

## Организация здравоохранения и общественное здоровье

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2020

Карсанов А.М.<sup>1</sup>, Ремизов О.В.<sup>1</sup>, Голухов Г.Н.<sup>2</sup>, Полунина Н.В.<sup>2</sup>

### ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: ЛИЧНОСТНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ИЛИ СИСТЕМНЫЙ СБОЙ В УПРАВЛЕНИИ?

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, 362025, г. Владикавказ;

<sup>2</sup>ФГАУ ВО «Российский национальный исследовательский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, 117997, г. Москва

♦ В статье представлены современные данные о дефинитивных характеристиках, причинах возникновения, фазах развития, принципах системного подхода к профилактике и путях преодоления такого комплексного понятия, как профессиональное выгорание медицинских работников. Профессиональное выгорание имеет серьезные негативные последствия не только для здоровья самих медицинских работников, но и для эффективного функционирования всей системы здравоохранения. В этой связи рассмотрены некоторые парадоксы сопряженности внутренних и внешних стимуляторов для повышения эффективности работы медицинского персонала. Уроки пандемии COVID-19 как фактора перегрузки систем здравоохранения и триггера профессионального выгорания диктуют необходимость создавать многоэтапный, системный механизм по защите наших коллег, а значит и пациентов, от последствий профессионального выгорания.

**Ключевые слова:** профессиональное выгорание; медицинские работники; система здравоохранения.

**Для цитирования:** Карсанов А.М., Ремизов О.В., Голухов Г.Н., Полунина Н.В. Профессиональное выгорание медицинских работников: личностная дезадаптация или системный сбой в управлении? *Российский медицинский журнал*. 2020;26(6):334-340. DOI: <http://doi.org/10.17816/0869-2106-2020-26-6-334-340>

**Для корреспонденции:** Карсанов Алан Мухарбекович, канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней № 3 ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, 362025, г. Владикавказ, E-mail: [karsan@inbox.ru](mailto:karsan@inbox.ru)

Karsanov A.M.<sup>1</sup>, Remizov O.V.<sup>1</sup>, Goluchov G.N.<sup>2</sup>, Polunina N.V.<sup>2</sup>

### OCCUPATIONAL BURNOUT OF HEALTHCARE WORKERS: PERSONAL DEADAPTATION OR SYSTEM FAILURE IN MANAGEMENT?

<sup>1</sup>North-Ossetian State Medical Academy, 362025, Vladikavkaz, Russian Federation;

<sup>2</sup>N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, 117997, Moscow, Russian Federation

♦ The article presents modern data on definitive characteristics, causes of occurrence, phases of development, principles of a systematic approach to prevention, and methods to overcome such a complex concept as occupational burnout of healthcare workers. Occupational burnout has serious negative consequences for not only the health of the health workers themselves but also the effective functioning of the entire healthcare system. In this regard, some discrepancies in the conjugation of internal and external stimulants are considered to improve the efficiency of the work of medical personnel. Lessons learned from the coronavirus 2019 pandemic as a factor of healthcare system overloading and triggering occupational burnout necessitate creation of a multi-stage, systemic mechanism to protect our colleagues as well as patients from the consequences of occupational burnout.

**Keywords:** professional burnout; healthcare workers; healthcare system.

**For citation:** Karsanov A.M., Remizov O.V., Goluchov G.N., Polunina N.V. Occupational burnout of healthcare workers: personal deadaptation or system failure in management? *Rossiiskii meditsinskiy zhurnal (Medical Journal of the Russian Federation, Russian Journal)*. 2020;26(6):334-340. (in Russ.)

DOI: <http://doi.org/10.17816/0869-2106-2020-26-6-334-340>

**For correspondence:** Alan M. Karsanov, Candidate of Medical Sciences, Associate professor of the Department of Surgical Diseases No. 3, North Ossetian State Medical Academy, 362025, Vladikavkaz, Russian Federation, E-mail: [karsan@inbox.ru](mailto:karsan@inbox.ru)

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Acknowledgments.** The study had no sponsorship.

Received 05.10.20

Accepted 28.10.20

### Понятие профессионального выгорания

Глобальная угроза распространения и последствий новой коронавирусной инфекции (COVID-19) поставила перед мировым медицинским сообществом целый ряд новых, сложных и требующих оперативного решения организационных задач. Одной из них является

необходимость разработки системного подхода к решению такой важной комплексной проблемы современного здравоохранения, как профессиональное выгорание (ПВ) медицинских работников (МР) [1].

