разница при парном сравнении между когортами врачей ТР профиля ($p > 0,05$).

При оценке выраженности ПВ в когорте врачей ХР профиля нами выявлено достоверное увеличение параметра «неудовлетворенность собой» в когорте врачей-хирургов КХ профиля $m = 11,9 \pm 5,63$ с 95% ДИ 9,8-14,0 ($p = 0,03$) и в когорте врачей-онкологов ХР профиля («оперирующие» онкологи) $m = 12,2 \pm 5,84$ с 95% ДИ 10,7-13,6 ($p = 0,0001$) при сопоставлении с контролем. В когорте врачей-хирургов ОХР профиля $m = 9,87 \pm 5,11$ с 95% ДИ 8,66-11,1 ($p = 0,26$) также наблюдалось увеличение данного параметра при сопоставлении с ГК, но оно не было достоверно значимым.

При оценке выраженности ПВ по показателю «неудовлетворенность собой» достоверного увеличения между когортами врачей ХР профиля не выявлено ($p > 0,05$).

При оценке этого же параметра при сравнении между когортами врачей ТР и ХР профиля (парное сравнение проводили исходя из специализации) повышение параметра «неудовлетворенность собой» не носило статистически значимый характер ($p > 0,05$).

При оценке выраженности ПВ по показателю «загнанность в клетку» в когорте врачей ТР профиля нами выявлено увеличение в когорте врачей-гастроэнтерологов, $m = 8,02 \pm 4,8$ с 95% ДИ

Таблица 1

Парное сравнение –Тест В.В. Бойко «Диагностика эмоционального выгорания личности» по параметрам «переживания психотравмирующих обстоятельств» (ППО), «неудовлетворенность собой» (НС), «загнанность в клетку» (ЗВК), «тревога и депрессия» (ТИД), «общий балл фазы напряжения» (ОБФН). Группы сравнения – значение p – уровня значимости. * $p < 0,05$

Table 1
Paired comparison – V.V. Boyko's test "Diagnosis of emotional burnout of personality" according to the parameters «experiencing traumatic circumstances» (ETC), "dissatisfaction with oneself" (DO), "trapped in a cage"(TIC), «anxiety and depression» (AAD), "total stress phase score" (TSPS). Comparison groups – p-value – level of significance. * $p < 0.05$

	ППО ETC	НС DO	ЗВК TIC	ТИД AAD	ОБФН TSPS
ВГ-контроль 1-7	1,0	0,97	1,0	1,0	0,1
ВК-контроль 2-7	0,96	0,7	0,96	0,95	0,5
ВОТП-контроль 3-7	0,02*	0,14	0,73	0,4	0,003*
ВГ-ВК 1-2	0,99	0,99	0,99	0,98	0,92
ВГ-ВОТП 1-3	0,08	0,76	0,88	0,65	0,06
ВК-ВОТП 2-3	0,36	0,94	0,99	0,97	0,051
ВГ-ВОХП 1-4	0,001*	0,91	0,13	0,17	0,002*
ВК-ВХХП 2-5	0,0007*	0,37	0,17	0,2	0,0007*
ВОТП-ВОХП 3-6	0,05	0,6	0,13	0,13	0,04*
ВОХП-контроль 4-7	0,0001*	0,26	0,06	0,05	0,0001*
ВХХП-контроль 5-7	0,0001*	0,03*	0,03*	0,002*	0,0001*
ВОХП-контроль 6-7	0,0001*	0,0001*	0,0001*	0,0001*	0,0001*
ВХОП-ВХХП 4-5	0,22	0,68	0,96	0,78	0,05
ВХОП-ВОХП 4-6	0,12	0,19	0,89	0,004*	0,04*
ВХХП-ВОХП 5-6	1,0	1,0	1,0	0,97	0,1

6,68-9,36 ($p = 1,0$), в когорте врачей-кардиологов $m = 8,59 \pm 4,68$ с 95% ДИ 7,36-9,82 ($p = 0,96$), в когорте врачей-онкологов ТР профиля («неоперирующие» онкологи), $m = 9,12 \pm 4,64$ с 95% ДИ 7,78-10,5 ($p = 0,73$) при сопоставлении с контрольной группой, но оно не было статистически значимым.

Также по показателю «загнанность в клетку» не установлена достоверная разница при парном сравнении между когортами врачей ТР профиля ($p > 0,05$).

При оценке выраженности ПВ в когорте врачей ХР профиля нами выявлено достоверное увеличение параметра «загнанность в клетку» в когорте врачей-хирургов КХ профиля $m = 11,0 \pm 4,48$ с 95% ДИ 9,36-12,7 ($p = 0,03$) и в когорте врачей-онкологов ХР профиля («оперирующие» онкологи)

$m = 9,12 \pm 4,64$ с 95% ДИ 7,78-10,5 ($p = 0,0001$) при сопоставлении с контролем.

В когорте врачей-хирургов ОХР профиля $m = 12,3 \pm 4,06$ с 95% ДИ 11,3-13,2 ($p = 0,0001$), показатель был также выше, чем в контрольной когорте, но это увеличение не было статистически значимым.

При оценке выраженности ПВ по показателю «загнанность в клетку» достоверного увеличения между когортами врачей ХР профиля не выявлено ($p > 0,05$), как и при сравнении между когортами врачей ТР и ХР профиля (парное сравнение проводили исходя из специализации) достоверно значимых изменений нет.

