

Выгорание как профессиональная проблема современного здравоохранения

А.А. Свистунов[✉], М.А. Осадчук, Е.Д. Миронова

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

[✉]svistunov@sechenov.ru

Аннотация

В обзоре продемонстрированы факторы риска и основные патогенетические механизмы развития профессионального выгорания медицинских работников и студентов. Выгорание констатируется уже в 1-й год медицинского образования, общая частота выгорания медицинских работников достигает 50%. Последствия данного состояния сопровождаются значительным снижением качества оказания медицинской помощи. Для медицинских работников негативные последствия выгорания носят широкий характер и включают снижение качества работы с пациентами, увеличение приема анксиолитических лекарственных средств, повышение степени суицидального риска, приводят к снижению качества жизни, возникновению органических и психологически обусловленных заболеваний. Профессиональное выгорание имеет многофакторное происхождение, оно включает в себя сочетание личностных, психодинамических, профессиональных и экологических факторов, которые всегда могут провоцировать выгорание. Причины данного состояния, непосредственно связанные с работой: продолжительный рабочий день, значительное количество проблем, которые надо решать одновременно, недостаточное обеспечение ресурсами, слабая социальная поддержка. Выгорание является синдромом, который включает три ключевых элемента: эмоциональное истощение, деперсонализацию (цинизм) и низкую оценку собственных достижений. Особое внимание должно быть уделено вопросам реабилитации и прогнозу данной патологии. Уменьшению эмоционального истощения и деперсонализации, снижению психологической нагрузки медицинских работников способствуют психологический тренинг, оптимизация производительности и улучшение условий работы. В борьбе с выгоранием большое значение отводится профилактическим мероприятиям, в том числе оптимизации межличностных взаимодействий, как в коллективе, так и регламентации взаимодействия с пациентами, созданию возможности карьерного роста, повышению заработной платы.

Ключевые слова: профессиональное выгорание, медицинская практика, факторы риска, профилактика.

Для цитирования: Свистунов А.А., Осадчук М.А., Миронова Е.Д. Выгорание как профессиональная проблема современного здравоохранения. Consilium Medicum. 2019; 21 (12): . DOI: 10.26442/20751753.2019.12.190665

Burnout as professional problem of modern public healthcare

Andrei A. Svistunov[✉], Mikhail A. Osadchuk, Ekaterina D. Mironova

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

[✉]svistunov@sechenov.ru

Abstract

In the review, there are demonstrated risk factors and basic pathogenetic mechanisms of the development of professional burnout among healthcare workers and students. Burnout is established already within the first year of medical education, the total rate of burnout among healthcare workers' reaches 50%. The consequences of this state are accompanied by significant decrease in the quality of rendering medical aid. For healthcare workers, negative consequences of burnout have a wide character and include decrease in the quality of work with patients, increase in taking anxiolytic drugs, elevated suicidal risk, they cause reduction in the quality of life, development of organic and psychologically conditioned diseases. Professional burnout is of multifactor origin, it includes combination of personal, psychodynamic, professional and ecological factors, which can provoke burnout. The reasons of this state, directly connected with work, are the following: long working day, large number of problems to be solved simultaneously, insufficient supply of resources, poor social support. Burnout is a syndrome, including three key elements: emotional exhaustion, depersonalization (cynicism) and low estimation of personal achievements. Special attention should be paid to rehabilitation and prognosis for this pathology. Psychological training, optimization of productivity and improvement of working conditions contribute to reduction of emotional exhaustion and depersonalization, decline in psychological load among healthcare workers. In fight with burnout, very important are preventive measures, including optimization of interpersonal relationships in collectives and regulation of communication with patients, creation of possibilities for career development, growth of salary.

Key words: professional burnout, medical practice, risk factors, prevention.

For citation: Svistunov A.A., Osadchuk M.A., Mironova E.D. Burnout as professional problem of modern public healthcare. Consilium Medicum. 2019; 21 (12): . DOI: 10.26442/20751753.2019.12.190665

Профессиональный стресс и эмоциональное истощение (выгорание) являются одной из главных проблем медицинских работников [1, 2]. Выгорание определяется как продолжительное физическое, эмоциональное и психологическое истощение, которое воспринимается в виде отстраненности, притупления эмоций, чувства беспомощности или безнадежности, потери мотивации [3]. Оно, по существу, является синдромом, который включает три ключевых элемента: эмоциональное истощение, деперсонализацию (цинизм) и низкую оценку собственных достижений [4, 5].