Во всем мире растет интерес к изучению факторов риска, закономерностей популяционной распространен-

ности, принципов эффективной профилактики и технологий нивелирования последствий уже развившегося у МР синдрома ПВ [2–5]. Руководство медицинской отраслью в разных странах давно воспринимает проблему ПВ персонала как одну из важнейших. Так, в США в 2001 году Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Объединенная комиссия по аккредитации организаций здравоохранения) рекомендовала всем медицинским организациям внедрить процедуры по обеспечению комфорта и благополучия МР [6].

Термин ПВ тождествен понятию «эмоциональное выгорание» (*англ.* burnout), авторство которого принадлежит американскому психологу немецкого происхождения Герберту Фрейденбергеру (Herbert Freudenberger), предложившему его в 1974 году. Согласно Международной классификации болезней и причин смерти (МКБ-10), это клиническое состояние трактуется как *переутомление* и кодируется Z73.0. В МКБ-11 оно будет кодироваться QD85.

На сегодняшний день предложено несколько моделей дефиниции ПВ, наиболее убедительные из которых имеют многофакторную структуру. Согласно концепции трехфакторной модели, выгорание – это синдром, состоящий из эмоционального истощения, деперсонализации и редукции личностных достижений (ослабления чувства личного удовлетворения), которые в основном вызваны стрессом на рабочем месте [3, 5].

Эмоциональное истощение рассматривается как основная составляющая ПВ и проявляется в сниженном эмоциональном фоне, равнодушии или эмоциональном перенасыщении. Деперсонализация состоит в изменении/деформации отношения к себе, пациентам, другим сотрудникам, что, в зависимости от служебного положения, может проявляться в виде негативизма, цинизма, безразличия к пациентам и сопровождаться самовозвеличиванием, искажением понимания своих должностных обязанностей, враждебностью к коллегам и др. [7].

Не ставя задачей детальный анализ сути механизмов формирования ПВ у МР, тем не менее следует напомнить, что патогенетическая модель развития синдрома ПВ в высокой степени индивидуализирована и определяется различиями в эмоционально-мотивационной сфере, а также конкретными особенностями профессиональной деятельности. Наиболее предрасположены к эмоциональному выгоранию специалисты, работающие в системе «человек – человек», именно потому, что в работе с людьми используются два главных инструмента – коммуникация и эмоция [5, 7].

Ученые предложили несколько моделей стадийности, или фазности, развития синдрома ПВ. В самом общем приближении, для ПВ МР характерна последовательность из: исходной чрезмерной активности, сужения личных интересов до уровня сугубо профессиональных и ограничения социальных контактов вне работы, чувства усталости, бессонницы, потери положительного восприятия профессиональной деятельности и коллег по работе, отсутствие эмпатии, повышенная критичность и даже враждебность по отношению к пациентам

и коллегам, стойкое, не исчезающее за выходные дни нежелание выполнять свои должностные обязанности, депрессия, снижение концентрации внимания и когнитивной функции, психосоматические реакции и снижение иммунитета, чувство беспомощности и бессмысленности жизни, экзистенциальное отчаяние [7].

По суммарным оценкам, примерно от 30% до 60% врачей различных специальностей испытывают как минимум одно из проявлений ПВ [8, 9]. Почти половина практикующих врачей в США переживает период выгорания в какой-то момент своей карьеры [9].

Сосредоточение внимания на выгорании может частично объясняться растущим осознанием того, что врачи подвергаются воздействию неблагоприятных факторов на рабочем месте, что приводит к риску продолжающегося высокого рабочего стресса [4]. Может показаться, что такими факторами могут служить лишь продолжительный рабочий день, физические и эмоциональные перегрузки, низкая степень удовлетворенности процессом работы и получаемой за нее заработной платой [10].

Научный прогресс, тенденции к внедрению более эффективных форм организации лечебной деятельности, структурные и технологические изменения в системе здравоохранения вызвали заметное и растущее внешнее давление на МР. Кроме того, врачи предрасположены к выгоранию из-за таких профессионально обусловленных черт поведения, как компульсивность, повышенное чувство личной ответственности, очень близко связанное с чувством вины в случае профессиональных неудач, самоотречение и длительная работа в рамках специфичной медицинской культуры, которая предполагает перфекционизм, отрицание личной уязвимости и, что особенно губительно, отложенное во времени чувство удовлетворения от каждодневной работы, связанной со сверхусилиями сотрудника [11].

В ряде ситуаций сотрудники медицинских организаций (МО) в качестве основной побудительной причины своего состояния выделяли такие более сложные факторы, как: ощущение снижения своего психического здоровья, дисбаланс между требованиями к работе и навыками, отсутствие действенного, эффективного контроля и, наоборот, излишне громоздкие и навязчивые формы неконструктивного надзора за работниками, длительный, хронический стресс на работе и снижение качества медицинской помощи пациентам [8].

