

17 июня 2020 г.

«ВЫГОРАНИЕ» У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ОСОБЕННОСТИ В ЭПОХУ COVID-19

Оглавление

1. Краткое содержание
2. Общие положения
3. Распространенность «выгорания» среди медицинских работников
4. Классификация стадий «выгорания»
5. Факторы, влияющие на «выгорание», и его последствия
6. Диагностика «выгорания»
7. Профилактика и лечение «выгорания»
8. Особенности «выгорания» у медицинских работников в эпоху COVID-19
9. Особенности «выгорания» у врачей производственной медицины

Приложения

- I. Опросник для оценки «выгорания» Маслач (Maslach Burnout Inventory – MBI) для медицинских работников в адаптации Водопьяновой
- II. Девять стратегий по работе с «выгоранием» для медицинских учреждений клиники Мейо
- III. Список литературы

1. Краткое содержание

Всемирной организацией здравоохранения «выгорание» включено в 11-й пересмотр Международной классификации болезней (МКБ-11) и определено как **«синдром, возникающий в результате хронического стресса на рабочем месте, который не был успешно преодолен»**.

Этот синдром высоко распространен у медицинских работников. По данным исследований, в РФ признаки «выгорания» есть более чем у **60% врачей**, в США встречается у **40 до 54% врачей** и у **35 до 42% медицинских сестер**, в странах ЕС – у **43% врачей**.

«Выгорание» характеризуется развитием **трех психологических признаков**: чувство эмоциональной опустошенности, циничное отношение к коллегам и пациентам и негативная оценка своих профессиональных достижений. По фазам развития «выгорания» выделяют сначала фазу **повышенной активности** сотрудника, затем постепенное **снижение вовлеченности** в работу, развитие психосоматических реакций и **полное разочарование** в профессиональной деятельности.

При высоком уровне «выгорания» у врачей отмечается более высокий риск развития тяжелых последствий, таких как депрессия, злоупотребление алкоголем, разрушение личной жизни и даже суицид, который среди медицинских работников встречается **в 2,5 раза чаще**, чем среди всего населения. Такие медицинские работники более часто меняют работу, большее количество времени проводят на больничном листе, имеют более низкую профессиональную оценку руководителей. Это приводит к низкой удовлетворенности пациентов, снижению качества медицинской помощи и, как следствие, финансовым потерям для общества и учреждения: например, в США они ежегодно оцениваются **в 4,6 млрд долл.**

«Золотым стандартом» в диагностике «выгорания» медицинских работников считается опросник Маслач в адаптации Водопьяновой. Этот опросник содержит **22 вопроса**, заполняется сотрудниками в течение **10–15 мин** и может быть легко интерпретирован руководством учреждения.

В настоящее время считается, что для профилактики и лечения «выгорания» медицинских работников должен применяться целый **комплекс системных мер**, в котором ведущими являются не только индивидуальная психологическая терапия, но и формирование **благоприятной рабочей среды**. На уровне **отделения** применяются меры по созданию удобного расписания, здоровой психологической обстановки в коллективе, поддержки сотрудников руководством отделения. В каждом **учреждении** здравоохранения должно уделяться внимание мероприятиям по уменьшению административной нагрузки на врачей, созданию облегчающей работу технологической среды (применение IT-технологий), развитию неформального общения в коллективе, созданию условий по поддержанию врачами баланса работы и личной жизни. На уровне **системы здравоохранения** важно ликвидировать излишнюю и дублирующую отчетность, исключить необоснованные ресурсами требования, высоко оценивать труд медицинского работника, материально и морально. Касательно индивидуального воздействия сегодня наиболее эффективными считаются мероприятия по обучению врачей **адекватной оценке** своего эмоционального состояния и своевременному обращению, при необходимости, за помощью.

Эпидемия COVID-19 вызывает тяжелые психологические перегрузки медицинских работников. Причинами могут служить следующие факторы: **нехватка средств индивидуальной защиты (СИЗ)**; страх **заразить семью**, коллег и пациентов; недоступность диагностических тестов; **неуверенность в поддержке** со стороны работодателя в случае болезни; сомнения в собственной компетентности при **отсутствии специфического лечения** и доступных знаний о болезни; тревога о будущем. Отмечается, что работа в условиях эпидемии может стать для медицинских работников тяжелой психологической травмой с серьезными последствиями. Отдельные клиники за рубежом, такие как «Учреждение здравоохранения Университета Раш» в Чикаго (США), разработали комплексные программы по защите медицинских работников от «выгорания». Они организовали **группы, где можно обсудить возникающие проблемы, и центры психологической поддержки с участием психологов**, социальных работников и волонтеров; подготовили **комнаты отдыха** и психологической разгрузки. Особое внимание уделялось выявлению серьезных признаков «выгорания» (потребление психоактивных веществ, суицидальные наклонности), в этом случае сотрудников направляли в центры «особой консультации».

2. Общие положения

Профессиональная деятельность работников здравоохранения является одной из самых сложных и ответственных видов деятельности человека, так как требует переработки большого объема информации, связана с высокой интеллектуальной нагрузкой и огромной ответственностью за жизнь и здоровье других людей. Стрессовые факторы при работе медицинских работников принято разделять на три группы: средовые (работа в ночные смены, физический труд, переработки), психоэмоциональные (сопереживание больному, переживание смерти больного) и социальные (недостаточное вознаграждение за труд, чрезмерные требования больных к врачам).

Ежедневное воздействие этих факторов, без должной компенсации, приводит к увеличению нагрузки и быстрому физиологическому и психическому истощению медицинских работников, что принято называть «выгоранием».

Впервые **синдром «выгорания»** описал американский психолог Фрейденбергер (Herbert Freudenberger) в 1974 г. Он определил данный термин как *«негативное психологическое состояние здоровых людей, профессиональная деятельность которых была связана с интенсивным и близким контактом с человеком, а также постоянным напряжением эмоциональной сферы»* [1]. Российскими психологами синдром «выгорания» определяется как состояние постепенной утраты

эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющееся в симптомах истощения, утомления, личной отстраненности, снижения удовлетворения от исполнения работы [2].

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) «выгорание» включено в 11-й пересмотр Международной классификации болезней (МКБ-11), отнесено к главе «Факторы, влияющие на состояние здоровья или контакт с медицинскими службами», обозначено шифром **QD85** «выгорание» и определено как *«синдром, возникающий в результате хронического стресса на рабочем месте, который не был успешно преодолен»* [3]. ВОЗ в МКБ-11 подчеркнуто, что «выгорание» не является медицинской проблемой человека, как, например, депрессия, а касается непосредственно его профессиональной деятельности и не должно применяться к другим сферам жизни. Однако после включения «выгорания» в МКБ-11 человек может обращаться за медицинской помощью по данному поводу.

На основании исследования в странах Европейского союза (ЕС) в 2017 г., проведенного А. Lastovkova и соавт., в 9 странах из 28 стран ЕС обосновано, что синдром «выгорания» может быть признан профессиональным заболеванием, в Латвии данный синдром даже указан в Перечне профессиональных заболеваний [4]. В РФ «выгорание» не является профессиональным заболеванием [5].

3. Распространенность «выгорания» среди медицинских работников

В настоящее время «выгорание» встречается среди многих профессий, связанных с постоянными контактами с людьми, но у медицинских работников оно распространено очень высоко и признано «эпидемией» [6, 7]. По разным оценкам, оно распространено **от 40 до 70%** среди всех медицинских работников.