Синдром профессионального истощения впервые был описан в 1959 г. С. Veil [6]. Позднее, в 1974 г., Н. Freudenberg предложил заменить термин «истощение» на «выгорание» [7]. Первоначально выгорание определялось как синдром, затрагивающий лиц, профессия которых связана только с работой персонала. С 1990-х годов это определение было расширено для всех лиц, чья работа ассоцииро-

вана с психологическим воздействием на организм. Феномен выгорания широко исследуется и обычно определяется путем использования проверенных обследований. Например, в Дании оценка степени выгорания определяется по трем параметрам: личностному, связанному с характером работы и с особенностями индивидуума – потребителем услуг [8].

Синдром профессионального истощения – или «выгорание» – в области медицинского обслуживания констатируется существенно чаще, чем при других видах деятельности [1]. Т. Shanafelt и соавт. [1] приводят данные о том, что врачи гораздо чаще, чем сотрудники иных ведомств, испытывают симптомы выгорания (37,9% против 27,8%). Они в большей степени недовольны своей работой и личной жизнью (40,2% против 23,2%). При этом следует подчеркнуть, что в отличие от других специальностей врачебное выгорание в настоящее время достигло масштабной эпидемии. Так, в Португалии в рамках национального

Факторы риска синдрома эмоционального выгорания и их профилактика у врачей (D. Truchot, 2006) [21].		
Факторы	Риск	Профилактические мероприятия
Профессиональные факторы	Высокая нагрузка	Сбалансированная нагрузка
	Незначительная поддержка от руководства и коллег	Высокая поддержка от руководства и коллег
	Отсутствие перспективы для карьерного роста	Пространство для карьерного роста
	Отсутствие признания результатов работы	Высокое признание работы
	Высокие эмоциональные требования, связанные с работой	Сбалансированные эмоциональные потребности, связанные с работой
	Отсутствие справедливости	Удовлетворительный уровень материального достатка
	Конфликт между профессиональными ценностями лечебного учреждения и собственными ценностями	Соответствие между профессиональными ценностями лечебного учреждения и собственными ценностями
	Преувеличение роли своей профессиональной деятельности	Сбалансированный подход к профессиональной деятельности
Личностные факторы	Дефицит времени для личной жизни	Достаточное время, отведенное для личной жизни
	Потребление и злоупотребление алкоголем или наркотиками	Здоровый образ жизни без злоупотребления алкоголем и наркотиками, занятия спортом
	Дефицит времени для отдыха; отсутствие хобби, поощрений в личной жизни и работе	Удовлетворение от отдыха, хобби и поощрений в личной жизни и работе
	Врачи-мужчины более склонны к страданию от обезличивания; женщины-врачи более склонны к страданию от эмоционального истощения	
	Молодые врачи, врачи «среднего возраста» и в кризисном периоде (в возрасте от 45 до 55 лет)	
	Перфекционизм (несовершенный результат работы неприемлем), неврастенический тип личности	Тип личности: экстраверсия (объект не подвержен глубоким переживаниям, не склонен к «самокопанию»)
	Трудности в использовании стратегии контроля над конкретными проблемами и эмоциями	Преодоление трудностей в использовании стратегии контроля над конкретными проблемами и эмоциями, рациональная Mindfulness практика (практика жизни – это отношение ко всему с позиции дружелюбности, открытости и наблюдательной сопричастности)
Экологические факторы	Низкая поддержка со стороны семьи и друзей	Высокая поддержка со стороны семьи и друзей
	Отсутствие семьи	Семейное положение (женат или замужем)
	Нет детей или дети младше 6 лет	Дети старше 6 лет
Связь факторов	Сочувствие к пациентам с эмоциональным переносом на себя	Сочувствие к пациентам, эмоциональное разграничение между собой и пациентом

проекта в период с 2011 по 2013 г. 21,6% медицинских специалистов продемонстрировали умеренное выгорание и 47,8% показали высокий его уровень [9]. Последствия данного состояния сопровождаются значительным снижением качества оказания медицинской помощи и ухудшают жизнеспособность системы здравоохранения [10].