При оценке выраженности ПВ по показателю «тревога и депрессия» в когорте врачей ТР профиля нами выявлено увеличение в когорте врачей-

гастроэнтерологов $m = 7,0 \pm 5,41$ с 95% ДИ 5,49-8,51 ($p = 1,0$), в когорте врачей-кардиологов $m = 8,05 \pm 5,92$ с 95% ДИ 6,50-9,61 ($p = 0,95$), в когорте врачей-онкологов ТР профиля («неоперирующие» онкологи) $m = 9,25 \pm 6,15$ с 95% ДИ 7,46-11,0 ($p = 0,4$) при сопоставлении с контролем, но оно не было статистически значимым.

Также по показателю «тревога и депрессия» не установлена достоверная разница при парном сравнении между когортами врачей ТР профиля ($p > 0,05$).

При оценке выраженности ПВ в когорте врачей ХР профиля нами выявлено достоверное увеличение параметра «тревога и депрессия» в когорте врачей-хирургов КХ профиля $m = 11,1 \pm 4,96$ с 95% ДИ 9,21-12,9 ($p = 0,002$) и в когорте врачей-онкологов ХР профиля («оперирующие» онкологи) $m = 12,3 \pm 3,42$ с 95% ДИ 11,4-13,1 ($p = 0,0001$) при сопоставлении с контролем. Также наблюдалось увеличение данного параметра в когорте врачей-хирургов ОХР профиля $m = 9,2 \pm 5,52$ с 95% ДИ 7,89-10,5 ($p = 0,05$), но оно не было достоверно значимым.

При оценке выраженности ПВ по показателю «тревога и депрессия» наблюдались достоверно значимые различия между когортами врачей-хирургов ОХР профиля и врачей-онкологов ХР профиля («оперирующие» онкологи) ($p = 0,004$).

При сравнении этого параметра «тревога и депрессия» между когортами врачей ТР и ХР профиля (парное сравнение проводили исходя из специализации) статистически значимых изменений не найдено ($p > 0,05$).

При оценке выраженности ПВ по показателю «общий балл фазы напряжения» выявлено достоверное увеличение параметра в когорте врачей-онкологов ТР профиля («неоперирующие» онкологи) $m = 40,0 \pm 12,9$ с 95% ДИ 36,3-43,7 ($p = 0,003$) при сопоставлении с контролем.

В когорте врачей-гастроэнтерологов $m = 31,9 \pm 14,0$ с 95% ДИ 28,0-35,8 ($p = 0,1$) и в когорте врачей-кардиологов $m = 34,9 \pm 14,2$ с 95% ДИ 31,2-54,0 ($p = 0,5$) при сопоставлении с контролем также наблюдалось повышение данного параметра, но статистически не значимое.

По показателю «общий балл фазы напряжения» не установлена достоверная разница при парном сравнении между когортами врачей ТР профиля ($p > 0,05$).

При оценке выраженности ПВ в когорте врачей ХР профиля нами выявлено достоверное увеличение параметра «общий балл фазы напряжения» в когорте врачей-хирургов ОХР профиля $m = 41,5 \pm 10,7$ с 95% ДИ 39,0-44,1 ($p = 0,0001$), в когорте врачей-хирургов КХ профиля $m = 48,4 \pm 10,1$ с 95% ДИ 44,6-52,1 ($p = 0,0001$) и в когорте врачей-онкологов ХР профиля («оперирующие» онкологи) $m = 50,4 \pm 14,5$ с 95% ДИ 46,8-54,0 ($p = 0,0001$).

При оценке выраженности ПВ по показателю «общий балл фазы напряжения» было выявлено до-

стоверное увеличение между врачами-хирургами ОХР профиля и врачами-онкологами ХР профиля («оперирующие» онкологи) ($p = 0,04$).

При оценке этого же параметра при сравнении между когортами врачей ТР и ХР профиля (парное сравнение проводили исходя из специализации) было выявлено значимое повышение параметра «общий балл фазы напряжения» между когортами ВГ и врачей-хирургов ОХР профиля ($p = 0,02$), между когортами ВК и врачей-хирургов КХ профиля ($p = 0,0007$), между когортами врачей-онкологов ТР профиля («неоперирующие» онкологи) и врачей-онкологов ХР профиля («оперирующие» онкологи) ($p = 0,04$).

При оценке выраженности ПВ по показателю «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» выявлено увеличение параметра в когорте ВГ $m = 11,0 \pm 5,9$ с 95% ДИ 11,5-14,3 ($p = 1,0$), в когорте ВК $m = 11,8 \pm 5,29$ с 95% ДИ 10,4-13,2 ($p = 0,99$), в когорте врачей-онкологов ТР профиля («неоперирующие» онкологи) $m = 12,4 \pm 5,49$ с 95% ДИ 10,8-13,9 ($p = 0,9$), но оно не было статистически значимым. По показателю «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» не установлена достоверная разница при парном сравнении между когортами врачей ТР профиля ($p > 0,05$).

При оценке выраженности ПВ в когорте врачей ХР профиля нами выявлено достоверное увеличение параметра «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» в когорте врачей-онкологов ХР профиля («оперирующие» онкологи) $m = 13,8 \pm 3,97$ с 95% ДИ 12,8-14,7 ($p = 0,0007$) при сопоставлении с контролем.

В когорте врачей-хирургов ОХР профиля $m = 12,9 \pm 5,9$ с 95% ДИ 11,5-14,3 ($p = 0,49$) и в когорте врачей-хирургов КХ профиля $m = 13,3 \pm 5,13$ с 95% ДИ 11,4-15,2 ($p = 0,55$) также наблюдалось увеличение данного параметра, но оно не было статистически значимым.