Первое исследование в РФ было проведено в 2004 г. По опросам В.А. Винокура, выявлено, что постоянное и достаточно высокое нервно-психическое напряжение отмечали **74% врачей** и **82% медицинских сестер** [8]. С тех пор появились статьи по исследованию «выгорания» врачей из разных регионов РФ (Омск, Санкт-Петербург, Архангельск), где подчеркивалась особая актуальность этой проблемы [9–11]. В 2016 г. в работе Н.В. Говорина и Е.А. Бодаговой по данным обследования 383 врачей в Забайкальском крае было обнаружено, что «выгорание» у медицинских работников встречается **в 67%** случаев, что значительно выше, чем в других странах [12].

В США в общенациональных исследованиях с 2011 по 2017 г. обнаружено, что распространенность «выгорания» среди американских врачей составляет **от 40 до 54%** [13], среди медицинских сестер – **до 42%** [14]. В Канаде в 2009 г. был проведен масштабный национальный почтовый опрос, в котором приняли участие 2536 терапевтов [15]. В качестве инструмента оценки использовался опросник «выгорания» Маслач (Maslach Burnout Inventory – МВІ, см. приложение 1). После обработки материалов анкет сделан вывод о наличии умеренного уровня «выгорания» среди канадских врачей.

В Европе большое исследование «выгорания» медиков было проведено в 2008 г. группой ученых «Европейская исследовательская группа по изучению эмоционального «выгорания» среди врачей общей практики» (European General Practice Research Network Burnout Study Group – EGPRN). В исследование было включено 1393 врача общей практики из разных европейских стран. По результатам анкетирования только у трети докторов не выявлено признаков эмоционального «выгорания», у **43%** респондентов обнаружены признаки «выгорания» по шкале эмоционального истощения, у **35%** – по шкале деперсонализации, у **32%** – по шкале редукции личных достижений, у **12%** выявлены признаки «выгорания» по всем трем шкалам [16].

4. Классификация стадий «выгорания»

В 1981 г. К. Маслач и С. Джексон предложили трехфакторную модель «выгорания» (рис. 1):

- 1) **эмоциональное истощение** – чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное работой.
- 2) **деперсонализация**, которая проявляется в эмоциональном отстранении и безразличии, формальном выполнении профессиональных обязанностей без личностной включенности и сопереживания, а в отдельных случаях – в раздражительности, негативизме и циничном отношении к коллегам и пациентам.
- 3) **редукция персональных достижений** – негативное оценивание себя, результатов своего труда и возможностей для профессионального развития.



Рис. 1. Трехфакторная модель эмоционального «выгорания» (К. Маслач, С. Джексон)

М. Буриш (Burisch M., 1994) в своей концепции выделяет несколько **основных фаз** в развитии синдрома «выгорания» (рис. 2).

- 1) **Предупреждающая фаза**, характеризуется чрезмерной активностью, отказом от потребностей, не связанных с работой, ограничением социальных контактов, а также истощением (чувство усталости, бессонница, угроза несчастных случаев).
- 2) **Снижение уровня собственного участия**: потеря положительного восприятия коллег, приписывание вины за собственные неудачи другим людям, проявление безразличия к окружающим, нежелание выполнять свои профессиональные обязанности, искусственное продление перерывов на работе, опоздания, уход с работы раньше времени, потеря жизненного идеала, концентрация внимания на собственных потребностях.
- 3) **Эмоциональные реакции**, такие как депрессия (чувство вины, снижение самооценки, апатия) и агрессия (подозрительность, конфликты с окружением).
- 4) **Фаза деструктивного поведения**. Данная фаза затрагивает у работника сферы интеллекта (снижение концентрации внимания, отсутствие способности к выполнению сложных заданий), мотивационную (отсутствие собственной инициативы) и эмоционально-социальную (безразличие, отсутствие участия в жизни других людей) сферы.
- 5) **Психосоматические реакции**: снижение иммунитета, бессонница, повышение давления, тахикардия, головные боли, расстройства пищеварения, зависимость от никотина, кофеина, алкоголя.
- 6) **Разочарование** (отрицательная жизненная установка, чувство беспомощности и бессмысленности жизни).



Рис. 2. Фазы развития синдрома профессионального «выгорания» (по Burisch, 1994)

5. Факторы, влияющие на «выгорание», и его последствия

«Выгорание» может быть более или менее выражено при наличии определенных факторов риска. Эти факторы подразделяют на **личностные и организационные**.

Личностные факторы. В психологических исследованиях изучалась связь личностных характеристик медицинских работников с «выгоранием». В обзоре имеющейся литературы в 2018 г. В. Wiederhold и соавт. показано, что высокий уровень невротизма, меньшая способность принятия окружающих, интроверсия и высокий уровень негативной эмоциональности сочетаются с высоким индивидуальным риском развития «выгорания» у медицинских работников [17]. Однако в последнее время в связи с крайне высокой распространенностью «выгорания» среди медицинских работников, которое не может быть связано с только индивидуальными особенностями личности, большее внимание уделяется организационным и социальным факторам системы здравоохранения, способствующим развитию «выгорания».

Организационные и социальные факторы [7, 18]:

- повышенная загруженность, изменяющееся расписание работы, дефицит персонала;
- излишняя, дублирующая административная и отчетная нагрузка;
- неадекватное применение информационных технологий;
- дефицит времени на отдых и недостаток времени на личную жизнь;
- моральный дистресс: например, тяжкие негативные эмоции, которые испытывают врачи, вынужденные продлевать страдания больных в паллиативном состоянии [19];
- негативная коммуникация и агрессия со стороны пациентов.

Факторы, которые уменьшают степень «выгорания» [7]:

- осознание высокого предназначения медицинского работника;
- позитивная и поддерживающая организационная культура учреждения;
- баланс ожиданий от работы и фактического состояния дел;
- контроль над содержанием работы, гибкость и автономность;
- денежное и моральное вознаграждение;
- профессиональное взаимодействие и социальная поддержка;
- баланс между работой и личной жизнью.

Например, в США в 2017 г. в исследовании Н. Так и соавт. при опросе 1289 врачей показано, что внутреннее ощущение своего высокого призвания и сохранение долгосрочных положительных отношений с пациентами ведут к более высокой оценке врачами своей значимости [20]. В Германии в 2016 г. В.С. Pantenburg и соавт. опросили 2300 молодых врачей: высокий уровень

удовлетворенности рабочей обстановкой у врачей сочетался с меньшим цинизмом и эмоциональным истощением [21].