Для медицинских работников негативные последствия выгорания носят достаточно широкий характер и включают снижение качества ухода за пациентами, увеличение приема анксиолитических лекарственных средств и повышение степени суицидального риска. При этом образ жизни и стрессы, сопровождающие медицинскую практику, в сочетании с отсутствием клинического опыта могут сделать первый год работы врача (ординатора, интерна) особенно чувствительным к профессиональному выгоранию [11, 12]. Заслуживает внимания работа Y. Moradi и соавт. [4], основанная на оценке международных электронных баз данных в PubMed (январь 1950 – январь 2015 г.), Scopus (январь 1974 – январь 2015 г.) и Science Direct (январь 1982 – январь 2015 г.), целью которой было определение условий для распространения выгорания у врачей-гинекологов. Проведенный авторами метаанализ продемонстрировал наличие профессионального выгорания у 44% (доверительный интервал – ДИ 95% 30–57) специалистов, что подчеркивает значимость проблемы у данного контингента врачей [4].

Результаты исследований D. Lu и соавт. [13] показывают, что по крайней мере 1/2 врачей скорой медицинской помощи страдают от выгорания. Подобные же данные

приводятся и среди врачей-анестезиологов. Так, при длительности рабочего времени $69,27 \pm 22,39$ ч в неделю высокий уровень частоты выгорания по трем шкалам Maslach был верифицирован у 67,44% врачей. Полученные результаты для данной профессиональной группы носят универсальный характер [14].

В исследовании, опубликованном Австралийской медицинской ассоциацией (АМА) в 2009 г., подчеркивается наличие высокой степени выгорания у 69% молодых врачей [15]. В широкомасштабном национальном исследовании по определению степени выгорания у интернов, проведенном в Университете Западной Австралии, отмечены низкий уровень удовлетворенности работой и повышенная склонность к выгоранию [16]. По данным ряда ученых низкое качество жизни с явлениями профессионального выгорания констатируется у 31% врачей-стажеров [16]. Особый интерес представляет лонгитюдное исследование, опубликованное S. Willcock и соавт. [17] и охватывающее временной аспект последних 6 мес обучения студентов-медиков в университете и их первый год работы в качестве врача [17]. На основании полученных данных авторы пришли к выводу, что синдром профессионального выгорания резко возрастает в первые месяцы работы врача-интерна. По данным J. Parr и соавт., максимальная степень выгорания у врачей-стажеров констатируется через 9 мес и достигает 75% [3].

Особую тревогу вызывают данные о том, что выгорание затрагивает и значительную часть студентов медицинских вузов. Так, 58% французов, обучающихся в ординатуре по

специальности «врач общей практики», указывают на симптомы выгорания. В частности, 12% из них страдают от эмоционального истощения, 34% – от высокой деперсонализации, 39% имеют низкие баллы оценки личного достижения [18]. Сопоставимые данные были зарегистрированы и у медицинских работников в урологии, гинекологии, анестезиологии и реанимации. Было также показано, что деперсонализация приобретает значимый характер по мере увеличения продолжительности обучения на медицинском факультете университета [19, 20]. Заслуживают внимание данные о том, что выгорание констатируется уже в 1-й год медицинского образования, уменьшается в последующие 2 года и вновь постепенно увеличивается и достигает максимума с 4 по 6-й год, когда студенты готовятся к экзамену в резидентуру [21]. Следует отметить, что наиболее важным фактором, препятствующим выгоранию, на данном этапе выступает одобрение (сочувствие), что и отмечает Генеральный медицинский совет, 2009 г. [21].

Выгорание в целом, вне зависимости от профессии, имеет многофакторное происхождение. Оно включает в себя сочетание личностных, психодинамических, профессиональных и экологических факторов, которые всегда могут провоцировать выгорание (см. таблицу) [21]. У врачей выгорание выражено особенно ярко в связи с его авансированием за счет отношения к другим людям как потенциальным больным [22]. Широкомасштабные экспериментальные исследования свидетельствуют о том, что выгорание и сопереживание имеют тесную корреляционную связь [23–25].