При оценке выраженности ПВ по показателю «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» не было выявлено достоверное увеличение между когортами врачей ХР профиля ($p > 0,05$).

При сравнении между когортами врачей ТР и ХР профиля (парное сравнение проводили исходя из специализации) также не было выявлено статистически значимого повышения параметра «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование».

При оценке выраженности ПВ по тесту В.В. Бойко по показателю «эмоционально-нравственная дезориентация» в когорте ВГ $m = 9,85 \pm 4,77$ с 95% ДИ 8,52-11,2 ($p = 1,0$), в когорте ВК $m = 10,8 \pm 5,06$ с 95% ДИ 9,5-12,2 ($p = 0,84$) и в когорте врачей-онкологов ТР профиля («неоперирующие» онкологи) $m = 12,3 \pm 5,2$ с 95% ДИ 10,8-13,8 ($p = 0,1$) наблюдалось повышение данного параметра, но оно не было статистически значимым.

По показателю «эмоционально-нравственная дезориентация» также не установлена достоверная

Таблица 2

Парное сравнение –Тест В.В. Бойко «Диагностика эмоционального выгорания личности» по параметрам «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» (НИЭР), «эмоционально-нравственная дезориентация» (ЭНД), «расширение сферы экономики эмоций» (РСЭЭ), «редукция профессиональных обязанностей» (РПО), «общий балл фазы резистентности» (ОБФР)/ (Группы сравнения – значение р-уровня значимости). *р < 0,05.

Table 2

Paired comparison – V.V. Boyko's test "Diagnosis of emotional burnout" according to the parameters «inadequate selective emotional response» (ISER), "emotional and moral disorientation" (EMD), "expansion of the sphere of saving emotions" (ESSE), "reduction of professional responsibilities" (RPR), "the total score of the resistance phase" (TSRP) (p-value – significance level). *p < 0.05

	НИЭР ISER	ЭНД EMD	РСЭЭ ESSE	РПО RPR	ОБФР TSRP
ВГ-контроль 1-7	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
ВК-контроль 2-7	0,99	0,84	0,99	0,63	0,64
ВОТП-контроль 3-7	0,9	0,1	0,69	0,06	0,07
ВГ-ВК 1-2	0,1	0,97	0,99	0,87	0,88
ВГ-ВОТП 1-3	0,95	0,34	0,87	0,27	0,25
ВК-ВОТП 2-3	0,99	0,83	0,99	0,87	0,84
ВГ-ВОХП 1-4	0,66	0,03*	0,66	0,01*	0,03*
ВК-ВХКХП 2-5	0,96	0,22	0,49	0,06	0,04*
ВОТП-ВОХП 3-6	0,43	0,17	0,18	0,34	0,07
ВОХП-контроль 4-7	0,49	0,003*	0,38	0,0001*	0,001*
ВХКХП-контроль 5-7	0,55	0,006*	0,12	0,0001*	0,0001*
ВОХП-контроль 6-7	0,0007*	0,0001*	0,0001*	0,0001*	0,0001*
ВОХП-ВХКХП 4-5	1,0	1,0	0,98	0,99	0,99
ВОХП-ВОХП 4-6	0,96	0,69	0,21	0,98	0,56
ВХКХП-ВОХП 5-6	0,99	0,97	0,99	0,99	0,96

разница при парном сравнении между когортами врачей ТР профиля ($p > 0,05$).

При оценке выраженности ПВ по тесту В.В. Бойко в когорте врачей ХР профиля нами выявлено достоверное увеличение параметра «эмоционально-нравственная дезориентация» в когорте врачей-хирургов ОХР профиля $m = 13,0 \pm 5,21$ с 95% ДИ 11,8-14,3 ($p = 0,003$), в когорте врачей-хирургов КХ профиля $m = 13,5 \pm 4,73$ с 95% ДИ 11,7-15,3 ($p = 0,006$) и в когорте врачей-онкологов ХР профиля («оперирующие» онкологи) $m = 14,8 \pm 5,06$ с 95% ДИ 13,5-16,0 ($p = 0,0001$).

При оценке выраженности ПВ по показателю «эмоционально-нравственная дезориентация» не было выявлено достоверное увеличение между когортами врачей ХР профиля ($p > 0,05$).

При сравнении между когортами врачей ТР и ХР профиля (парное сравнение проводили исходя из специализации) также не было выявлено статистически значимого повышения параметра «эмоционально-нравственная дезориентация» ($p > 0,05$).

При оценке выраженности ПВ по тесту В.В. Бойко по показателю «расширение сферы экономики эмоций» выявлено увеличение параметра в когорте ВГ $m = 8,87 \pm 4,45$ с 95% ДИ 7,63-10,1 ($p = 1,0$), в когорте ВК $m = 9,43 \pm 4,9$ с 95% ДИ 8,14-10,7 ($p = 0,99$) и в когорте врачей-онкологов ТР профиля («неоперирующие» онкологи) $m = 10,3 \pm 5,17$ с 95% ДИ 8,79-11,8 ($p = 0,69$), но оно не было статистически значимым.

Также по показателю «расширение сферы экономики эмоций» не установлена достоверная разница

при парном сравнении между когортами врачей ТР профиля ($p > 0,05$).

При оценке выраженности ПВ в когорте врачей ХР профиля нами выявлено достоверное увеличение параметра «расширение сферы экономии эмоций» в когорте врачей-онкологов ХР профиля («оперирующие» онкологи) $m = 12,4 \pm 3,92$ с 95% ДИ 11,4-13,3 ($p = 0,001$).