### Последствия эскалации профессионального выгорания

Задолго до начала пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 проблема ПВ МР остро стояла перед специалистами широкого ряда специальностей, однако врачи, находящиеся на переднем крае лечения, общаются о самых высоких показателях выгорания [5, 8]. В наибольшей степени этому профессиональному и даже социальному явлению были подвержены сотрудники, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, а также персонал скоромощных, онкологических,

гематологических, психиатрических, инфекционных, хирургических, реанимационных и других служб.

Следует четко понимать, что ПВ имеет серьезные негативные последствия для самих МР, результатов лечения пациентов и всей системы здравоохранения. В западных странах выгорание у врачей может сопровождаться понижением уровня удовлетворенности работой, нарушением личных отношений, злоупотреблением психоактивными веществами, депрессией и самоубийством [4, 9]. В организациях здравоохранения выгорание связано со снижением производительности, высокой текучкой сотрудников и досрочным выходом на пенсию [10].

Давно установлена прямая следственная связь между ПВ и быстрой утомляемостью, снижением производительности, необходимостью увеличения отпуска по болезни, намерением сменить работу или вообще оставить медицину [3]. Из этого, далеко не полного описания последствий синдрома ПВ видно, что это патологическое состояние влияет не только на каждого отдельного сотрудника МО, но и на системы здравоохранения самых разных уровней [3, 11, 12].

Всегда важно помнить, что ПВ может привести к увеличению количества ошибок в процессе оказания медицинской помощи, снижению качества и уровня безопасности медицинской деятельности и, как прямое следствие, к снижению удовлетворенности отдельных пациентов и социальной эффективности конкретной МО и системы здравоохранения в целом [13]. Поэтому здоровье врачей все чаще предлагается рассматривать в виде одного из индикаторов должного уровня качества и безопасности медицинской деятельности на современном этапе [14].

Общенациональное исследование, проведенное T.D. Shanafelt и соавт. [9], было посвящено степени и темпам распространенности профессионального стресса у 6880 американских врачей 35–60 лет разных специальностей. Результаты опроса показали, что в 2014 году 54,4% врачей в США сообщили хотя бы об одном симптоме выгорания по сравнению с 45,5% в 2011 году, а удовлетворенность врачей балансом между работой и личной жизнью снизилась за этот же период с 48,5% до 40,9%.

Согласно новейшим данным Е.Я. Матюшкиной и соавт., полученным с помощью комплексных анкет на основе опросников С. Maslach (1996) среди 143 российских ординаторов скорпомощного стационара, установлено, что подавляющее число респондентов имеет высокие показатели выгорания по шкале эмоционального истощения (69%) и деперсонализации (85%) [2].

Игнорировать результаты этого исследования в масштабах национальной российской системы здравоохранения неразумно. Ежегодно потери, связанные с ПВ у американских медицинских работников, в среднем составляют 4,6 млрд долларов (2,6–6,3 млрд долларов, согласно прогнозу многофакторного анализа вероятности) [15]. Это расходы на лечение, покрытие социальных гарантий заболевших, замещение пострадавших

от ПВ врачей на рабочих местах в связи с сокращением продолжительности их рабочего дня. На одного работающего врача в год эта сумма составляет около 7600 долларов.

В Канаде попытки оценить материальные потери от ПВ показали, что в среднем годовые затраты на компенсацию от ПВ составили 213,1 млн долларов США, из которых 185,2 млн из-за досрочного выхода специалистов на пенсию, а 27,9 млн – из-за необходимости компенсации труда замещающим сотрудникам [16]. В структуре специальностей, наиболее подверженных ПВ, в Канаде большинство составили семейные врачи (58,8%), хирурги (24,6%), на долю врачей других специальностей приходится оставшиеся 16,6%.

### **Профессиональное выгорание как комплексная проблема**

В историческом аспекте первоначально преобладало мнение, что ПВ – это личная проблема врача или медицинской сестры, связанная с их индивидуальными особенностями, например с неспособностью к адаптации в различных по стрессовому воздействию условиях профессиональной деятельности. Со временем, точнее с нарастанием масштабов медицинской, социальной и экономической значимости ПВ, отношение профессионального сообщества и государства к этому патологическому явлению стало меняться [11].

По мнению наших зарубежных коллег, эта проблема нарастала в течение многих лет и дошла до точки кипения из-за постоянных изменений в системе здравоохранения, в частности из-за широкого распространения электронных медицинских карт и индивидуальных показателей профессиональной эффективности сотрудников [11], внедряемых как прогрессивная модель управления качеством в здравоохранении на уровне МО, в том числе и в нашей стране.