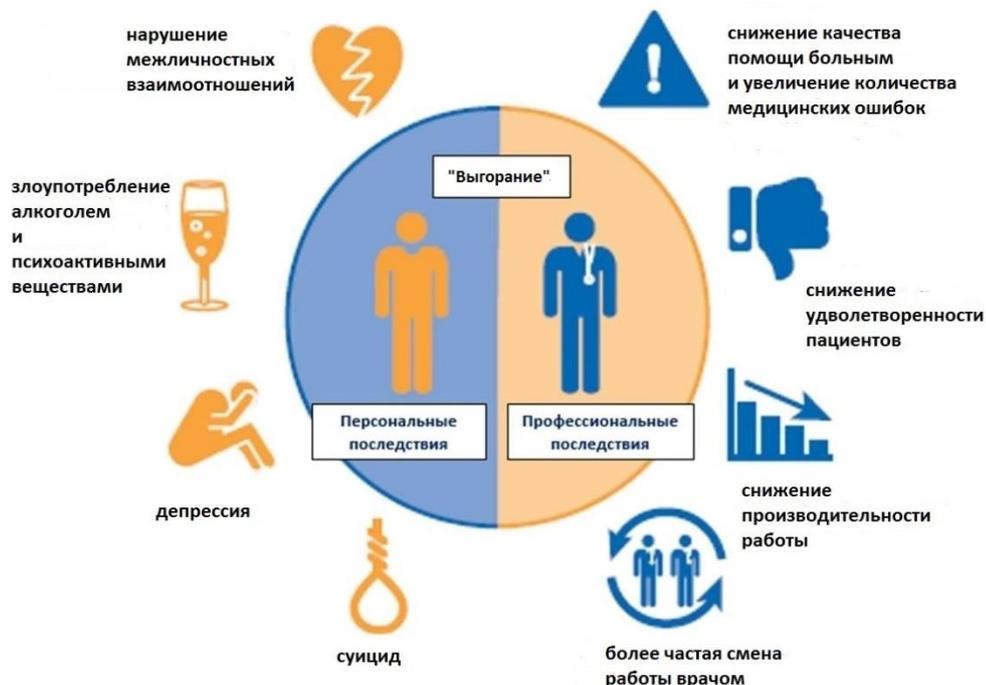
В США в 2016 г. при опросе 20 000 медицинских сестер из 425 больниц A. Kutney-Lee и соавт. получили данные, что чем больше медицинские сестры ощущают свое участие в принятии решений на уровне больниц и отделений, тем выше их удовлетворенность работой и удовлетворенность пациентов уровнем их лечения [22]. А в исследовании, проведенном в Нидерландах в 2016 г., показано, что у 247 медицинских сестер при лучшем сочетании графика работы с личной жизнью отмечался более низкий уровень эмоционального истощения [23].

С самого начала изучения «выгорания» психологи находили связь этого явления с негативными последствиями для работников, такими как депрессия и повышенный риск суицида. К примеру, в Австрии в 1996 г. на основании исследований G. Sonneck было выявлено, что суициды встречаются у медицинских работников **в 2,5 раза чаще**, чем в среднем у населения, причем у австрийских врачей-мужчин **на 50% чаще**, чем у женщин [24]. В США в 2016 г. С.Р. West и соавт. продемонстрировали, что у ординаторов с симптомами «выгорания» выше риск попасть в автомобильную аварию, чем у их коллег без «выгорания» [25]. Кроме того, отмечены такие важные негативные последствия «выгорания» для медицинских работников, как повышенный риск увольнения, уменьшение производительности труда, большое количество дней нетрудоспособности, проблемы во взаимоотношениях с друзьями и семьей, более ранний выход на пенсию. В США еще в 1995 г. в исследовании Р.А. Parker и соавт. было продемонстрировано, что у 73 медицинских сестер более высокий уровень «выгорания» сочетается с более частым отсутствием по причине больничного листа, а также более низкой профессиональной оценкой их руководством [26].

Помимо этого, существует серьезное негативное влияние «выгорания» **на все общество**, прежде всего на пациентов. В США в 2018 г. в работе А.К. Windover и соавт. на примере одного большого медицинского центра, в котором работает 1145 врачей, показано, что **у 35% из них** выявились признаки «выгорания» (согласно опроснику Маслач) [27]. Это коррелировало с **высоким уровнем жалоб пациентов** в службу качества медицинской помощи данного учреждения.

«Выгорание» также влияет и на число профессиональных медицинских ошибок (неблагоприятных исходов при оказании медицинской помощи) [28–30]. В исследованиях подчеркивается, что сложно установить четкую связь между «выгоранием» и конкретной ошибкой медицинского работника. Однако в коллективах с высоким уровнем «выгорания» медицинских сестер отмечается более высокий уровень таких явлений, как травматизм больных и катетер-ассоциированные инфекции мочевых путей [7]. В США в 2019 г. подсчитано, что негативный эффект «выгорания» медицинских работников (из-за более частой смены работы врачами и уменьшения часов работы) приводит к финансовым потерям в размере **4,6 млрд долл.** ежегодно (по курсу \$ППС 25,5 это 117 млрд руб.) [31].

В США в 2016 г. исследователи из клиники Мейо под руководством профессора Т. Shanafelt, негативные персональные и профессиональные последствия «выгорания» [18] (рис. 3).



Источник: Shanafelt T., Noseworthy J. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout.// Mayo Clin Proc. 2017. V92(1).- P.129-146. - [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(16\)30625-5/pdf](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(16)30625-5/pdf)

Рис. 3. Персональные и профессиональные последствия «выгорания» для врача

6. Диагностика «выгорания»

Психологами предложены различные методики выявления «выгорания» для разных профессиональных групп, в том числе и для медицинских работников. **Опросник «выгорания» Маслач** является «золотым стандартом» для этих целей, благодаря простоте его заполнения и интерпретации, что подтверждено в исследованиях на больших группах медицинских работников [6].

Методика данного опроса разработана в 1981 г. С. Maslach и S. Jackson, в России адаптирована Н.В. Водопьяновой в 2001 г. [32]. Опросник состоит из **22 пунктов**, по которым возможно вычисление значений трех шкал: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция профессиональных достижений». Чем выше баллы по каждой из шкал, тем выше выгорание сотрудника. Кроме опросника Маслач, за рубежом также используется Фрайбургский личностный опросник. Российскими исследователями В.В. Бойко и В.А. Винокуром разработаны собственные опросники по определению «выгорания», однако их пригодность для применения не подтверждена в международных исследованиях.

В табл. 1 приведены различные методики по выявлению «выгорания».

Табл. 1. Методики выявления эмоционального «выгорания» у медицинских работников

Методика	Описание
Опросник профессионального «выгорания» К. Маслач	Состоит из 22 пунктов, по которым возможно вычисление значений трех шкал: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция профессиональных достижений». Заполнение опросника у медицинских сотрудников занимает 10–15 мин

Методика диагностики уровня эмоционального «выгорания» В.В. Бойко	Содержит 84 вопроса. В отличие от опросника Маслач, можно классифицировать «выгорание» по стадиям, однако занимает гораздо больше времени для заполнения и интерпретации
Опросник «Отношение к работе и «выгорание»» В. А. Винокура	Содержит 137 утверждений, отражающих определенные эмоциональные реакции и стили отношения к работе. Оценку проводят по следующим шкалам: эмоциональное истощение, напряженность в работе, снижение удовлетворенности работой и оценка ее значимости, профессиональный перфекционизм, общая самооценка, самооценка качества работы, помощь и психологическая поддержка коллег в работе, профессиональное развитие и самоусовершенствование, состояние здоровья и общая адаптация. Применяется в России для академических целей
Фрайбургский личностный опросник	Состоит из 138 вопросов, содержит высказывания, касающиеся способов поведения, эмоциональных состояний, ориентации экстраверсия-интроверсия, отношения к жизненным трудностям и т. д. Имеет гораздо более широкий круг вопросов по характеристикам личности, чем диагностика «выгорания»

7. Профилактика и лечение «выгорания»

Несмотря на обилие литературы по методам диагностики «выгорания», рекомендации по мерам предупреждения и лечения данного состояния еще только разрабатываются. В настоящее время применяется системное рассмотрение проблемы «выгорания», которое включает как меры, направленные на конкретного работника, так и меры по изменению работы всех уровней системы здравоохранения [18].