В когорте врачей хирургов ОХР профиля $m = 10,5 \pm 5,32$ с 95% ДИ 9,29-11,8 ($p = 0,38$) и в когорте врачей-хирургов КХ профиля $m = 11,7 \pm 5,11$ с 95% ДИ 9,82-13,6 ($p = 0,12$) также наблюдалось увеличение данного параметра, но оно не было статистически значимым.

При оценке выраженности ПВ по тесту В.В. Бойко по показателю «расширение сферы экономии эмоций» не было выявлено достоверного увеличения между когортами врачей ХР профиля ($p > 0,05$), а также при сравнении между когортами врачей ТР и ХР профиля ($p > 0,05$).

При оценке выраженности ПВ по показателю «редукция профессиональных обязанностей» в когорте ВГ $m = 8,31 \pm 5,55$ с 95% ДИ 6,76-9,85 ($p = 1,0$), в когорте ВК $m = 9,55 \pm 5,37$ с 95% ДИ 8,14-11,0 ($p = 0,63$) и в когорте врачей-онкологов ТР профиля («неоперирующие» онкологи) $m = 11,0 \pm 5,54$ с 95% ДИ 9,35-12,6 ($p = 0,06$) при сопоставлении с контролем наблюдалось повышение данного параметра, но оно не было статистически значимым.

По показателю «редукция профессиональных обязанностей» также не установлена достоверная разница при парном сравнении между когортами врачей ТР профиля ($p > 0,05$).

При оценке выраженности ПВ в когорте врачей ХР профиля нами выявлено достоверное увеличение параметра «редукция профессиональных обязанностей» в когорте врачей-хирургов ОХР профиля $m = 12,1 \pm 5,14$ с 95% ДИ 10,9-13,4 ($p = 0,0001$), в когорте врачей-хирургов КХ профиля $m = 13,4 \pm 4,11$ с 95% ДИ 11,9-14,9 ($p = 0,0001$) и в когорте врачей-онкологов ХР профиля («оперирующие» онкологи) $m = 14,0 \pm 5,81$ с 95% ДИ 12,5-15,4 ($p = 0,0001$).

При оценке выраженности ПВ по тесту В.В. Бойко по показателю «редукция профессиональных обязанностей» не было выявлено достоверное увеличение между когортами врачей ХР профиля ($p > 0,05$).

При сравнении между когортами врачей ТР и ХР профиля (парное сравнение проводили исходя из специализации) было выявлено статистически значимое повышение параметра «редукция профессиональных обязанностей» между ВГ и врачами-хирургами ОХР профиля ($p = 0,01$).

При оценке выраженности ПВ по показателю «общий балл фазы резистентности» в когорте ВГ $m = 38,0 \pm 14,4$ с 95% ДИ 34,0-42,0 ($p = 1,0$), в когорте ВК $m = 41,6 \pm 15,3$ с 95% ДИ 37,6-45,6 ($p = 0,64$) и в когорте врачей-онкологов ТР профиля («неоперирующие» онкологи) $m = 45,9 \pm 17,0$ с

95% ДИ 40,9-50,8 ($p = 0,07$) наблюдалось повышение данного параметра, но оно не было статистически значимым.

По показателю «общий балл фазы резистентности» также не установлена достоверная разница при парном сравнении между когортами врачей ТР профиля ($p > 0,05$).

При оценке выраженности ПВ в когорте врачей ХР профиля нами выявлено достоверное увеличение параметра «общий балл фазы резистентности» в когорте врачей-хирургов ОХР профиля $m = 48,7 \pm 17,3$ с 95% ДИ 44,6-52,7 ($p = 0,001$), в когорте врачей-хирургов КХ профиля $m = 51,9 \pm 13,5$ с 95% ДИ 46,9-57,0 ($p = 0,0001$) и в когорте врачей-онкологов ХР профиля («оперирующие» онкологи) $m = 54,8 \pm 11,7$ с 95% ДИ 51,9-57,8 ($p = 0,0001$) при сопоставлении с контролем.

При оценке выраженности ПВ по показателю «общий балл фазы резистентности» не было выявлено достоверное увеличение между когортами врачей ХР профиля ($p > 0,05$).

При сравнении между когортами врачей ТР и ХР профиля (парное сравнение проводили исходя из специализации) было выявлено значимое повышение параметра «общий балл фазы резистентности» между ВГ и врачами-хирургами ОХР профиля ($p = 0,03$) и между ВК и врачами-хирургами КХ профиля ($p = 0,04$).

При оценке выраженности ПВ по показателю «эмоциональный дефицит» в когорте ВГ $m = 8,65 \pm 5,8$ с 95% ДИ 7,04-10,3 ($p = 1,0$), в когорте ВК $m = 9,52 \pm 5,81$ с 95% ДИ 7,99-11,0 ($p = 0,88$) и в когорте врачей-онкологов ТР профиля («неоперирующие» онкологи) $m = 10,1 \pm 5,83$ с 95% ДИ 8,45-11,8 ($p = 0,57$) наблюдалось повышение данного параметра, но оно не было статистически значимым.

По показателю «эмоциональный дефицит» также не установлена достоверная разница при парном сравнении между когортами врачей ТР профиля ($p > 0,05$).

При оценке выраженности ПВ в когорте врачей ХР профиля нами выявлено достоверное увеличение параметра «эмоциональный дефицит» в когорте врачей-хирургов КХ профиля $m = 12,4 \pm 5,37$ с 95% ДИ 10,4-14,4 ($p = 0,02$) и в когорте врачей-онкологов ХР профиля («оперирующие» онкологи) $m = 12,8 \pm 6,26$ с 95% ДИ 11,2-14,3 ($p = 0,0002$) при сопоставлении с контролем.