В последнее время произошел переход от узкого рассмотрения проблемы выгорания как частной ситуации отдельного работника к системному совершенствованию организации здравоохранения в целом, которое концентрируется на вопросах, связанных с созданием комфортной и одновременно эффективной производственной среды и должного уровня организационной культуры в МО [3, 12]. Снижение риска выгорания у врачей требует не только поддержки отдельных сотрудников, но и кардинальных изменений в деятельности всей МО [17].

Нам важно понимать это уже сейчас, поскольку общемировые технологии организации и управления системой здравоохранения и отдельными МО разных уровней повсеместно внедряются и в России. И на этом фоне, при анализе научных источников по национальной базе данных, число публикаций по теме профессионального выгорания МР растет год от года. Судя по данным разнообразных социологических опросов, проводимых среди МР в рамках реализации современных, прогрессивных форм управления МО, стали появляться все более убедительные доказательства, что значитель-

ная часть респондентов-медиков испытывает проявления синдрома ПВ [2, 18, 19].

По результатам нашего исследования, включающего анкетирование 114 руководителей регионального здравоохранения различных уровней, актуальной проблемой ПВ среди своих подчиненных признают 54 руководителя (47,4%). Исключают риск возникновения этого синдрома лишь 21,9%. В то же время на этот очень простой вопрос не решились ответить 30,7% респондентов, что крайне негативно характеризует обстановку в возглавляемых ими МО [18].

История изучения ПВ за рубежом более долгая, чем в нашей стране. Стоит обратить более пристальное внимание на опыт наших коллег. В США непреднамеренные последствия радикальных изменений в системе здравоохранения, которые должны были сделать врачей более эффективными и продуктивными и, следовательно, более удовлетворенными, стали причиной их глубокого отчуждения и разочарования [3].

M.W Friedberg и соавт. по результатам социологических исследований был продемонстрирован ряд парадоксальных, на первый взгляд, явлений [11, 20]. По мнению респондентов, на их удовлетворенность результатами своего труда положительно влияет факт оказания действительно качественной/эффективной медицинской помощи пациенту без ограничений и оглядок на то, что какая-то из медицинских манипуляций может не быть оплачена страховщиком [11, 20]. Другими словами, врачи менее истощаются, когда лечат не болезнь, а больного. В США же общепринята система оказания качественной медицинской услуги, которую на протяжении полутора десятков лет мы пытаемся внедрить и в России.

В рамках этого же исследования врачи критически высказались о ведении электронных медицинских карт пациента и иных документов в цифровой форме, рассматривая эту обязанность, как снижающую их профессиональную удовлетворенность [11, 20]. Для нашей страны эта проблема не менее актуальна, так как техническое несовершенство, трудоемкость внесения данных, недоступность эфферентных аналитических функций и многие другие особенности медицинских информационных систем в различных МО не способствуют облегчению труда МР. Тем более что в большинстве МО медикам приходится параллельно продолжать вести и традиционную форму медицинской документации.

В числе других негативных факторов, снижающих удовлетворенность медицинского персонала и способствующих повышению риска ПВ среди сотрудников, респондентами были отмечены:

- ♦ высокий уровень контроля над МР со стороны администрации и страховых медицинских организаций, что значительно снижает творческий подход в клинической работе врача;
- ♦ работа в коллективе, где руководитель не является истинным лидером в профессиональном смысле и подавляет инициативу и определенную автономию действий подчиненных, что отражает своего

рода феноменологический принцип организации работы в медицинском коллективе, основанный на поддержании вертикальных производственных связей, в ущерб горизонтальным;

- ♦ большая производственная нагрузка в части объема и темпов работы, а также усугубляющая эти факторы необходимость дублирования медицинской документации;
- ♦ неотрегулированный поток пациентов в условиях работы в эквиваленте нашей первичной медико-санитарной помощи [11, 20].

В США опрошенные хирурги, не будучи полноценно заняты весь рабочий день, были недовольны малым объемом операционной работы и выражали беспокойство по поводу возможной утраты профессиональных навыков. Врачи отмечали недовольство фактами снижения заработной платы по решению работодателя; подобные явления воспринимались более терпимо, когда в результате диалога МР с администрацией клиники было достигнуто взаимопонимание и это не становилось причиной нарастающей напряженности в работе [11, 20].

Большинство опрошенных дали общие негативные оценки новейшим реформам в здравоохранении США, детализируя снижение доступности медицинской помощи для населения, повышение интенсивности труда, сокращение автономности и профессиональной самостоятельности и снижение уровня заработной платы МР [11, 20].

В числе положительных обстоятельств, повышающих удовлетворенность сотрудников и желание работать, была отмечена работа с руководителем, чьи главные профессиональные приоритеты согласуются с интересами подчиненных. Люди хотят, чтобы им давали свободу работать и творить в профессиональном смысле. Оказалось, что МР с большим спокойствием, удовлетворенностью и, как следствие, с меньшим риском ПВ предпочитают работать в коллектив с нечасто сменяемым руководством, более стабильным в реализации личных планов и, как следствие, с большим пониманием и поддержкой относится к разумным инициативам и допустимой профессиональной автономности подчиненных [11, 20].