Причины выгорания, непосредственно связанные с работой, распределяются следующим образом: продолжительный рабочий день, значительное количество проблем, которые надо решать одновременно, недостаточное обеспечение ресурсами, слабая социальная поддержка [26, 27]. Причины выгорания, ассоциированные с эмоционально сложными ситуациями на рабочем месте, – взаимодействие с несговорчивыми, агрессивными или недоверчивыми пациентами, или пациентами, ожидания которых связаны с предчувствием невозможности выздоровления или неминуемой смертью [28].

Выгорание является следствием неправильно выстроенных взаимоотношений между врачом и пациентом, что приводит к ухудшению здоровья врача и характеризуется снижением качества его жизни, возникновением органических и психологических обусловленных заболеваний [18]. Данное состояние врача нередко сопровождается изменениями качества медицинской помощи с серьезными последствиями для здоровья пациентов и связано с ростом небрежности в профессиональной деятельности и учащением частоты медицинских ошибок [29]. Выгорание имеет под собой и значительные финансовые потери за счет увеличения прогулов, снижения вероятности карьерного роста [30, 31].

Выгорание, как правило, зависит от степени выраженности экстраверсии, доброжелательности, добросовестности, эмоциональной стабильности, интеллектуальной автономии. При этом эмоциональное истощение тесно связано с эмоциональной устойчивостью и личными достижениями в работе. Кроме того, некоторые из этих основных факторов личности моделируют связь между относительным количеством негативных переживаний и эмоциональным выгоранием, предполагается, что личные высокие качества врача могут защитить его от известных рисков развития синдрома эмоционального выгорания [32].

Ряд исследователей подчеркивает, что у ординаторов значительно чаще, чем у лечащих врачей, встречается высокая степень деперсонализации [33]. Авторы полагают, что данный феномен во многом связан с тем, что ординаторы работают с пациентами в среднем больше часов, чем лечащие врачи. Кроме этого, работа ординаторов, в отличие от лечащих врачей, предполагает необходимость более

частого взаимодействия с консультантами и вспомогательным персоналом, в связи с чем у них формируется чувство профессиональной неполноценности с возможным впоследствии циничным и недостаточно чутким отношением к пациентам [13].

Исследования, проведенные португальскими учеными, продемонстрировали, что наименьший процесс выгорания по всем аспектам его деятельности встречается у врачей с очень высоким уровнем профессиональной подготовки и хорошими условиями труда [9].

Опросник психического выгорания С. Maslach и соавт. [33] включает 3 основные шкалы: эмоциональное истощение (мера чувства эмоциональной перегрузки и истощения работой), обезличивание (меры бесчувственности и безличности по обслуживанию и уходу за пациентом) и снижение уровня личных достижений (мера и чувство компетентности и успехов в работе).

Клиническая картина профессионального выгорания весьма разнообразна и неконкретна. У врачей могут отмечаться симптомы соматически обусловленных заболеваний (боли в животе и/или опорно-двигательном аппарате, астения), психические расстройства (депрессивные и тревожные вплоть до суицида), поведенческие реакции (расстройство сна, гиперактивность, модификация гигиены жизни, увеличение степени аддиктивного поведения, такого, как табакокурение или злоупотребление алкоголем), когнитивные нарушения (негативное восприятие действительности и отношения членов своей семьи) [34]. Кроме того, выгоранию у врачей свойственны и общие черты данного синдрома, которые могут включать эмоциональное истощение (чувство пустоты, эмоциональной насыщенности, физической и психической усталости), деперсонализацию личности (цинизм), уменьшение личных достижений (снижение самоуважения, рост самоуничижения, ощущение неудачи и постоянной вины).

Заслуживает внимание исследование, проведенное в Австрии, по сопоставлению выгорания с частотой развития депрессии. Анкетированию и последующему анализу результатов работы были подвергнуты 6351 врач. Полученные данные позволили авторам сделать вывод о наличии выгорания у 50,7% врачей, и у 10,3% из них верифицировались различные проявления депрессии, принимающие угрожающий характер по мере увеличения степени выгорания [5]. Выгорание, сочетающееся с депрессией, значительно увеличивает частоту случаев суицида среди врачей, которая составляет 1,41 для мужчин и 2,27 для женщин-врачей, по сравнению с общей популяцией людей трудоспособного возраста [35].