Также наблюдалось увеличение параметра «эмоциональный дефицит» в когорте врачей-хирургов ОХР профиля $m = 10,8 \pm 5,92$ с 95% ДИ 9,37-12,2 ($p = 0,14$), но оно не было статистически значимым.

При оценке выраженности ПВ по тесту В.В. Бойко по показателю «эмоциональный дефицит» не было выявлено достоверное увеличение между когортами врачей ХР профиля ($p > 0,05$) и между когортами врачей ТР и ХР профиля (парное сравнение проводили исходя из специализации) ($p > 0,05$).

Таблица 3

Парное сравнение – Тест В.В. Бойко «Диагностика эмоционального выгорания личности» по параметрам «эмоциональный дефицит» (ЭД), «эмоциональная отстраненность» (ЭО), «личностная отстраненность – деперсонализация» (ЛО-Д), «психосоматические и психовегетативные нарушения» (ППН), «общий балл фазы истощения» (ОБФИ). (Группы сравнения – значение р-уровня значимости). *р < 0,05

Table 3

Paired comparison – V.V. Boyko's test "Diagnosis of emotional burnout" according to the parameters "emotional deficit" (EDef), "emotional detachment" (EDet), "personal detachment – depersonalization" (PD-D), "psychosomatic and psychovegetative disorders" (PPD), "general Depletion phase score" (GDPS) (p-value – significance level). *p < 0.05

	ЭД EDef	ЭО EDet	ЛО-Д PD-D	ППН PPD	ОБФИ GDPS
ВГ-контроль 1-7	1,0	1,0	0,69	1,0	0,99
ВК-контроль 2-7	0,88	0,9	0,07	0,45	0,22
ВОТП-контроль 3-7	0,57	0,35	0,005*	0,0009*	0,004*
ВГ-ВК 1-2	0,98	0,99	0,86	0,82	0,75
ВГ-ВОТП 1-3	0,85	0,75	0,25	0,04*	0,08
ВК-ВОТП 2-3	1,0	0,99	0,93	0,67	0,76
ВГ-ВОХП 1-4	0,44	0,15	0,06	0,0006*	0,001*
ВК-ВХКХП 2-5	0,29	0,4	0,07	0,007*	0,003*
ВОТП-ВОХП 3-6	0,3	0,33	0,16	0,03*	0,005*
ВОХП-контроль 4-7	0,14	0,006*	0,0001*	0,0001*	0,0001*
ВХКХП-контроль 5-7	0,02*	0,03*	0,0001*	0,0001*	0,0001*
ВОХП-контроль 6-7	0,0002*	0,0002*	0,0001*	0,0001*	0,0001*
ВОХП-ВХКХП 4-5	0,87	0,97	0,8	0,8	0,17
ВОХП-ВОХП 4-6	0,52	0,57	0,27	0,15	0,01*
ВХКХП-ВОХП 5-6	1,0	1,0	0,99	0,99	0,93

При оценке выраженности профессионального выгорания по тесту В.В. Бойко по показателю «эмоциональная отстраненность» в когорте ВГ $m = 9,23 \pm 6,39$ с 95% ДИ 7,45-11,0 ($p = 1,0$) и в когорте ВК $m = 9,98 \pm 6,12$ с 95% ДИ 8,37-11,6 ($p = 0,9$), в когорте врачей-онкологов ТР профиля («неоперирующие» онкологи) $m = 10,9 \pm 5,58$ с 95% ДИ 9,30-12,5 ($p = 0,35$) наблюдалось повышение данного параметра, но оно не было статистически значимым.

По показателю «эмоциональная отстраненность» не установлена достоверная разница при парном сравнении между когортами врачей ТР профиля ($p > 0,05$).

При оценке выраженности ПВ по тесту В.В. Бойко в когорте врачей ХР профиля нами выявлено достоверное увеличение параметра «эмоциональная от-

страненность» в когорте врачей-хирургов ОХР профиля $m = 11,8 \pm 4,62$ с 95% ДИ 10,7-12,9 ($p = 0,006$), в когорте врачей-хирургов КХ профиля $m = 13,0 \pm 4,99$ с 95% ДИ 11,2-14,9 ($p = 0,03$) и в когорте врачей-онкологов ХР профиля («оперирующие» онкологи) $m = 13,4 \pm 5,02$ с 95% ДИ 12,1-14,6 ($p = 0,0002$) при сопоставлении с контролем.

При оценке выраженности ПВ по показателю «эмоциональная отстраненность» не было выявлено достоверное увеличение между когортами врачей ХР профиля ($p > 0,05$) и между когортами врачей ТР и ХР профиля (парное сравнение проводили исходя из специализации) ($p > 0,05$).

При оценке выраженности профессионального выгорания по тесту В.В. Бойко по показателю «личностная отстраненность-деперсонализация» наблюдалось достоверное увеличение в когорте врачей-он-

кологов ТР профиля («неоперирующие» онкологи) $m = 10,1 \pm 5,22$ с 95% ДИ 8,57-11,6 ($p = 0,005$) при сопоставлении с контролем.

В когорте ВГ $m = 7,56 \pm 4,04$ с 95% ДИ 6,43-8,68 ($p = 0,69$) и в когорте ВК $m = 8,95 \pm 4,85$ с 95% ДИ 7,67-10,2 ($p = 0,07$) наблюдалось также повышение данного параметра при сопоставлении с контролем, но оно не было статистически значимым.