Все респонденты в качестве важнейшего фактора успешной и комфортной работы в медицинском коллективе выделяют создание и поддержание атмосферы коллегиальности, справедливости и уважения, при этом отмечая, что порой им крайне сложно сохранить эффективные уровни взаимодействия с такими объектами профессиональных взаимодействий врачей, как коллеги (в первую очередь руководители), пациенты и их родственники, представители страховых компаний и другие контролирурующие структуры [11, 20].

Результаты объемного метаанализа M. Panagioti и соавт., включавшего многофакторную оценку синдрома более чем 1500 врачей, однозначно свидетельствуют о том, что ПВ – это системная проблема всей организации здравоохранения, а не проявление личностного десинхронизации отдельных ее представителей [12].

### Перспективы преодоления проблемы профессионального выгорания

В наше время в подавляющем большинстве стран мира медицинская деятельность осуществляется в рамках информированного согласия пациента. Несмотря на это, отраслевое и общемировое значение необходимости предотвращения ПВ медицинских работников только возрастает. Врачи, медсестры и другие категории МР традиционно рассматривают дело своей жизни как призвание. Их обучали и формировали в духе профессиональной компетентности, ответственности, высокого уровня альтруизма в сочетании с неугасаемым интересом к познанию биологии человека, помноженной на инстинкт заботы о пациенте. Эти черты характера, полученные навыки и поставленные личностные цели генерируют наивысший уровень внутренней мотивации.

Именно в период коронавирусной пандемии профессиональное сообщество еще с большей остротой осознает, что на сегодняшний день малопродуктивными оказались меры профилактики ПВ, направленные исключительно на личность сотрудника. К таковым, ранее широко декларированным действиям относились занятия физическими упражнениями и релаксацией, совместные чаепития и перекусы сотрудников для социального общения и снятия производственного напряжения, реализация возможности более широкого доступа к уходу за собственными детьми, хобби для более личного обогащающего проведения свободного времени.

Внедрение методов оптимизации рабочего режима врачей и потока пациентов, например, путем внедрения Lean-технологий (бережливое производство), должно способствовать упорядочению ритма работы и большей удовлетворенности персонала.

Осознание необходимости использования в медицинской практике принципов личностного самоопределения сотрудников для повышения их высокой мотивированности позволяет достаточно просто классифицировать мотивацию на внутреннюю и на внешнюю. Люди могут легко и качественно выполнять тот или иной вид работы потому, что они находят ее интересной и получают непосредственное удовлетворение от самой деятельности (внутренняя мотивация). Внешняя мотивация деятельности работников состоит в том, что они могут получить осязаемое внешнее вознаграждение, так что удовлетворение приходит не от самой деятельности, а от награды.

Казалось бы, зачем руководителю российской МО надо это знать? Сама постановка такого вопроса уже может свидетельствовать о недостаточной компетентности современного топ-менеджера здравоохранения.

Во-первых, ситуация с широким выбором внешних мотиваторов в нашем случае ограничена тем, что один из главных побудительных факторов к качественной работе – материальный – в нынешних условиях остается далеким от адекватности.

Во-вторых, по результатам зарубежных исследований, внутренние и внешние мотивационные факторы не имеют аддитивных эффектов, а материальные внешние

мотиваторы, такие как денежное вознаграждение, могут парадоксальным образом подорвать внутреннюю мотивацию. Именно такие неожиданные эффекты возникают, в частности, среди профессионалов, которые выполняют сложные задачи, требующие самостоятельности, лидерских качеств, когнитивной гибкости, креативности, оперативного принятия ответственных решений [3].

Однако при реализации ошибочной политики улучшения медицинской системы можно увлечься искусственным созданием различных положительных и отрицательных внешних мотиваторов, не осознавая, что они фактически разрушают внутреннюю мотивацию, что в конечном итоге приведет к ПВ. Об этом говорит опыт США, где денежные стимулы не могут эффективно предотвратить или устранить ПВ в медицинской среде. Именно поэтому немалая доля врачей в США, а опрошено 15 тыс. респондентов, готова отказаться от части своего годового дохода, чтобы сократить свое рабочее время в пользу проведения его с семьей, занятий спортом, на природе и т. д. [3].

Важно подчеркнуть, что деньги сами по себе не токсичны и увеличение зарплаты или премии не уменьшает внутреннюю мотивацию. Речь идет о том, что возведение материального вознаграждения в ранг ведущего в оценке каждого компонента работы врача, или, что еще более пагубно, в качестве критерия/стимула в каждом отдельном клиническом взаимодействии с пациентом, например, путем перевода работы врачей в единицы относительной стоимости – делает подобную форму работы врача противоестественной.