В ряде работ подчеркивается значительное влияние как социальных, так и личностных факторов на развитие депрессивной симптоматики у врачей. Она, как правило, ассоциируется с низкой социальной поддержкой друзей и семьи [36]. Так, женатые и замужние врачи имеют более низкий риск развития умеренной или тяжелой депрессии по сравнению с их незамужними и неженатыми коллегами [37].

Данные ряда исследований свидетельствуют о том, что выгорание (в том числе эмоциональное истощение) может передаваться от одного врача к другому [38]. Таким образом, становится принципиально важным оперативное предотвращение развития эмоционального истощения у каждого конкретного клинициста прежде, чем это станет проблемой для всего коллектива. По данным норвежского проспективного исследования нейротизм является предиктором суицидальных мыслей среди молодых врачей [39]. Врачи сталкиваются с профессиональными стрессами, такими как ненормированный рабочий день, дефицит сна, ежедневные конфликты между этическими и экономическими ценностями, которые увеличивают риск врачебных ошибок, преступной халатности, снижают степень профессионализма и ответственности перед пациентом [36].

Значительный рост профессионального выгорания в последние годы во много обусловлен более сложной работой врача из-за увеличения рабочей нагрузки, административной ответственности и снижения статуса специалиста [40].

Частота выгорания зависит не только от специальности врача, но и продолжительности его работы с пациентами. Если общая частота выгорания медицинских работников достигает примерно 50%, то у европейских врачей общей практики она составляет 65% [41]. При этом эмоциональное истощение, деперсонализация и уменьшение личных достижений у европейских врачей общей практики встречается, соответственно, у 43, 35 и 32%.

Возросшее бремя бумажной работы, необходимость заполнения электронных медицинских записей и психологическое давление, связанное с обслуживанием огромного контингента больных, способствуют преждевременному прекращению клинической практики и заставляют врачей переключаться на другую работу, не связанную с медициной, с лучшими условиями для реализации карьерного роста и семейного благополучия. Когда опытный врач выбирает из клинической практики, это создает огромные трудности и для всей системы здравоохранения из-за дороговизны подготовки профессионала высокого уровня. Особую тревогу вызывают опубликованные данные, прогнозирующие дефицит врачебных кадров в ближайшие 5–10 лет, так как в настоящее время увеличение числа врачей не соответствует прогнозируемому росту спроса [42].

Сложная работа в коллективе и неэффективные лидеры также вносят весомый вклад в формирование профессионального выгорания, нередко ассоциированное при данном сочетании с продолжительностью рабочего времени и значительными перегрузками.

Таким образом, при поиске работы внимание врача должно быть сосредоточено на широком анализе условий труда, а при устройстве следует оценить удовлетворенность работой и рассматривать данные показатели как основные на начальном этапе трудовой деятельности. В долгосрочной перспективе в профилактике выгорания большое значение приобретают оптимизация производительности, улучшение условий работы, повышение заработной платы и, в конечном счете, дальнейший карьерный рост [43]. A. Welp и соавт. [44] приводят данные по долгосрочному анализу развития эмоционального истощения и качеству оказания медицинских услуг в межпрофессиональной практике медицинских работников в условиях отделений интенсивной терапии. На основании проведенных исследований предусматривалось проведение мероприятий по гармонизации межличностных и когнитивно-поведенческих взаимоотношений в коллективе [45].

К наиболее важной составляющей коллективной работы следует отнести тот факт, что она обычно затрагивает когнитивные, поведенческие и межличностные процессы [46]. При этом следует подчеркнуть, что медсестры и врачи, которые не удовлетворены качеством коллективной работы в их подразделении, более подвержены эмоциональному истощению [47]. Так, результаты ряда исследований свидетельствуют о том, что в отделениях неотложной терапии около 1/3 клиницистов подвержены эмоциональному выгоранию [48]. Вместе с тем следует подчеркнуть, что эмоциональное истощение напрямую связано с показателями безопасности пациентов. В связи с этим необходимо особенно тщательно следить за развитием негативных последствий, результатом которых выступает профессиональное выгорание, которое может быть значимым фактором в принятии необоснованных решений, имеющих серьезные последствия [49]. В частности, приводятся сведения, что незначительные цифры эмоционального истощения клинициста или его отсутствие повышают качество межличностного взаимодействия и оказывают позитивное воздействие на когнитивно-поведенческие реакции в коллективе.