По показателю «личностная отстраненность - деперсонализация» также не установлена достоверная разница при парном сравнении между когортами врачей ТР профиля ($p > 0,05$).

При оценке выраженности ПВ в когорте врачей ХР профиля нами выявлено достоверное увеличение параметра «личностная отстраненность-деперсонализация» в когорте врачей-хирургов ОХР профиля $m = 10,6 \pm 5,18$ с 95% ДИ 9,37-11,8 ($p = 0,0001$), в когорте врачей-хирургов КХ профиля $m = 12,3 \pm 4,66$ с 95% ДИ 10,6-14,0 ($p = 0,0001$) и в когорте врачей-онкологов ХР профиля («оперирующие» онкологи) $m = 12,8 \pm 4,53$ с 95% ДИ 11,6-13,9 ($p = 0,0001$) при сопоставлении с контролем.

При оценке выраженности ПВ по показателю «личностная отстраненность-деперсонализация» не было выявлено достоверное увеличение между когортами врачей ХР профиля, а также между когортами врачей ТР и ХР профиля (парное сравнение проводили исходя из специализации) ($p > 0,05$).

При оценке выраженности ПВ по показателю «психосоматические и психовегетативные нарушения» наблюдалось достоверное увеличение в когорте врачей-онкологов ТР профиля («неоперирующие» онкологи) $m = 9,65 \pm 4,31$ с 95% ДИ 8,39-10,9 ($p = 0,0009$) при сопоставлении с контролем.

В когорте ВГ $m = 6,52 \pm 4,75$ с 95% ДИ 5,20-7,84 ($p = 1,0$) и в когорте ВК $m = 7,93 \pm 4,98$ с 95% ДИ 6,62-9,24 ($p = 0,45$) наблюдалось также повышение данного параметра при сопоставлении с контролем, но оно не было значимым.

По показателю «психосоматические и психовегетативные нарушения» также установлена достоверная разница при парном сравнении между группой ВГ и группой врачей-онкологов ТР профиля («неоперирующие» онкологи) ($p = 0,04$).

При оценке выраженности ПВ в когорте врачей ХР профиля нами выявлено достоверное увеличение параметра «психосоматические и психовегетативные нарушения» в когорте врачей-хирургов ОХР профиля $m = 10,4 \pm 4,11$ с 95% ДИ 9,41-11,4 ($p = 0,0001$), в когорте врачей-хирургов КХ профиля $m = 12,1 \pm 1,74$ с 95% ДИ 11,5-12,8 ($p = 0,0001$) и в когорте врачей-онкологов ХР профиля («оперирующие» онкологи) $m = 12,3 \pm 4,07$ с 95% ДИ 11,3-13,3 ($p = 0,0001$) при сопоставлении с контролем.

При оценке выраженности профессионального выгорания по показателю «психосоматические и психовегетативные нарушения» не было выявлено достоверное увеличение между когортами врачей ХР профиля ($p > 0,05$).

Между когортами врачей ТР и ХР профиля (парное сравнение проводили исходя из специали-

зации) было выявлено достоверно значимое увеличение параметра «психосоматические и психовегетативные нарушения» между группой ВГ и группой врачей-хирургов ОХР профиля ($p = 0,0006$), между группой ВК и группой врачей-хирургов КХ профиля ($p = 0,007$), между группой врачей-онкологов ТР профиля («неоперирующие» онкологи) и группой врачей-онкологов ХР профиля («оперирующие» онкологи) ($p = 0,03$).

При оценке выраженности ПВ по показателю «общий балл фазы истощения» наблюдалось достоверное увеличение в когорте врачей-онкологов ТР профиля («неоперирующие» онкологи) $m = 40,7 \pm 14,0$ с 95% ДИ 36,71-44,87 ($p = 0,004$) при сопоставлении с контролем.

В когорте ВГ $m = 31,9 \pm 15,8$ с 95% ДИ 27,56-36,35 ($p = 0,99$) и в когорте ВК $m = 36,3 \pm 15,2$ с 95% ДИ 32,37-40,38 ($p = 0,22$) наблюдалось также повышение данного параметра при сопоставлении с контролем, но оно не было статистически значимым.

По показателю «общий балл фазы истощения» не установлена достоверная разница при парном сравнении между когортами врачей ТР профиля ($p > 0,05$).

При оценке выраженности ПВ по тесту В.В. Бойко в когорте врачей ХР профиля нами выявлено достоверное увеличение параметра «общий балл фазы истощения» в когорте врачей-хирургов ОХР профиля $m = 43,4 \pm 11,0$ с 95% ДИ 40,78-46,03 ($p = 0,0001$), в когорте врачей-хирургов КХ профиля $m = 49,83 \pm 6,26$ с 95% ДИ 47,49-52,17 ($p = 0,0001$) и в когорте врачей-онкологов ХР профиля («оперирующие» онкологи) $m = 51,2 \pm 15,6$ с 95% ДИ 47,33-55,06 ($p = 0,0001$) при сопоставлении с контролем.

При оценке выраженности ПВ по показателю «общий балл фазы истощения» было выявлено достоверное увеличение между когортами врачей-хирургов общего ХР профиля и группой врачей-онкологов ХР профиля («оперирующие» онкологи) ($p = 0,01$).

Между когортами врачей ТР и ХР профиля (парное сравнение проводили исходя из специализации) было выявлено достоверно значимое увеличение параметра «общий балл фазы истощения» между группой ВГ и группой врачей-хирургов общего ХР профиля ($p = 0,001$), между группой ВК и группой врачей-хирургов КХ профиля ($p = 0,003$), между группой врачей-онкологов ТР профиля и группой врачей-онкологов ХР профиля ($p = 0,005$).

При оценке сформированности фаз напряжения, резистентности и истощения у ВГ фаза напряжения находилась в стадии формирования у 40,38% и сформирована у 1,92% опрошенных; фаза резистентности была в стадии формирования у 32,39%, и сформировалась у 36,62%; фаза истощения находилась в стадии формирования у 76,06%, лиц со сформировавшейся фазой истощения выявлено не было.

При оценке сформированности фаз напряжения, резистентности и истощения у ВК фаза напряжения

Таблица 4

Сформированность фаз напряжения, резистентности и истощения по тесту В.В. Бойко у врачей ТР и ХР профиля
Table 4
Formation of phases of tension, resistance and exhaustion according to the V.V. Boyko test in doctors of the TR and XP profile

Группы	Фаза напряжения (чел/%)			Фаза резистентности (чел/%)			Фаза истощения (чел/%)		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Врачи-гастроэнтерологи (n = 52)	30/57,69	21/40,38	1/1,92	28/53,85	18/34,62	6/11,54	31/59,62	21/40,38	0/0
Врачи-кардиологи (n = 58)	29/50,0	28/48,28	1/1,72	26/44,83	24/41,38	8/13,79	27/46,55	31/53,45	0/0
Врачи-онкологи ТР профиля («неоперирующие» онкологи) (n = 48)	17/35,42	30/62,50	1/2,08	18/37,50	16/33,33	14/29,17	15/31,25	33/68,75	0/0
Врачи-хирурги общего ХР профиля (n = 71)	19/26,76	51/71,83	1/1,41	22/30,99	23/32,39	26/36,62	17/23,94	54/76,06	0/0
Врачи-хирурги КХ профиля (n = 30)	5/16,7	21/70,00	1/1,92	5/16,67	12/40,00	13/43,33	1/3,33	29/96,67	0/0
Врачи-онкологи ХР профиля («оперирующие» онкологи) (n = 65)	9/13,85	28/43,08	28/43,02	2/3,08	32/49,23	31/47,69	12/18,46	26/40,00	27/41,54
Контроль (n = 75)	46/61,33	28/37,33	1/1,33	42/56,00	27/36,00	6/8,00	56/74,67	19/25,33	0/0

Примечание: 1 – фаза не сформирована; 2 – фаза в стадии формирования; 3 – фаза сформирована.

Note: 1 – phase is not formed; 2 – phase is in the formation stage; 3 – phase is formed.

находилась в стадии формирования у 48,28% и сформирована у 1,72% опрошенных; фаза резистентности была в стадии формирования у 41,38%, и сформировалась у 13,79%; фаза истощения находилась в стадии формирования у 53,45%, лиц со сформировавшейся фазой истощения выявлено не было.

При оценке сформированности этих фаз у врачей-онкологов ТР профиля («неоперирующие» онкологи) фаза напряжения находилась в стадии формирования у 62,50% и сформирована у 2,08% опрошенных; фаза резистентности была в стадии формирования у 33,33%, и сформировалась у 29,17%; фаза истощения находилась в стадии формирования у 68,75%, лиц со сформировавшейся фазой истощения выявлено не было.

При оценке сформированности фаз у врачей-хирургов ОХР профиля фаза напряжения находилась в стадии формирования у 71,83% и сформирована у 1,41% опрошенных; фаза резистентности была в стадии формирования у 32,39%, и сформировалась у 36,62%; фаза истощения находилась в стадии формирования у 76,06%, врачей-хирургов ОХР профиля со сформировавшейся фазой истощения выявлено не было.

При оценке сформированности фаз у врачей-хирургов КХ профиля фаза напряжения находилась в стадии формирования у 70,0% и сформирована у 1,92% опрошенных; фаза резистентности была в стадии формирования у 40,0%, и сформировалась у 43,33%; фаза истощения находилась в стадии формирования у 96,67%, врачей со сформировавшейся фазой истощения в этой когорте выявлено не было.

При оценке сформированности фаз напряжения, резистентности и истощения у врачей-онкологов ХР

профиля («оперирующие» онкологи) фаза напряжения находилась в стадии формирования у 43,08% и сформирована у 43,02% опрошенных; фаза резистентности была в стадии формирования у 49,23%, и сформировалась у 47,69%; фаза истощения находилась в стадии формирования у 40,0%, сформировавшаяся фаза истощения у 41,54% врачей-онкологов ХР профиля («оперирующие» онкологи).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, можно сделать вывод о различии выраженности фаз у врачей ХР и ТР профиля, а также различиях в формировании ПВ в зависимости от специализации по профильным заболеваниям. Данные особенности выгорания в группах врачей ТР и ХР профиля подразумевают проведение диагностических тестирований в этих группах с разной кратностью. Знание различий в выраженности тех или иных показателей профессионального выгорания для разных групп врачей ТР и ХР профиля с учетом специализации может использоваться при составлении программы профилактики профессионального выгорания врачей.

Кроме того, полученные данные свидетельствуют о необходимости: дополнения приказа от № 988н/1420н от 31.12.2020 г. «Об утверждении перечня вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры» указанием характера и условий труда, детерминирующих развитие профессионального выгорания у медицинских

работников; дополнения № 29н 28.01.2021 г. «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические

медицинские осмотры» [9-10], информативными методиками диагностики профессионального выгорания.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

- Occupational pathology: national manual /Bukhtiyarov IV, Kuzmina LP, Shpagina LA, Alekseev VB, Amirov NKH, Anvarul NA, et al. M.: Geotar-media, 2024. 904 p. Russian (Профессиональная патология: национ. руков. /Бухтияров И.В., Кузьмина Л.П., Шпагина Л.А., Алексеев В.Б., Амиров Н.Х., Анварул Н.А., и др. М.: «Гэотар-медиа», 2024. 904с.)
- Popov VI, Marchenko LO, Levich SN, Yusupov VV, Isaeva ER, Chernyavsky EA. Psychological readiness of medical personnel to work in their specialty during the period of epidemiological distress. *Bulletin of Psychotherapy*. 2020; 76: 134-147. Russian (Попов В.И., Марченко Л.О., Левич С.Н., Юсупов В.В., Исаева Е.Р., Чернявский Е.А. Психологическая готовность медицинского персонала к работе по специальности в период эпидемиологического неблагополучия //Вестник психотерапии. 2020. № 76. С. 134-147.)
- Schonfeld IS, Bianchi R. Burnout and depression: Two entities or one? *J Clin Psychol*. 2016; 72(1): 22-37. doi: 10.1002/jclp.22229
- Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020; 3(3): e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- Sun N, Wei L, Shi S, Jiao D, Song R, Ma L, et al. A Qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *Am J Infect Control*. 2020; 48(6): 592-598. doi: 10.1016/j.ajic.2020.03.018
- Han S, Shanafelt TD, Sinsky CA, Awad KM, Dyrbye LN, Fiscus LC, et al. Estimating the Attributable Cost of Physician Burnout in the United States. *Ann Intern Med*. 2019; 170(11): 784-790. doi: 10.7326/m18-1422
- Melentyev AV, Babanov SA, Ostryakova NA, Agarkova AS. Pandemic of new coronavirus infection and emotional burnout of medical workers. *Hygiene and sanitation*. 2022; 101(8): 935-939. Russian (Мелентьев А.В., Бабанов С.А., Острякова Н.А., Агаркова А.С. Пандемия новой коронавирусной инфекции и эмоциональное выгорание медицинских работников // Гигиена и санитария. 2022. Т. 101, № 8. С. 935-939.) doi: 10.47470/0016-9900-2022-101-8-935-939
- Boyko VV. The syndrome of «emotional burnout» in professional communication: a textbook. SPb: Piter, 2015. 300 p. Russian (Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении: учебное пособие. СПб.:Питер, 2015. 300 с.)
- Bodagova EA, Govorin NV. Mental health of various medical specialists. *Social and clinical psychiatry*. 2013; 1: 21-26. Russian (Бодагова Е.А., Говорин Н.В. Психическое здоровье врачей разного профиля //Социальная и клиническая психиатрия. 2013. № 1. С. 21-26.)
- Melentyev AV, Babanov SA, Ostryakova NA, Lavrentyeva NE, Lysova MV. Professional burnout, anxiety and coping strategies among doctors of therapeutic specialties during the COVID-19 pandemic. *Health care of the Russian Federation*. 2024; 68(3): 205-211. Russian (Мелентьев А.В., Бабанов С.А., Острякова Н.А., Лаврентьева Н.Е., Лысова М.В. Профессиональное выгорание, тревожность и копинг-стратегии у врачей терапевтических специальностей в период пандемии COVID-19 //Здравоохранение Российской Федерации. 2024. Т. 68, № 3. С. 205-211.) doi: 10.47470/0044-197X-2024-68-3-205-211

Сведения об авторах:

БАБАНОВ Сергей Анатольевич, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой профессиональных болезней и клинической фармакологии им. В.В. Косарева, ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия. E-mail: s.a.babanov@mail.ru

ЛЫСОВА Маргарита Валериановна, очный аспирант кафедры профессиональных болезней и клинической фармакологии им. В.В. Косарева, ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия. E-mail: margol79@mail.ru

ДАРИЮХИНА Екатерина Александровна, врач-гастроэнтеролог отделения гастроэнтерологии, ГБУЗ СО СГБ № 5, г. Самара, Россия. E-mail: 2249800@gmail.com

ОСТРЯКОВА Наталья Александровна, зав. физиотерапевтическим отделением, Санаторий «Сочинский» Минобороны России, г. Сочи, Россия. E-mail: kosm-90@mail.ru

БАБАНОВ Андрей Сергеевич, студент, ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия. E-mail: babanovgg@gmail.com

Information about authors:

BABANOV Sergey Anatolyevich, doctor of medical sciences, professor, head of the department of occupational diseases and clinical pharmacology named after V.V. Kosarev, Samara State Medical University, Samara, Russia. E-mail: s.a.babanov@mail.ru

LYSOVA Margarita Valerianovna, postgraduate student of the department of occupational diseases and clinical pharmacology named after V.V. Kosarev, Samara State Medical University, Samara, Russia.

E-mail: margol79@mail.ru

DARYUKHINA Ekaterina Aleksandrovna, gastroenterologist of the gastroenterology department, Samara City Hospital N 5, Samara, Russia.

E-mail: 2249800@gmail.com

OSTRYAKOVA Natalya Aleksandrovna, head of the physiotherapy department, Sanatorium "Sochinsky" of the Russian Ministry of Defense, Sochi, Russia. E-mail: kosm-90@mail.ru

BABANOV Andrey Sergeevich, student, Samara State Medical University, Samara, Russia. E-mail: babanovgg@gmail.com

Корреспонденцию адресовать: БАБАНОВ Сергей Анатольевич, 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 89, ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России.
Тел: 8 (846) 374-10-01. E-mail: s.a.babanov@mail.ru