Принципы системной профилактики ПВ, основанные на формировании внутренней мотивации МР, общеизвестны. Три столпа поддерживают внутреннюю мотивацию и психологическое благополучие МР: автономность, компетентность и профессиональная сопричастность.

В самом приближенном виде автономность – это право врача самостоятельно выбирать, кому из пациентов сколько уделить времени, в каком объеме назначить комплекс обследований, в какой последовательности реализовать план адекватного лечения. Здесь избыточная административная и надзорная тоталитарность может оказаться губительной для всех субъектов клинических взаимоотношений.

Широкое понимание сути профессиональной компетентности подразумевает большой запас теоретических знаний, достаточный практический опыт использования достижений современной медицины, широкий диапазон в принятии тактических решений по каждому, всегда уникальному, клиническому случаю и уверенность во владении специальными манипуляционными навыками, как, например, в современной малоинвазивной хирургии. Очевидно, что все это предъявляет очень высокие требования к профессиональным качествам специалиста.

При этом повсеместно внедряются стандартизованные требования к качеству и безопасности медицинской деятельности применительно к каждому лечебному случаю. При этом клиницист должен учесть интересы

пациента, страховщика, широкого круга представителей надзорных структур, действовать строго в рамках инфраструктурных и экономических условий своего медицинского учреждения. Все это накладывает большую, а главное – разновекторную ответственность на непосредственного исполнителя конкретных служебных обязанностей.

Профессиональная сопричастность – это чувство, что человек принадлежит близкой ему общности людей, имеет личные отношения с отдельными представителями своей МО и с гордостью ощущает профессиональное и социальное родство с представителями своей профессии. Проявления профессиональной сопричастности мы наблюдаем в каждодневной работе медиков, а общество – только в период подобных пандемии COVID-19 печальных событий.

Поскольку необходимость эффективного управления персоналом является неотъемлемой частью системного подхода к повышению качества и безопасности медицинской деятельности, отметим, что до тех пор, пока не будут сформулированы и внедрены принципы своего рода правового иммунитета за явную или потенциальную врачебную ошибку, эта ответственность всегда будет доминировать над МР. Подобная дополнительная, а в современной национальной реальности – главенствующая ответственность медиков не только не способствует снижению вероятности новых нежелательных событий, но икратно повышает риск ПВ сотрудников МО.

Если вопросы создания прогрессивной организационной культуры, комфортной производственной среды и атмосферы профессиональной сопричастности сотрудников при обеспечении решения общекорпоративных стратегических задач в рамках реформы национального здравоохранения выпадут из поля зрения руководителей МО, то в таком коллективе профессиональное выгорание МР со временем может стать стратегической проблемой.

### Заключение

В период пандемии COVID-19 медицина во всех странах мира находится в своей критической точке. Медицинские работники повсеместно демонстрируют естественную для людей с наивысшей степенью ответственности самоотверженность, пытаются сохранить здоровье пациентов, несмотря на высокий риск для личного здоровья. Не только специалисты, работающие в инфекционных госпиталях, но и вся система здравоохранения сегодня существует в режиме максимального напряжения. Происходят, если так можно выразиться, тектонические сдвиги в системе методического, технологического, правового, финансово-экономического, лекарственного и иных форм современного обеспечения здравоохранения. Однако следует помнить, что единственным сущностным и наиболее ценным ресурсом жизнеобеспечения системы здравоохранения в России являются сотрудники МО.

Все уроки этой пандемии еще предстоит извлечь, однако уже сейчас понятно, что мир не будет прежним,

а системы здравоохранения разных стран никогда не должны оказаться неподготовленными перед лицом подобной глобальной угрозы. И, в контексте основной обсуждаемой проблемы, считаем необходимым призвать руководителей здравоохранений различных уровней начать создавать многоэтапный, начиная с начальных шагов на пути профессионального становления врачей и представителей среднего медицинского персонала, системный механизм по защите наших коллег, а значит и наших пациентов, от последствий профессионального выгорания.

Новейшие научные данные приводят к неизбежному выводу о том, что предлагаемые до настоящего времени образовательные, экономические и управленческие подходы к организации лечебной деятельности не устраняют основную причину ПВ МР – глубокое несоответствие между ценностями отдельных лиц или групп сотрудников, оказывающих медицинскую помощь пациентам, и находящейся в процессе переконfigurирования системной национальной здравоохранения.

В значительной степени существует риск игнорирования области организационной психологии МР как самостоятельной, созидающей природы, активно стремящейся к контролю над клинической ситуацией, а не прилежного исполнителя функций по оказанию медицинских услуг.

Именно в развитии роли каждого сотрудника МО, а не стандартизации процессов и усреднении основных профессиональных функций мы видим прообраз «доходной карты» на пути системного подхода к борьбе с профессиональным выгоранием медицинских работников.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Wu Y., Wang J., Luo C., Hu S., Lin X., Anderson A.E., et al. A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the front lines and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China // *J. Pain Symptom Manage.* 2020. Vol. 60. N 1. P. 60–65.
2. Матюшкина Е.Я., Микита О.Ю., Холмогорова А.Б. Уровень профессионального выгорания врачей-ординаторов, проходящих стажировку в скорпомощном стационаре: данные до ситуации пандемии // *Консультативная психология и психотерапия.* 2020. № 2. С. 46–69.
3. Hartzband P., Groopman J. Physician burnout, interrupted // *N Engl J Med.* 2020. Vol. 382. N 26. P. 2485–248. doi: 10.1056/NEJMp2003149.
4. Panagioti M., Geraghty K., Johnson J., Zhou A., Panagopoulou E., Chew-Graham C., et al. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis // *JAMA Intern. Med.* 2018. Vol. 178. N 10. P. 1317–1330.
5. Wallace J.E., Lemaire J.B., Ghali W.A. Physician wellness: a missing quality indicator // *Lancet.* 2009. Vol. 374. N 9702. P. 1714–1721. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61424-0.
6. Spickard A.Jr., Gabbe S.G., Christensen J.F. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians // *JAMA.* 2002. Vol. 288. N 12. P. 1447–1450. doi: 10.1001/jama.288.12.1447.

7. Burisch M. Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung. Springer-Verlag, 2013. 262 p. (In German).
8. Klein J., Grosse Frie K., Blum K., von dem Knesebeck O. Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery // *Int. J. Qual. Health Care*. 2010. Vol. 14. N 6. P. 525–530.
9. Shanafelt T.D., Hasan O., Dyrbye L.N., Sinsky C., Salet D., Sloan J., et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014 // *Mayo Clin. Proc.* 2015. Vol. 90. N 12. P. 1600–1613. doi: 10.1016/j.mayocp.2015.08.023.
10. Shanafelt T.D., Gradishar W.J., Kosty M., Satele D., Chew H., Horn L., et al. Burnout and career satisfaction among US oncologists // *J. Clin. Oncol.* 2014. Vol. 32. P. 678–686.
11. Friedberg M.W., Chen P.G., Van Busum K.R., Aunon F., Pham C., Caloyeras J., et al. Factors affecting physician professional satisfaction and their implications for patient care, health systems, and health policy // *Rand. Health Q.* 2014. Vol. 3. N 4. P. 1.
12. Panagioti M., Panagopoulou E., Bower P., Levith G., Kontopantelis E., Chew-Graham C., et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis // *JAMA Intern. Med.* 2017. Vol. 177. N 2. P. 195–205.
13. Dewa C.S., Loong D., Bonato S., Trojanowski L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review // *BMJ Open*. 2017. Vol. 7. N 6. P. e015141. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015141.
14. Bianchi R., Schonfeld I.S., Laurent E. Burnout-depression overlap: a review // *Clin. Psychol. Rev.* 2015. Vol. 36. P. 28–41.
15. Han S., Shanafelt T.D., Sinsky C.A., Awad K.M., Dyrbye L.N., Fiscus L.C., et al. Estimating the attributable cost of physician burnout in the United States // *Ann. Intern. Med.* 2019. Vol. 170. N 11. P. 784–790.
16. Dewa C.S., Jacobs P., Nguyen X.T., Loong D. An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada // *BMC Health Serv. Res.* 2014. Vol. 14. P. 254. DOI: 10.1186/1472-6963-14-254.
17. Panagioti M., Stokes J., Esmail A., Coventry P., Cheraghi-Sohi S., Alam R., et al. Multimorbidity and patient safety incidents in primary care: a systematic review and meta-analysis // *PLoS One*. 2015. Vol. 10. N 8. P. e0135947. DOI:10.1371/journal.pone.0135947.
18. Карсанов А.М., Астахова З.Т., Гогичаев Т.К., Туаева И.Б., Ремизов О.В. Концепция единого территориального подхода к повышению качества и безопасности медицинской деятельности на примере Республики Северная Осетия-Алания // *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2019. № 2. С. 35–41.
19. Remizov O.V., Sazhin V.P., Karsanov A.M. On bioethical component of patient safety in surgery // *Bioethics*. 2017. Vol. 1. P. 44–48.
20. Friedberg M.W., Chen P.G., White C., Jung O., Raaen L., Hirshman S., et al. Effects of health care payment models on physician practice in the United States // *Rand. Health Q.* 2015. Vol. 5. N 1. P. 8.
3. Hartzband P., Groopman J. Physician burnout, interrupted. *N Engl J Med.* 2020;382(26):2485–248. doi: 10.1056/NEJMp2003149.
4. Panagioti M., Geraghty K., Johnson J., Zhou A., Panagopoulou E., Chew-Graham C., et al. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern. Med.* 2018;178(10):1317–1330. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.3713.
5. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet.* 2009;374(9702):1714–1721. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61424-0.
6. Spickard AJr, Gabbe SG, Christensen JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA.* 2002;288(12):1447–1450. doi: 10.1001/jama.288.12.1447.
7. Burisch M. Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung. Springer-Verlag; 2013. 262 p. (In German).
8. Klein J, Grosse Frie K, Blum K, von dem Knesebeck O. Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery. *Int. J. Qual. Health Care.* 2010;14(6):525–530.
9. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Salet D, Sloan J, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin. Proc.* 2015;90(12):1600–1613. doi: 10.1016/j.mayocp.2015.08.023.
10. Shanafelt TD, Gradishar WJ, Kosty M, Satele D, Chew H, Horn L, et al. Burnout and career satisfaction among US oncologists. *J. Clin. Oncol.* 2014;32:678–686.
11. Friedberg MW, Chen PG, Van Busum KR, Aunon F, Pham C, Caloyeras J, et al. Factors affecting physician professional satisfaction and their implications for patient care, health systems, and health policy. *Rand. Health Q.* 2014;3(4):1.
12. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Levith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern. Med.* 2017;177(2):195–205.
13. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open.* 2017;7(6):e015141. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015141.
14. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: a review. *Clin. Psychol. Rev.* 2015;36:28–41.
15. Han S, Shanafelt TD, Sinsky CA, Awad KM, Dyrbye LN, Fiscus LC, et al. Estimating the attributable cost of physician burnout in the United States. *Ann. Intern. Med.* 2019;170(11):784–790.
16. Dewa CS, Jacobs P, Nguyen XT, Loong D. An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC Health Serv. Res.* 2014;14:254. doi: 10.1186/1472-6963-14-254.
17. Panagioti M, Stokes J, Esmail A, Coventry P, Cheraghi-Sohi S, Alam R, et al. Multimorbidity and patient safety incidents in primary care: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2015;10(8):e0135947. doi: 10.1371/journal.pone.0135947.
18. Karsanov AM, Astahova ZT, Gogichaev TK, Tuaveva IB, Remizov OV. The concept of a single territorial approach to improving the quality and safety of medical activities on the example of the Republic of North Ossetia-Alania. *Medicinskie tehnologii. Ocenka i vybor.* 2019;(2):35–41.
19. Remizov OV, Sazhin VP, Karsanov AM. On bioethical component of patient safety in surgery. *Bioethics.* 2017;(1):44–48.
20. Friedberg MW, Chen PG, White C, Jung O, Raaen L, Hirshman S, et al. Effects of health care payment models on physician practice in the United States. *Rand. Health Q.* 2015;5(1):8.

## REFERENCES

1. Wu Y, Wang J, Luo C, Hu S, Lin X, Anderson AE, et al. A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the front lines and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *J. Pain Symptom Manage.* 2020;60(1):60–65. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008.
2. Matyushkina EYa, Mikita OYu, Holmogorova AV. Burnout level in medical residents doing internship in emergency medicine hospital before the pandemic. *Konsultativnaya psihologiya i psihoterapiya.* 2020;(2):46–69. (In Russ).

## КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Карсанов Алан Мухарбекович, к. м. н. [Alan M. Karsanov, MD, PhD]; адрес: 362025, г. Владикавказ, Россия [address: 362025, Vladikavkaz, Russian Federation]; E-mail: [karsanov@inbox.ru](mailto:karsanov@inbox.ru), ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8977-6179>

Ремизов Олег Валерьевич, д. м. н. [Oleg V. Remizov, MD, PhD, DSc]; E-mail: [oleg\\_remizov@mail.ru](mailto:oleg_remizov@mail.ru), ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4175-5365>

Голухов Георгий Натанович, д. м. н., член-корреспондент РАН, профессор [Georgiy N. Goluchov, MD, PhD, DSc, Corresponding Member of RAS, Professor]; E-mail: [7648616@gmail.com](mailto:7648616@gmail.com)

Полунина Наталья Валентиновна, д.м.н., академик РАН, профессор [Natalia V. Polunina, MD, PhD, DSc, Academician of RAS, Professor]; E-mail: [nvpol@rambler.ru](mailto:nvpol@rambler.ru), ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8772-4631>

Поступила 05.10.20  
Принята к печати 28.10.20