Успешная коллективная деятельность как один из главных ресурсов работы лечебного учреждения может также выступать в качестве буфера сдерживания ежедневного стресса и, таким образом, предотвращать эмоциональное истощение [50]. В противоположность сказанному нарастающее эмоциональное истощение делает клиницистов менее бдительными, что способствует увеличению числа врачебных ошибок [51]. Доверие и взаимное уважение способствуют созданию атмосферы позитивного настроения команды, которая стимулирует специалистов вносить свой опыт в достижение общей цели и смело высказываться о сложившихся проблемах и ошибках в тактике ведения того или иного пациента [52]. Эмоциональное истощение клинициста тесно коррелирует не только со степенью безопасности в тактике ведения больного, но и со стандартизированными показателями смертности [53].

Заслуживает внимание систематический обзор и мета-анализ С. West и соавт. [10], проведенный по базам данных Medline, Embase, Psyc INFO, Scopus, Web of Science и Education Resources Information Center с момента их создания до 15 января 2016 г. Авторы проанализировали предлагаемые меры по предотвращению и уменьшению врачебного выгорания. В работе использовали стандартизированные формы с оценкой степени эмоционального истощения и деперсонализации. В работу были включены 2617 статей, из которых 15 рандомизированных исследований, охватывающих 716 врачей, и 37 когортных исследований, затрагивающих 2914 врачей, которые отвечали критериям включения. В целом в результате проведенных профилактических мероприятий, в том числе психологического тренинга, выгорание снизилось с 54 до 44% [разница 10% (95% ДИ 5–14); $p < 0,0001$; $I^2 = 15\%$; 14 исследований], оценка эмоционального истощения уменьшилась с 23,82 до 21,17 пункта [2,65 пункта (1,67–3,64); $p < 0,0001$; $I^2 = 82\%$; 40 исследований], и деперсонализации снизилась с 9,05 до 8,41 [0,64 пункта (0,15–1,14); $p = 0,01$; $I^2 = 58\%$; 36 исследований]. Высокое эмоциональное истощение уменьшилось с 38 до 24% [14% (11–18); $p < 0,0001$; $I^2 = 0\%$; 21 исследование] и высокая деперсонализация снизилась с 38 до 34% [4% (0–8); $p = 0,04$; $I^2 = 0\%$; 16 исследований].

Таким образом, высокая частота эмоционального выгорания медицинских работников, связанная с особенностями профессии, в том числе с тесной стратегической и тактической взаимосвязью врача и пациента между собой, диктует необходимость организации адекватного регламентированного их взаимодействия. Другие мероприятия по предупреждению и уменьшению психологической нагрузки медицинских работников: оптимизация межличностных взаимодействий в коллективе и производительности труда, улучшение условий работы, повышение заработной платы, возможность карьерного роста, психологический тренинг – могут привести к клинически значимому снижению выгорания среди врачей и повышению качества оказания медицинской помощи.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература/References

1. Shanafelt TD, Boone S, Tan L et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. Arch Intern Med 2012;172 (18): 1377–85.
2. Williams S. Chiropractors' perception of occupational stress and its influencing factors: a qualitative study using responses to open-ended questions. Chiropr Man Therap 2016; 24: 2.
3. Parr JM, Pinto N, Hanson M et al. Medical Graduates, Tertiary Hospitals, and Burnout: A Longitudinal Cohort Study. Ochsner J 2016; 16 (1): 22–6.
4. Moradi Y, Baradaran HR, Yazdandoost M et al. Prevalence of Burnout in residents of obstetrics and gynecology: A systematic review and meta-analysis. Med J Islam Repub Iran 2015; 29 (4): 235.