Создание благоприятной среды для медицинских работников как основной принцип профилактики «выгорания». В США под руководством Национальной академии наук США¹ в 2017 г. был создан Комитет по созданию системных подходов по улучшению лечения пациентов путем создания благоприятной среды для медицинских работников (Committee on Systems Approaches to Improve Patient Care by Supporting Clinician Well-Being). Первый отчет Комитета был опубликован в 2019 г., где описана концепция системного подхода к работе над психологическим здоровьем и самочувствием медицинских работников [7]. С точки зрения Комитета, важно сменить парадигму борьбы с «выгоранием»: от предотвращения негативных факторов к укреплению позитивного настроения врачей путем создания для них благоприятной среды. Это понятие получило название «психологическое благополучие медицинских работников» («worker well-being»). Оно означает, что для них создана такая среда, которая предоставляет все возможности для профессиональной реализации, и работа воспринимается медицинскими работниками позитивно [7, 33] (рис. 4).

На этом рисунке видно, что факторы воздействия на медицинского работника вступают в контакт с личностными характеристиками конкретного человека. К уровням, влияющим на работника, относят отделение, учреждение и систему здравоохранения страны в целом. К личностным характеристикам медицинского работника относят темперамент; механизмы противостояния стрессу, напряжению и давлению; жизнестойкость; межличностные отношения; социальную поддержку врача со стороны семьи и друзей. В результате взаимодействия системы и сотрудника развивается или «психологическое благополучие», или, наоборот, «выгорание», что имеет важные последствия для всех участников системы, а также пациентов и общества. Именно

¹ Включает Академию медицины, Академию наук и Инженерную академию (Комитет трех академий наук США).

поэтому Комитет Национальной академии наук США рекомендует осуществлять профилактику «выгорания» как комплекс мер на всех уровнях.

Системная модель «выгорания» и «психологического благополучия» медицинских работников

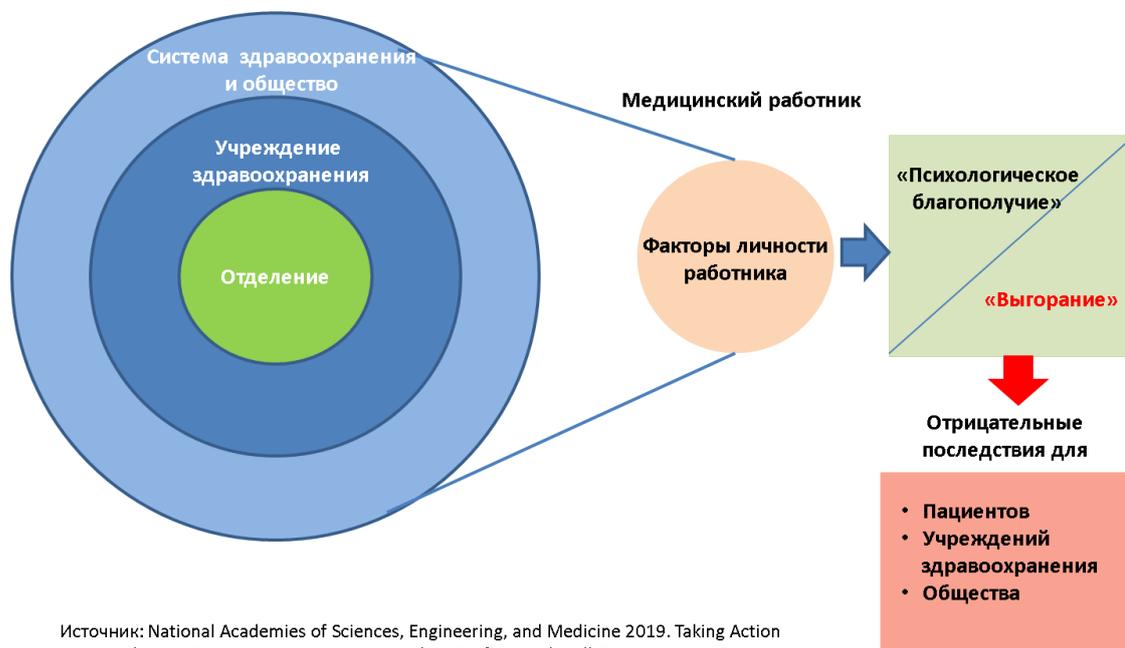


Рис. 4. Системная модель «выгорания» медицинских работников Национальной академии наук США

Меры по профилактике «выгорания» по рекомендации Комитета Национальной академии наук США [7]

На уровне отделения (в США называется «первая линия» – «front line»):

- составление такого расписания работы, которое исключает переработки сотрудников;
- организация совместной, командной работы в коллективе «первой линии», включая врачей, средний и младший медицинский персонал, административный и технический персонал;
- поддержка сотрудников руководством отделения, для этого у руководителя должны быть навыки управления;
- установление руководством отделения системы позитивного взаимодействия с пациентами и родственниками;
- отсутствие излишней административной нагрузки и отчетности.

На уровне медицинского учреждения также должна быть установлена поддерживающая и положительная культура управления. В США существует много примеров инициатив отдельных больниц и сети клиник по внедрению организационных мер по профилактике «выгорания» врачей. Например, Американская академия медицины начала в 2019 г. программу «Радость работы в медицине» («The Joy in Medicine Recognition Program») [34], в которой стимулирует медицинские организации проводить организационные изменения для профилактики «выгорания». Для этого проводятся критерии оценки учреждений:

- решительность действий по уменьшению «выгорания» врачей, наличие плана работы в этом направлении;

- оценка текущего уровня «выгорания» врачей;
- обучение администрации и руководителей отделений;
- оценка эффективности проведенных изменений;
- действия по улучшению поддержки персоналом друг друга, особенно молодых врачей.

Другой пример – 40 американских больниц в 2017 г. сформировали «Лидерский альянс» («The Leadership Alliance») с целью разработать совместную программу по уменьшению административной нагрузки на врачей [35]. Врачам задавали вопросы: «А что бы Вы предложили для улучшения работы? Какие процессы надо изменить и какие административные барьеры надо устранить для улучшения лечения больных и Вашей работы?». Далее, на основании ответов, были сформированы предложения.

В клинике Мейо, одном из наиболее старых и авторитетных медицинских центров США, в 2016 г. разработали программу «Девять стратегий для уменьшения выгорания врачей и их лучшего вовлечения в работу» («Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout») [18]. Руководителям медицинских организаций даны следующие рекомендации:

- понять причины «выгорания» и оценить его уровень в организации;
- задействовать лидеров для решения данной проблемы;
- разработать и применить меры для каждого конкретного отделения;
- развивать неформальное общение коллег;
- активно использовать поощрения и премии;
- уделять большое внимание развитию корпоративной культуры;
- стимулировать соблюдение баланса работы и личной жизни работниками;
- стимулировать развитие устойчивости врачей к стрессу и навыков психологической самопомощи;
- развивать исследования в области организации работы в данном учреждении.

В приложении 2 приведены меры, предлагаемые клиникой Мейо по каждому из девяти направлений.

Меры на уровне системы здравоохранения страны. В США Комитетом Национальной академии наук США определены факторы, характеризующую систему здравоохранения, которые могут увеличить риски выгорания врачей, соответственно, воздействие должно быть направлено на их нивелирование.

- «Индустриализация медицины», то есть функционирование медицинских организаций как больших корпораций с жестким контролем затрат на лечение больных, стандартизацией, множественными уровнями подчинения и целями по производительности (объемам пациентов). Это может войти в конфликт с гуманистическими ценностями конкретного медицинского работника, снизить его уровень автономности и гибкости в принятии решений [36].
- Наличие огромного количества нормативных актов, проверок лицензирующих организаций, регулирующих деятельность медицинских организаций.
- Сложный процесс профессионального лицензирования и страхования профессиональных обязанностей.

Для решения этих проблем в 2018 г. шесть профессиональных медицинских организаций, представляющих 560 000 врачей, обратились к Конгрессу США с просьбой уменьшить административную нагрузку на медицинских работников, при этом Национальная академия наук поддержала эту инициативу.

Создание благоприятной технологической среды (применение IT-технологий) для работы медицинского персонала. В последние годы все более увеличивается внедрение IT-технологий в систему здравоохранения. Однако новые IT-технологии могут вызвать увеличение нагрузки на медицинских сотрудников, потерю ими рабочего времени и последующее «выгорание». Для его профилактики в 2012 г. Институтом медицины США – Institute of Medicine выработана концепция «IT для здоровья» («Health IT») в медицинском учреждении [37]. В ней установлены следующие требования к программному обеспечению:

- в нем не должно быть технических ошибок, и оно должно легко устанавливаться на любые типы компьютеров;
- данные о пациентах, анализах, инструментальных исследованиях, заключения специалистов и др. должны быть предоставлены просто и доступно;
- его использованию можно легко обучиться;
- в нем должны быть встроены возможности для облегчения принятия клинических решений;
- оно должно увеличивать скорость всех рабочих процессов;
- оно не должно увеличивать интеллектуальную нагрузку на врача;
- не должно вызывать непредвиденных простоев в деятельности медицинских работников вследствие поломки и «зависания».

Индивидуальные меры по профилактике и лечению «выгорания» у врачей. В 1990–2000 гг. активно изучалось влияние групповых и индивидуальных психологических тренингов для врачей по профилактике и лечению «выгорания», среди них: техника осознанности, техника уменьшения восприятия стресса, когнитивно-поведенческие упражнения, тренинги по улучшению навыков коммуникации, психодрама. Однако ученые до сих пор отмечают неоднородность исследований и неоднозначный результат мер по лечению профессионального «выгорания» у медицинских работников на индивидуальном уровне [17]. Одновременно стали появляться данные, что очень простые организационные изменения, такие как улучшение работы в команде, вовлечение врачей в принятие решений на уровне отделения, уменьшение административных требований к врачам, приводили к более существенному снижению уровня «выгорания» врачей по сравнению с мерами на индивидуальном уровне [6].

8. Особенности «выгорания» у медицинских работников в эпоху COVID-19

Сегодня вопрос борьбы с «выгоранием» приобрел огромную важность в связи с эпидемией новой коронавирусной инфекции COVID-19. Неблагоприятные психологические эффекты, воздействующие на медицинских работников, значительно усилились. Такое наблюдалось и ранее, в условиях оказания помощи при тяжелых инфекционных заболеваниях, например при эпидемии SARS, когда у врачей возникали депрессии, злоупотребление алкоголем и нарушения сна [38, 39]. При пандемии COVID-19 уже в начале апреля в ведущих мировых журналах стали появляться публикации, что медицинские работники подвергаются очень высокому психологическому риску [40]. В этих работах определено восемь источников повышенного беспокойства врачей во время пандемии COVID-19 [40]:

- 1) нехватка СИЗ;
- 2) возможность заразить семью, коллег, пациентов, заразиться самому;
- 3) недоступность тестов, если есть симптомы заражения;
- 4) неуверенность, что их медицинское учреждение их поддержит, если они и их семья заболеют;
- 5) беспокойство за детей при увеличении рабочих часов медицинских работников в условиях закрытия школ и детских садов;

- б) смогут ли они получать поддержку медицинского учреждения и общества, так как они будут нуждаться в отдыхе, большем потреблении воды, поездках на работу в условиях карантина;
- 7) неуверенность в собственной компетентности (работа в реанимации, работа в СИЗ);
- 8) неуверенность в доступе к полной и последней информации о лечении и профессиональных рисках, отсутствие специфического лечения.

Рекомендуемые меры представлены в табл. 2.

Табл. 2. Психологические потребности медицинского работника в период COVID-19 и рекомендуемые меры медицинской организации

Психологическая потребность медицинского работника	Меры коррекции в медицинской организации
Быть услышанным	Создать условия для получения руководством обратной связи от врачей и специальные методы данной связи: почтовый ящик, собрания с руководством, горячая линия и др.
Быть защищенным	Обеспечить медицинских работников СИЗ, представить им возможность пройти диагностическое тестирование, получить необходимую профессиональную информацию, организовать помещения для отдыха
Быть подготовленным	Обеспечить обучение, консультации экспертов. Создать обстановку четкого и позитивного общения в команде
Быть поддержанным	Оказывать всестороннюю поддержку по обеспечению физических, профессиональных и психологических потребностей медицинских работников. Например, помогать добираться до дома или обеспечивать гостиницами врачей после дежурств, помогать в покупке еды и товаров первой необходимости для семей врачей, организовать помощь по присмотру за детьми

В конце мая 2020 г. С. Kröger в журнале «Психологическая травма» («Psychological Trauma») Американской психологической ассоциации опубликовал исследование по изучению глубоких психологических травм, которым подвергаются медицинские работники в эпоху пандемии COVID-19 [41]. Два вида психологических травм были особенно подчеркнуты.

- **Потеря медицинскими работниками своей социальной идентичности.** Например, заведующий отделением, столкнувшийся в отделении реанимации с больными COVID-19, в первое время не знал, как их лечить, хотя считал себя опытным профессионалом. В другом случае медицинские работники видели своих коллег заболевшими и в критическом состоянии в отделении реанимации, хотя еще несколько недель назад они вместе спокойно работали.
- **Тяжелые моральные травмы.** Например, врачам приходилось выбирать, кого из нуждающихся пациентов подключать к искусственной вентиляции легких (ИВЛ). В некоторых странах медицинским работникам запрещалось общаться со своими детьми во время эпидемии.

Потеря социальной идентичности и тяжелые моральные травмы во время эпидемии могут привести к посттравматическому стрессовому расстройству, тяжелой депрессии и другим тяжелым долгосрочным последствиям. В качестве мер поддержки в этом случае рекомендуются **психологические тренинги** для медицинских работников.

Следует отметить системные меры, апробированные в Чикаго (США) в одном из крупных медицинских центров «Учреждение здравоохранения Университета Раш» («Rush University System for Health»), которые были опубликованы в июне этого года [42]. Руководство центра использовало концепцию не индивидуального подхода к лечению психологических проблем врача, а пошло по системному пути создания «психологического благополучия» («Wellness»), который подразумевает комплексный подход.

Были определены новые обязанности администрации, выделены помещения и созданы специальные службы. Введена должность «заместитель главного врача по благополучию врачей» («Chief Wellness Officer»). Эти дополнительные обязанности взял на себя вице-президент медицинского центра. Он создал специальную группу, включающую 30 человек: представители отделений, психологи, священники, социальные работники, волонтеры. Эта группа собирала и систематизировала проблемы и потребности медицинского персонала больницы, вырабатывала и осуществляла меры по их решению.

Были организованы «обходы и команды» для оценки «психологического благополучия» сотрудников («Wellness Rounds»). В каждом отделении на регулярной основе проводились дискуссионные группы для выявления проблем сотрудников и помощи им. Группу проводил психолог с помощью социального работника. Работал «консультационный центр» («Wellness Consult Service»), в который мог обратиться каждый медицинский работник для оказания ему помощи.

«Особая консультация» («Wellness PLUS Consult Service»). Это центр, куда могут обращаться работники, которые отмечают у себя или коллег резкие психологические отклонения в состоянии, тяжелое «выгорание», требующие немедленного вмешательства поддерживающей команды. К таким состояниям в данном центре относили признаки суицидального поведения, агрессии по отношению к другим, симптомы употребления алкоголя и психоактивных препаратов. При данном состоянии был определен алгоритм поведения консультанта, когда он должен был оказать немедленную помощь для выявления опасных психологических отклонений медицинского работника по определенному алгоритму (рис. 5).

Система распознавания опасного уровня «выгорания» и проведение «особой консультации»



Источник: Adibe B., Perticone K., Hebert C.
Creating Wellness in a Pandemic: A Practical Framework for Health Systems Responding to Covid-19
NEJM Catalyst, 2 June 2020, Copyright © 2020 Massachusetts Medical Society.

Рис. 5. Алгоритм выявления опасных психологических изменений у медицинского работника

Кроме того, были выделены помещения под «комнаты помощи и отдыха» («Wellness Rooms»). Это были специально организованные помещения с закусками, напитками, релаксирующей обстановкой, гигиеническими принадлежностями и душевыми (рис. 6) [43]. Эти комнаты регулярно посещал психолог и социальный работник для оказания поддержки медицинским работникам.

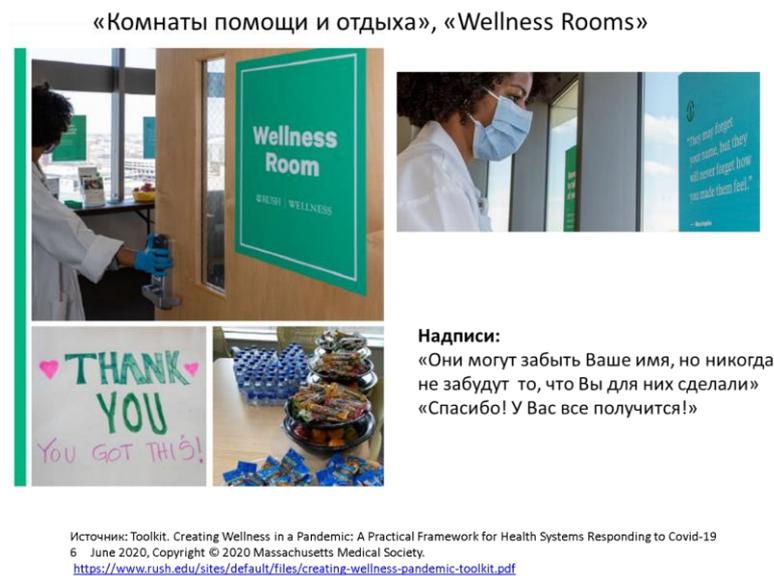


Рис. 6. «Комнаты помощи и отдыха» в медицинском центре «Учреждение здравоохранения Университета Раш», Чикаго (США)

Руководители данного центра отмечали, что, с одной стороны, они специально постарались не перегружать сотрудников в такое тяжелое время еще и оценкой этой программы, и опросами. С другой стороны, они видели, что в начале программы большинство сотрудников говорили: «У меня все хорошо» («I'm fine») и не пользовались созданными комнатами и группами, но постепенно все начали активно пользоваться ими.

Психологи и социальные работники консультационного центра систематизировали жалобы медицинских работников во время эпидемии COVID-19, которые они высказывали во время общения с ними:

- 1) моральные проблемы в связи со смертью больных, нехваткой персонала и оборудования;
- 2) собственная безопасность и безопасность семьи;
- 3) экономическая нестабильность;
- 4) нарушение социальных и семейных связей;
- 5) чувство беспомощности перед эпидемией.

Авторы программы отметили простой факт, что пять комнат отдыха в первые дни посещали не более 5 работников в день, а концу месяца их уже было до 30 в день. Руководство считает, что эту программу необходимо продолжить минимум на 12 мес, а некоторые ее элементы оставить и после окончания эпидемии и восстановления работы учреждения и всей системы здравоохранения США.

9. «Выгорание» у врачей производственной медицины

Считается, что самые высокие уровни «выгорания» встречаются у врачей следующих специальностей: реаниматологи, онкологи, врачи скорой помощи, детские травматологи. Во Франции в 2013 г. появилось общенациональное исследование по «выгоранию» врачей

производственной медицины. Оно охватило 1440 врачей страны (примерно 30% всех врачей производственной медицины в стране) [44]. «Выгорание» было обнаружено у **11,8%** врачей (использовался опросник Маслач), однако личностные достижения как низкие оценивали очень большое количество врачей – **63%**. Авторы полагают, что, в отличие, например, от реаниматологов, у врачей производственной медицины более низкий уровень стресса на работе. В то же время высокий уровень низкой оценки своих достижений связан с особым положением врачей производственной медицины во Франции.

- Их роль недооценена коллегами других специальностей, например хирургами.
- Они не получают моральной благодарности от пациентов, как врачи других специальностей.
- Они находятся в тесном контакте с руководителями производственных предприятий – не медиками, и врачам производственной медицины приходится объяснять и отстаивать медицинскую позицию перед ними.

Исследователями делается вывод, что выявленный низкий уровень оценки врачами личных достижений является неблагоприятным фактором для функционирования системы производственной медицины во Франции. Они подчеркивают, что роль врачей производственной медицины недооценивается во Франции и, чтобы исправить эту ситуацию, необходимо принять системные меры.

Приложения

Приложение I

Опросник для оценки «выгорания» Маслач (Maslach Burnout Inventory – MBI) для медицинских работников в адаптации Н.В. Водопьяновой

Инструкция. Уважаемый коллега, Вам предлагаются утверждения для изучения Вашей адаптации, здесь нет «правильных» и «неправильных» ответов. Нам важно знать Ваше отношение к воображаемой ситуации. Долго не задумывайтесь над ответом, наиболее правильный тот, который приходит сразу после прочтения утверждения.

При ответе на утверждение обведите в регистрационном бланке ту цифру, которая в большей степени отражает степень выраженности Вашего психического состояния.

Благодарим за участие в исследовании.

1. Я чувствую себя эмоционально опустошенным(ой).
2. К концу рабочего дня я чувствую себя выжатым(ой) как лимон.
3. Я чувствую себя усталым(ой), когда встаю утром и должен (должна) идти на работу.
4. Я хорошо понимаю, что чувствуют мои пациенты, и использую это для более успешного лечения.
5. Я общаюсь с моими пациентами только формально, без лишних эмоций, и стремлюсь свести время общения с ними до минимума.
6. Я чувствую себя энергичным(ой) и эмоционально приподнятым(ой).
7. Я умею находить правильное решение в конфликтных ситуациях с больными и их родственниками.
8. Я чувствую угнетенность и апатию.
9. Я могу позитивно влиять на самочувствие и настроение пациентов.
10. В последнее время я стал(а) более черствым(ой), бесчувственным(ой) по отношению к больным.
11. Как правило, окружающие меня люди слишком много требуют от меня. Они скорее утомляют, чем радуют меня.

12. У меня много планов на будущее, я верю в их осуществление.
13. Я испытываю все больше жизненных разочарований.
14. Я чувствую равнодушие и потерю интереса ко многому, что радовало меня раньше.
15. Бывает, мне действительно безразлично то, что происходит с некоторыми моими больными.
16. Мне хочется уединиться и отдохнуть от всего и всех.
17. Я легко могу создать атмосферу доброжелательности и оптимизма в отношениях с моими коллегами и в отношениях с моими больными.
18. Я легко общаюсь с больными и их родственниками независимо от их социального статуса и характера.
19. Я многое успеваю сделать за день.
20. Я чувствую себя на пределе возможностей.
21. Я многого еще смогу достичь в своей жизни.
22. Больные, как правило, – неблагодарные люди.

Регистрационный бланк

Дата _____ ФИО _____

Должность _____

Возраст _____ Стаж работы по специальности _____

Пожалуйста, ответьте, как часто Вы испытываете чувства, перечисленные в каждом из 22 пунктов опросника. Обведите цифру от 0 «никогда» до 6 «ежедневно».

№ вопроса	Никогда	Очень редко	Редко	Иногда	Часто	Очень часто	Ежедневно
1	0	1	2	3	4	5	6
2	0	1	2	3	4	5	6
3	0	1	2	3	4	5	6
4	0	1	2	3	4	5	6
5	0	1	2	3	4	5	6
6	0	1	2	3	4	5	6
7	0	1	2	3	4	5	6
8	0	1	2	3	4	5	6
9	0	1	2	3	4	5	6
10	0	1	2	3	4	5	6
11	0	1	2	3	4	5	6
12	0	1	2	3	4	5	6
13	0	1	2	3	4	5	6
14	0	1	2	3	4	5	6
15	0	1	2	3	4	5	6
16	0	1	2	3	4	5	6

17	0	1	2	3	4	5	6
18	0	1	2	3	4	5	6
19	0	1	2	3	4	5	6
20	0	1	2	3	4	5	6
21	0	1	2	3	4	5	6
22	0	1	2	3	4	5	6

Обработка данных

1. Вопросы разделяются по номеру по трем шкалам.

Каждый вопрос относится к одному из трех показателей «выгорания».

Субшкала теста	Утверждение
Эмоциональное истощение	+1, +2, +3, -6, +8, +13, +14, +16, +20
Деперсонализация	+5, +10, +11, +15, +22
Редукция личных достижений	+4, +7, +9, +12, +17, +18, +19, +21

NB! Показатель 6-го вопроса имеет обратную направленность (показатель «ежедневно» соответствует нулевому значению), поэтому его результаты следует вычитать. В некоторых руководствах этот аспект не учитывается.

2. Подсчитываются баллы по каждому вопросу и шкале.

Оценка уровня «выгорания» (русская выборка), балл

Субшкала теста	Уровень выраженности			Средние данные
	низкий	средний	высокий	
Эмоциональное истощение	0–15	16–24	25 и более	19,73
Деперсонализация	0–5	6–10	11 и более	7,78
Редукция личных достижений	37 и более	36–31	30 и менее	32,93

Приложение II

Девять стратегий по работе с «выгоранием» для медицинских учреждений клиники Мейо

Стратегии	Рекомендации
1. Понять причины «выгорания» и оценить его уровень в организации	Организовать встречи с представителями отделений, выступать руководству перед врачами. С 2010 г. путем опросов проводится регулярное измерение уровня «выгорания» всех сотрудников
2. Задействовать лидеров для решения проблем	Лидеры на всех уровнях практикуют индивидуальный подход к сотрудникам для повышения их удовлетворенности работой: 20% времени врача может быть посвящено развитию: например, стать экспертом в одной болезни, обучать молодых врачей и др.

3. Разработать и применить меры для каждого отделения	Выделить отделения с наибольшим «выгоранием» и реализовать следующие меры: уменьшение перегруженности работой, изменение стиля управления, уменьшение административной нагрузки и др.
4. Развивать неформальное общение коллег	Организовать комнаты для общения медицинских работников (с бесплатными фруктами, напитками, закусками и местами для ноутбуков). Организовать специальные группы в составе 6–8 человек для общения за обедом или ужином примерно 1 раз в 2 нед, при этом еда оплачивается клиникой
5. Активно использовать поощрения и премии	Используются нематериальные факторы поощрения, такие как большая гибкость в рабочем графике, большее время для научной работы и др.
6. Уделять большое внимание развитию корпоративной культуры	В клинике Мейо разработан документ, описывающий корпоративные ценности и культуру. Регулярно проводятся собрания для обратной связи от сотрудников
7. Стимулировать соблюдение работниками баланса работы и личной жизни	В клинике Мейо более 45% врачей работают более 60 ч в неделю. Хотя в данной клинике отмечается высокий уровень мотивации врачей, руководство работает над вопросами повышения гибкости графика и денежной компенсации в связи с отсутствием по семейным обстоятельствам. Например, дается оплачиваемый отпуск в день рождения
8. Стимулировать развитие устойчивости врачей к стрессу и навыков психологической самопомощи	Данные методы должны применяться ограниченно и в комплексе с системными мерами. Из этой группы мер в клинике Мейо рекомендуется только помощь врачам в оценке своего эмоционального состояния и стимулирование их обращения за помощью при первых признаках «выгорания»
9. Развивать исследования в области организации работы в данном учреждении	Исследования развиваются не столько в области помощи врачам с «выгоранием», сколько в разработке организационных мер и внедрении их в разных клиниках

Список литературы

1. Freudenberger H.J. Staff burnout // J. of Social Issues. – 1974. – Vol. 30. – P. 159–165.
2. Доника А.Д., Синдром профессионального выгорания как маркер этических проблем современной медицины. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.volgmed.ru/uploads/journals/articles/1394694823-bioethics-2009-1-1285.pdf>
3. ВОЗ. Международная классификация болезней: «профессиональный синдром» эмоционального выгорания. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/ru/
4. Lastovkova A., Carder M., Rasmussen H.M. et al. Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study // Industrial Health. – 2018. – Vol. 56. – P. 160–165.
5. Бухтияров И.В., Рубцов М.Ю, Сериков В.В. Современные исследования синдрома профессионального выгорания в России. // Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 80-летию академика РАН Н.Х. Амирова. – Казань, 2019. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=38424280>
6. Patel R.S., Sekhri S., Bhimanadham N.N. et al. A Review on Strategies to Manage Physician Burnout // Cureus. – 2019, June. – Vol. 11, N. 6. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6682395/>
7. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine USA 2019. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being. – Washington. – DC: The National Academies Press. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.nap.edu/catalog/25521/taking-action-against-clinician-burnout-a-systems-approach-to-professional>
8. Винокур В.А., Рыбина О.В. Клинико-психологические характеристики синдрома профессионального «выгорания» у врачей // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2004. – № 1. – С. 73–75.
9. Семенова Н.В., Вяльцин А.С., Авдеев Д.Б. и др. Эмоциональное выгорание медицинских работников / Омский государственный медицинский университет [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=26209>
10. Балахонов А.В., Белов В.Г., Пятибрат Е.Д. Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылки астенизации и психосоматической патологии / Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/emotsionalnoe-vygoranie-u-meditsinskih-rabotnikov-kak-predposylka-astenizatsii-i-psihosomaticheskoy-patologii>
11. Корехова М.В., Соловьев А.Г., Киров М.Ю. и др. Синдром профессионального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2016. – Т. 13, № 3. – С. 19–28. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://doi.org/10.21292/2078-5658-2016-13-3-19-28>
12. Говорин Н.В., Бодагова Е.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей // Вестник ВШОУЗ. – 2016. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.vshouz.ru/journal/2016-god/sindrom-emotsionalnogo-vygoraniya-u-vrachey/>
13. Shanafelt, T.D., West C.P., Sinsky C. et al. Changes in burnout and satisfaction with work–life integration in physicians and the general U.S. working population between 2011 and 2017 // Mayo Clinic Proceedings. – 2019. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(18\)30938-8/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(18)30938-8/fulltext)

14. Moss M., Good V.S., Gozal D. et al. An official Critical Care Societies Collaborative statement: Burnout syndrome in critical care healthcare professionals: A call for action // *Critical Care Medicine*. – 2016. – Vol. 44, N. 7. – P. 1414–1421.
15. Leiter M.P., Frank E., Matheson T.J. Demands, values, and burnout: Relevance for physicians // *Canadian Family Physician*. – 2009. – Vol. 55, N. 12. – P. 1224–1225.
16. Soler J.K., Yaman H., Esteva M. et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study // *Family Practice*. – 2008. – Vol. 25, N. 4. – P. 245–265.
17. Wiederhold B., Cipresso P., Pizzioli D. et al. Intervention for physician burnout: A systematic review // *Open Med*. – 2018. – Vol. 13. – P. 253–263.
18. Shanafelt T., Noseworthy J. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout // *Mayo Clin. Proc.* – 2017. – Vol. 92, N. 1. – P. 129–146. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(16\)30625-5/pdf](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(16)30625-5/pdf)
19. Campbell S.M., Ulrich C.M., Grady C. A broader understanding of moral distress // *American Journal of Bioethics*. – 2016. – Vol. 16, N. 12. – P. 2–9.
20. Tak H.J., Curlin F.A., Yoon J.D. Association of intrinsic motivating factors and markers of physician well-being: A national physician survey // *Journal of General Internal Medicine*. – 2017. – Vol. 3, N. 7. – P. 739–746.
21. Pantenburg B., Luppia M., Kunig H.H., Riedel-Heller S.G. Burnout among young physicians and its association with physicians' wishes to leave: Results of a survey in Saxony, Germany // *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. – 2016. – Vol. 11, N. 1. – P. 2.
22. Kutney-Lee A., Germack H., Hatfield L. et al. Nurse engagement in shared governance and patient and nurse outcomes // *Journal of Nursing Administration*. – 2016. – Vol. 46, N. 11. – P. 605–612.
23. Peters, V., De Rijk A., Engels J., Heerkens Y., Nijhuis F. A new typology of work schedules: Evidence from a cross-sectional study among nurses working in residential elder care // *Work*. – 2016. – Vol. 54, N. 1. – P. 21–33.
24. Sonneck G., Wagner R. Suicide and Burnout of Physicians // *OMEGA – Journal of Death and Dying*. – 1996. – Vol. 33-1.
25. West C.P., Tan A.D., Shanafelt T.D. Association of resident fatigue and distress with occupational blood and body fluid exposures and motor vehicle incidents // *Mayo Clinic Proceedings*. – 2012. – Vol. 87, N. 12. – P. 1138–1144.
26. Parker P.A., Kulik J.A. Burnout, self- and supervisor-rated job performance, and absenteeism among nurses // *Journal of Behavioral Medicine*. – 1995. – Vol. 18, N. 6. – P. 581–599.
27. Windover A.K., Martinez K., Mercer M.B. et al. Correlates and outcomes of physician burnout within a large academic medical center // *JAMA Internal Medicine*. – 2018. – Vol. 178, N. 6. – P. 856–858.
28. Holden R. J., Scanlon M.C., Patel N.R. et al. A human factors framework and study of the effect of nursing workload on patient safety and employee quality of working life // *BMJ Quality & Safety*. – 2011. – Vol. 20, N. 1. – P. 15–24.
29. Lu D.W., Dresden S., McCloskey C. et al. Impact of burnout on self-reported patient care among emergency physicians // *Western Journal of Emergency Medicine*. – 2015. – Vol. 16, N. 7. – P. 996–1001.
30. Tawfik D.S., Profit J., Morgenthaler T.I. et al. Physician burnout, well-being, and work unit safety grades in relationship to reported medical errors // *Mayo Clinic Proceedings*. – 2018. – Vol. 93, N. 11. – P. 1571–1580.
31. Han S., Shanafelt T.D., Sinsky C.A. et al. Estimating the attributable cost of physician burnout in the United States // *Annals of Internal Medicine*. – 2019. – Vol. 170, N. 11. – P. 784–790.
32. Maslach C., Jackson S. The measurement of experienced burnout // *Journal of Occupational Behaviour*. – 1981. – Vol. 2. – P. 99–113.

33. Chari R., Chang C.C., Sauter S.L. et al. Expanding the paradigm of occupational safety and health: A new framework for worker well-being // *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. – 2018. – Vol. 60, N. 7. – P. 589–593.
34. The Joy in Medicine Recognition Program. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ama-assn.org/system/files/2020-04/joy-award-brochure.pdf>
35. Berwick D.M., Loehrer S., Gunther-Murphy C. Breaking the rules for better care // *JAMA*. – 2017. – Vol. 317, N. 21. – P. 2161–2162.
36. Casalino L.P. The Medicare Access and CHIP Reauthorization Act and the corporate transformation of American medicine // *Health Affairs (Millwood)*. – 2017. – Vol. 36, N. 5. – P. 865–869.
37. Health IT and Patient Safety: Building Safer Systems for Better Care. – Institute of Medicine, 2012. – Washington DC: The National Academies Press. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://doi.org/10.17226/13269>
38. Bai Y., Lin C.C., Lin C.Y. et al. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak // *Psychiatr. Serv.* – 2004. – Vol. 55, N. 6. – P. 1055–1057.
39. Wu P., Liu X., Fang Y. Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak // *Alcohol Alcohol.* – 2008. – Vol. 43, N. 6. – P. 706–712.
40. Shanafelt T., Ripp J., Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic // *JAMA*. – 2020. – Vol. 323, N. 21. – P. 2133–2134. [Электронный ресурс]: doi: 10.1001/jama.2020.5893.
41. Kröger C. Shattered Social Identity and Moral Injuries: Work-Related Conditions in Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. – 2020, May. – Vol. 28. – Advance online publication. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000715>
42. Adibe B., Perticone K., Hebert C. Creating Wellness in a Pandemic: A Practical Framework for Health Systems Responding to Covid-19 – *NEJM Catalyst*. – 2 June 2020. – 2020 Massachusetts Medical Society.
43. Toolkit. Creating Wellness in a Pandemic: A Practical Framework for Health Systems Responding to Covid-19. – June 2020. – Massachusetts Medical Society. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rush.edu/sites/default/files/creating-wellness-pandemic-toolkit.pdf>
44. Lesage F., Berjot S., Altintas E., Paty B. Burnout Among Occupational Physicians: A Threat to Occupational Health Systems? — A Nationwide Cross-sectional Survey // *Ann. Occup. Hyg.* – 2013, Aug. – Vol. 57, N. 7. – P. 913–919. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: doi: 10.1093/annhyg/met013. Epub 2013 Mar 22