5. Wurm W, Vogel K, Holl A et al. Depression-Burnout Overlap in Physicians. *PLoS ONE* 2016; 11 (3): e0149913.
6. Veil C. Les états d'épuisement. *Conc Méd* 1959; 23: 2675–81.
7. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues* 1974; 30 (1): 159–65.
8. Kristensen T, Borritz M, Villadsen E, Christensen K. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress – WORK STRESS* 2005; 19: 192–207.
9. Marôco J, Marôco AL, Leite E et al. Burnout in Portuguese Healthcare Professionals: An Analysis at the National Level. *Acta Med Port* 2016; 29 (1): 24–30.
10. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016; 388 (10057): 2272–81.
11. Keswani RN, Taft TH, Coté GA, Keefer L. Increased levels of stress and burnout are related to decreased physician experience and to interventional gastroenterology career choice: findings from a US survey of endoscopists. *Am J Gastroenterol* 2011; 106 (10): 1734–40.
12. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med* 2008; 149 (5): 334–41.
13. Lu DW, Dresden S, McCloskey C et al. Impact of Burnout on Self-Reported Patient Care Among Emergency Physicians. *West J Emerg Med* 2015; 16 (7): 996–1001.
14. Barbosa FT, Eloi RJ, Dos Santos LM et al. Correlation between weekly working time and burnout syndrome among anesthesiologists of Maceió-AL. *Rev Bras Anesthesiol* 2017; 67 (2): 115–21.
15. Markwell AL, Wainer Z. The health and wellbeing of junior doctors: insights from a national survey. *Med J Aust* 2009; 191 (8): 441–4.
16. Heredia DC, Rhodes CS, English SE et al. The national Junior Medical Officer Welfare Study: a snapshot of intern life in Australia. *Med J Aust* 2009; 191 (8): 445.
17. Willcock SM, Daly MG, Tennant CC, Allard BJ. Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. *Med J Aust* 2004; 181 (7): 357–60.
18. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract* 2013; 63 (608): e217-224.
19. Handford C, Lemon J, Grimm MC, Vollmer-Conna U. Empathy as a function of clinical exposure—reading emotion in the eyes. *PLoS ONE* 2013; 8 (6): e65159.
20. Hojat M, Louis DZ, Maio V, Gonnella JS. Empathy and health care quality. *Am J Med Qual* 2013; 28 (1): 6–7.
21. Truchot D. Le burnout des étudiants en médecine. Rapport de recherche pour l'URML de Champagne-Ardenne [rapport]. *Médecine Générale Reims* 30. 2006.
22. Galam E. Burn out des médecins libéraux: une pathologie de la relation d'aide. (1ere partie). *Médecine* 2007; 3: 419–21.
23. Gleichgerrcht E, Decety J. Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. *PLoS ONE* 2013; 8 (4): e61526.
24. Lamothe M, Boujut E, Zenasni F, Sultan S. To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC Fam Pract* 2014; 15: 15.
25. Tei S, Becker C, Kawada R et al. Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity? *Transl Psychiatry* 2014; 4: e393.
26. Camp NE. Factors Related to Burnout in the Neonatal Intensive Care Nurse. DTIC Document. 1986.
27. Defoe DM, Power ML, Holzman GB et al. Long hours and little sleep: work schedules of residents in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol* 2001; 97 (6): 1015–8.
28. Becker KM, Hernborg G, Bode M, Eriksson O. Burnout Data for Flow of Boiling Water in Vertical Round Ducts, Annuli and Rod Clusters. Stockholm (Sweden): AB Atomenergi; 1965.
29. Reader TW, Gillespie A. Patient neglect in healthcare institutions: a systematic review and conceptual model. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 156.
30. Lichtenstein RL. The job satisfaction and retention of physicians in organized settings: a literature review. *Med Care Rev* 1984; 41 (3): 139–79.
31. Williams ES, Konrad TR, Scheckler WE et al. Understanding physicians' intentions to withdraw from practice: the role of job satisfaction, job stress, mental and physical health. 2001. *Health Care Manage Rev* 2010; 35 (2): 105–15.
32. Bakker AB, Van der Zee KI, Lewig KA, Dollard MF. The relationship between the Big Five personality factors and burnout: a study among volunteer counselors. *J Soc Psychol* 2006; 146 (1): 31–50.
33. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996.
34. Pejušković B, Lečić-Toševski D, Priebe S, Tošković O. Burnout syndrome among physicians – the role of personality dimensions and coping strategies. *Psychiatr Danub* 2011; 23 (4): 389–95.
35. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry* 2004; 161 (12): 2295–302.
36. Tomioka K, Morita N, Saeki K et al. Working hours, occupational stress and depression among physicians. *Occup Med (Lond)* 2011; 61 (3): 163–70.
37. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. *AJP* 1987; 144 (12): 1561–6.
38. Bakker AB, Le Blanc PM, Schaufeli WB. Burnout contagion among intensive care nurses. *J Adv Nurs* 2005; 51 (3): 276–87.
39. Tysen R, Vaaglum P, Grønvald NT, Ekeberg O. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord* 2001; 64 (1): 69–79.
40. Dyrbye L (Lotte), Shanafelt TD. Physician burnout: A potential threat to successful health care reform. *JAMA* 2011; 305 (19): 2009–10.
41. Soler JK, Yaman H, Esteve M et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract* 2008; 25 (4): 245–65.
42. Carrier ER, Yee T, Stark L. Matching Supply to Demand: Addressing the U.S. Primary Care Workforce Shortage. Policy Analysis No. 7. Washington, DC: National Institute for Health Care Reform, 2011.
43. Fernandez Nievas IF, Thaver D. Work-Life Balance: A Different Scale for Doctors. *Front Pediatr* 2015; 3: 115.
44. Welp A, Meier LL, Manser T. The interplay between teamwork, clinicians' emotional exhaustion, and clinician-rated patient safety: a longitudinal study. *Crit Care* 2016; 20 (1): 110.
45. Dietz AS, Pronovost PJ, Mendez-Tellez PA et al. A systematic review of teamwork in the intensive care unit: what do we know about teamwork, team tasks, and improvement strategies? *J Crit Care* 2014; 29 (6): 908–14.
46. Salas E, Cooke NJ, Rosen MA. On teams, teamwork, and team performance: discoveries and developments. *Hum Factors* 2008; 50 (3): 540–7.
47. Van Bogaert P, Clarke S, Roelant E et al. Impacts of unit-level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes: a multilevel modelling approach. *J Clin Nurs* 2010; 19 (11-12): 1664–74.
48. Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in intensive care units – a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiol* 2013; 13 (1): 38.
49. Rothschild JM, Landrigan CP, Cronin JW et al. The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. *Crit Care Med* 2005; 33 (8): 1694–700.
50. Valentin A, Schiffinger M, Steyrer J et al. Safety climate reduces medication and dislodgement errors in routine intensive care practice. *Intensive Care Med* 2013; 39 (3): 391–8.
51. Halbesleben JRB, Rathert C. Linking physician burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health Care Manage Rev* 2008; 33 (1): 29–39.
52. Nembhard IM, Edmondson AC. Making it safe: the effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *J of Organizational Behavior* 2006; 27 (7): 941–66.
53. Welp A, Meier LL, Manser T. Emotional exhaustion and workload predict clinician-rated and objective patient safety. *Front Psychol* 2014; 5: 1573.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Свистунов Андрей Алексеевич – член-корр. РАН, д-р мед. наук, проф., первый проректор ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: svistunov@sechenov.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1592-5703>

Осадчук Михаил Алексеевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. поликлинической терапии Института клинической медицины ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: osadchuk.mikhail@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0485-6802>

Мирнова Екатерина Дмитриевна – клинический врач-ординатор каф. поликлинической терапии Института клинической медицины ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: yek.mironova1995@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3268-2408>

Andrei A. Svistunov – D. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: svistunov@sechenov.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1592-5703>

Mikhail A. Osadchuk – Corr. Memb. RAS, D. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: osadchuk.mikhail@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0485-6802>

Ekaterina D. Mironova – Clinical Medical Resident, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: yek.mironova1995@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3268-2408>

Статья поступила в редакцию / The article received:

Статья принята к печати / The article approved for publication: