

Обзоры

УДК 159.942:61

Синдром эмоционального выгорания**А.Н. Овсепян**

*Отдел судебно-медицинских экспертиз “Национального бюро экспертиз”
НАН РА
0004, Ереван, пр. Адмирала Исакова, 24*

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания (burnout syndrome),
синдром хронической усталости, фаза напряжения,
фаза резистентности, фаза истощения

*Самый неблагодарный труд тот,
за который получаешь только
одни благодарности.
О.Е. Бобров*

Основатель учения о биоэтике В.Р. Поттер, анализируя проблемы взаимоотношений врача и пациента, врача и общества, врача и государства, выразился так: “При вступлении в третье тысячелетие мы все яснее осознаем дилемму, поставленную перед нами экспоненциальным ростом знания, которое не сопровождается ростом мудрости, необходимой для управления этим знанием” [цит. по 3].

В связи с бурным ростом биомедицинских технологий на современном этапе развития медицины растут и требования, предъявляемые обществом и государством к профессионализму врача. В 1974г. Н. Freudenberger описал феномен психологического состояния людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с пациентами при оказании профессиональной помощи, и дал ему название “burnout syndrome” [цит. по 30].

По определению: синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности [8, 36]. В качестве синонима нередко также используются термины: “синдром психического выгорания”, “профессиональное выгорание”, “синдром хронической усталости” [28]. Общими проявлениями СЭВ являются [29]:

- безразличие, эмоциональное истощение, изнеможение;
- дегуманизация;
- негативное самовосприятие в профессиональном плане.

СЭВ, в первую очередь, подвержены представители профессий, связанных с непосредственной работой с людьми и/или высокой ответст-

венностью за других (врачи, учителя, психологи, социальные работники, спасатели и т.п.) [16].

Работе врача присущи следующие особенности [4, 16]:

- работа врача требует значительных эмоциональных вложений, так как связана с общением с людьми (негативные эмоции, переживания, конфликты);
- работа врача требует интеллектуальных и временных вложений в учебу и непрерывное последипломное образование;
- работа врача связана с ночными дежурствами, ненормированным рабочим днем;
- в работе врача есть немало трудностей, связанных с ведением отчетности, что требует затрат времени и может быть источником конфликтов с руководством;
- необходимость финансового обеспечения себя и семьи нередко входит в конфликт с профессиональными стремлениями врача.

В настоящее время в доступной русско- и англоязычной литературе имеется огромное число публикаций, посвященных оценке СЭВ среди медицинских работников различных специальностей. Достаточно сказать, что в электронной базе данных PubMed [49] поиск по ключевому слову “burnout syndrome” выявил 624 статьи, в BioMed Central [39] – 127 статей, в Cochrane library [52] – 8 Систематических обзоров, в директории “Open Access Journals” [42] – 97 статей. Поиск в российской электронной базе данных “disserCat” [35] по ключевому слову “синдром эмоционального выгорания” выявил 512 диссертационных работ. К сожалению, отечественные исследователи не уделяют данной проблеме должного внимания. Так, при поиске в базе данных “Армянская медицина” [1] нами выявлено всего 2 работы [2, 25], непосредственно относящиеся к проблеме СЭВ. Из них одна [2] практически является рефератом лекции П.И. Сидорова, опубликованной в “Медицинской газете” в 2005г. [30].

Целью настоящей работы явилось проведение обзора данных литературы по проблеме СЭВ у медицинских работников. При этом мы попытались сгруппировать работы по критерию врачебной специальности.

В первую очередь наше внимание привлекла диссертационная работа А.Д. Доника [12], посвященная проблеме оценки СЭВ в аспекте социально-профессионального потенциала врача. В исследование были включены 527 студентов медицинских вузов и 311 врачей. Автор заключает, что одной из причин того, что 29,3% выпускников медицинских вузов уходят из медицины, является немотивированный выбор профессии. Оставшиеся подвержены постоянному влиянию стрессоров, обусловленных не только особенностями профессии, но и неадекватностью материального вознаграждения. Основными факторами риска СЭВ у будущих хирургов автор считает высокие показатели реактивной тревожности и субневротические расстройства. У будущих терапевтов такими факторами

являются: эмоциональная нестабильность, личностная тревожность, субклинические и клинические формы невротических состояний, а также высокие индексы враждебности.

Весьма интересными представляются исследования О.С. Яркой [37], которая, изучив психолого-акмеологические условия профессионального уровня развития субъектности (УРС) врача, выделяет два типа: с высоким и низким УРС. Выявлено, что врачи с ВУРС в трудных жизненных ситуациях чаще используют конструктивные копинг-стратегии: планирование решения проблемы и положительная переоценка. Врачи с НУРС чаще используют неконструктивную стратегию поведения: бегство от проблемы и «избегание» ее.

Большакова Т.В. [6], изучив причины развития СЭВ у 262 врачей различных специальностей, выделяет внешние и внутренние предпосылки. Внешние предпосылки: хронический эмоциональный стресс, нечеткая организация труда, рабочие перегрузки, недостаточная социальная поддержка. Внутренние предпосылки: интенсивная интериоризация, фрустрация мотивов профессии; личностные особенности.

В исследовании А.И. Губина с соавт. [10] объектом изучения явились 135 врачей: 100 травматологов, 15 гинекологов, 20 педиатров. Авторы заключают, что сформированный СЭВ наблюдается у около 10% обследованных врачей, а признаки СЭВ в той или иной степени выражены – у 1/3 врачей. В фазе напряжения наиболее выражен симптом “загнанность в клетку”: у врачей – 8%, у медсестер – 18%. В фазе резистентности доминирующими симптомами являются неадекватное эмоциональное реагирование: у врачей – 48%, у медсестер – 44%; редукция профессиональных обязанностей: у врачей – 32%, у медсестер – 41%. В фазе истощения ведущими симптомами являются эмоциональная отстраненность: у врачей – 13%, у медсестер – 24%.

А.Р. Галимов [9] в структуре факторов, вызывающих СЭВ у хирургов, ведущее место отдает чрезмерной трудовой нагрузке, ненормированному труду и слишком высокой ответственности за конечный результат труда. В то же время, хирурги отрицательно оценивают организацию труда, отношение руководителей к вопросам профилактики стресса, а также реальные возможности участвовать в принятии управленческих решений. Среди непроизводственных факторов стресса основное место занимает глубокое неудовлетворение противоречием между чрезвычайно высокой трудовой нагрузкой, его социальной значимостью и крайне низким экономическим эквивалентом.

А.П. Мальцева [24], изучив влияние хронических стрессовых факторов на состояние здоровья терапевтов, хирургов и реаниматологов, выявила увеличение тревоги, депрессии, конверсии. Автор заключает, что СЭВ в разной степени выраженности присутствует у всех обследованных врачей. В структуре синдрома преобладает стадия “резистентности”,

ассоциированная у хирургов с конверсионными реакциями, у терапевтов – с повышением уровня тревоги, а у реаниматологов – депрессией.

Следует отметить, что большинство публикаций посвящены оценке СЭВ у врачей медицины критических состояний [31]. И.О. Елькин в своей рецензии на статью [14] отмечает: “Во-первых, пациенты у реаниматологов самые тяжелые, это “последняя инстанция”, куда врач профильного отделения переводит больного. Во-вторых, реаниматолог “ведёт” пациента либо до стабилизации состояния, либо до смерти. В-третьих, работа реаниматологов сопоставима с трудом авиадиспетчеров, когда выбор единственно правильного решения ограничен узким временным интервалом. В-четвёртых, далеко не всегда удается предотвратить смерть пациента. И именно реаниматолог, честно и до конца выполнивший свою работу, вынужден принимать претензии близких умершего. В-пятых, реаниматологи относятся к своему физическому и эмоциональному состоянию гораздо безответственнее прочих медиков”.

Эмоциональное истощение у анестезиологов-реаниматологов встречается в 7 раз чаще, чем у других специалистов, а по числу суицидальных попыток их обошли только психиатры [27]. Очень ранимой у анестезиологов-реаниматологов оказывается не только психоземotionalная сфера, но и сердечно-сосудистая система. Так, у специалистов данного профиля в 4 раза чаще и на 8 лет раньше, чем у дерматологов, возникает ишемическая болезнь сердца [27]. К тому же определенная специфика части контингента больных, поступающих по экстренным показаниям (бомжи, наркоманы и другие асоциальные элементы), вызывает у некоторых врачей негативное отношение к таким лицам. Этому способствует и дефицит необходимых препаратов, когда врач вынужден делать выбор, какому больному ввести дефицитный препарат. Необходимость вести “отбор” больных тяжелым бременем ложится на анестезиолога-реаниматолога. По выражению И.П. Назарова [27]: “Выгоревший” специалист в медицине критических состояний смертельно опасен для пациентов!”

А.Е. Кулагин и А.М. Кулагина [18] с целью выявления выраженности и динамики СЭВ обследовали 322 анестезиолога-реаниматолога. Авторы заключают, что в структуре синдрома преобладает фаза резистентности (60%), что проявляется неадекватным избирательным реагированием и экономией эмоций на фоне редукции профессиональных обязанностей. Фаза истощения составляет 42,5% и проявляется эмоциональным дефицитом и личностной отстраненностью специалиста. Фаза напряжения составляет 26,7% и проявляется переживанием психотравмирующих обстоятельств. В основном СЭВ начинает развиваться после 5 лет работы по специальности и наиболее ярко выражен у врачей со стажем работы 11–20 лет.

И.П. Назаров и Н.В. Волошина [27] провели тестирование 110 анестезиологов-реаниматологов и 104 медсестер отделений ИТАР.

Исследования показали, что для смягчения психической травматизации, связанной с сопереживанием пациенту, идентификации себя с больным, врач пытается избежать контакта с пациентом путем назначения ему седативных препаратов, обезличивания, рационализации (отказ или сокращение разъяснений клинической ситуации больному). Этому способствует и порочная организация экстренной службы, когда анестезиолог по звонку из операционной “больной на столе” впервые встречается с пациентом в операционной.

П.Л. Дубовик и соавт. [13] к организационным факторам, способствующим развитию СЭВ у анестезиологов-реаниматологов, относят следующие:

- высокая рабочая нагрузка, недостаток рабочего времени;
- отсутствие или недостаток поддержки со стороны коллег и начальства;
- недостаточное вознаграждение за работу, как моральное, так и материальное;
- невозможность контроля рабочей ситуации и влиять на принятие решений;
- постоянный риск штрафных санкций (выговор, судебное преследование);
- однообразная, монотонная и бесперспективная деятельность;
- нерациональная организация рабочего места (шум, депривация сна и т.д.);
- необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие реальным (необходимость быть эмпатичным);
- отсутствие выходных, отпусков и интересов вне работы.

Интересные данные приводят А.Ю. Ловчев и В.А. Корячкин [20]. Авторы обследовали 122 анестезиолога-реаниматолога, разбив их на три группы в зависимости от стажа работы: первая – до 5 лет, вторая – от 5 до 10 лет и третья – более 10 лет. Отмечено, что во время ночных дежурств реакция сердечно-сосудистой системы у врачей со стажем работы до 5 лет на звонок внутрибольничного телефона более выражена, чем днём (очевидно, днём сказывается “прикрытие” в лице зав. отделением и опытных коллег). СЭВ был диагностирован у 80,6% врачей. При этом синдром четко коррелировал со стажем работы: у врачей со стажем работы до 5 лет он наблюдался в 12%, от 5 до 10 лет – 63,6%, более 10 лет – 77,5%. Практически более половины врачей со стажем работы более 10 лет находятся в стадии дезадаптации и нуждаются в психологической помощи.

По данным П.И. Миронова и Н.В. Асафьевой [26], СЭВ в различных стадиях отмечается примерно у 80% медсестер отделений ИТАР и у 50% врачей. У врачей, по сравнению с медсестрами, возраст и профессиональный стаж достоверно влияют на развитие СЭВ.

Имеется ряд работ, посвященных оценке СЭВ у неврологов,

психиатров и наркологов. Отмечается, что почти 80% психиатров и наркологов имеют признаки СЭВ различной степени выраженности, а 7,8% – резко выраженный синдром, ведущий к психосоматическим нарушениям. Среди психологов и психотерапевтов признаки СЭВ различной степени выраженности выявляются в 73% случаев; в 5% – определяется выраженная фаза истощения, которая проявляется эмоциональным истощением, психосоматическими и психовегетативными нарушениями [30].

Н.В. Криворот [17], изучив особенности стресса у неврологов, ведущими факторами риска для развития СЭВ определяет: конфликтные ситуации при взаимоотношении с коллегами (62,5% у мужчин и 79,4% у женщин); отсутствие понимания с стороны руководства (75,0% у мужчин и 82,4% у женщин), напряжение от работы с пациентами (62,2% у мужчин и 61,8% у женщин).

Л.В. Золотухина [15], изучив особенности психического здоровья у психиатров, отмечает, что СЭВ встречается в 73,2% случаев. На формирование СЭВ влияют следующие факторы: изначально негативное отношение к своей работе; случайный выбор профессии; высокая рабочая нагрузка; недостаточная поддержка со стороны коллег и начальства; низкий уровень заработной платы; необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие действительным; высокие уровни интроверсии, нейротизма и алекситимии; изначально неблагоприятное соматическое состояние.

Е.И. Лозинская [21], изучив факторы, влияющие на формирование СЭВ у психиатров, значимыми считает следующие аспекты: недостаточный уровень социальной поддержки, отсутствие условий для повышения квалификации, недостаток положительной обратной связи, недостаточный уровень персонального комфорта, нерациональная организация труда. Автор отмечает, что наиболее стрессовыми в профессиональной деятельности психиатров являются ситуации, связанные с отказом больного от лечения, а также при предъявлении родственниками нереальных ожиданий от результатов лечения.

В исследовании, проведенном Е.В. Фоминых [33], приняли участие 40 врачей – 20 психиатров и 20 психотерапевтов. Согласно результатам исследования, у психотерапевтов обнаружена относительно невысокая степень выгорания по сравнению с психиатрами. Фаза “напряжение” выявлена у 20% психотерапевтов, “резистенция” – 20%, “истощение” – 5%. Фаза “напряжение” выявлена у 25% психиатров, “резистенция” – 45%, “истощение” – 25%. Психотерапевты менее подвержены выгоранию как в силу организационных и содержательных аспектов профессиональной деятельности, так в силу имеющихся индивидуально-психологических различий.

В.В. Лукьянов [22], проведя обследование 117 врачей-наркологов,

отмечает, что для данной группы характерна относительно невысокая степень выраженности СЭВ. В то же время у части наркологов (29%) установлено наличие симптомов фазы истощения, из них у 10% – самой сформировавшейся степени.

Подвержены формированию СЭВ и другие категории медицинских работников, прежде всего те, кто осуществляет уход за тяжелыми больными с онкологическими заболеваниями, ВИЧ/СПИДом, в хосписах.

Так, Н.В. Эккерт [34], проанализировав организацию паллиативной помощи инкурабельным больным, выявила, что у врачей и медсестер хосписов доминировали: симптом “эмоционального дефицита” (66,1%), симптом “неудовлетворенности собой” (51,7%) и симптом “переживания психотравмирующих обстоятельств” (47,9%). СЭВ был в большей степени выявлен у медицинских работников, имеющих стаж работы от 11 до 20 лет. “Эмоциональный дефицит” наблюдался чаще у медсестер, чем у врачей.

Тем не менее следует отметить, что и среди врачей сравнительно “легких” специальностей (стоматологов, дерматологов, курортологов и т.п.) также возможно формирование СЭВ.

Так, А.В. Арутюнов в диссертационной работе, посвященной профилактике СЭВ в стоматологической практике [5], делает вывод о том, что СЭВ выявился у 8,1% врачей.

Т.Ю. Фокина [32] отмечает, что распространенность СЭВ среди стоматологов составляет 7,3%. Показано, что стоматологи в ситуации конфликта используют такие стратегии его разрешения, как “избегание” (у женщин) и “соперничество” (у мужчин). Характерным является то обстоятельство, что для стоматологов несвойственно в конфликтной ситуации поступаться своими интересами в пользу партнера.

Результаты обследования стоматологов, проведенного Л.И. Ларенцовой и соавт. [19], показывают, что 38,2% из 272 врачей не подвержены СЭВ, 61,8% имеют высокую степень выгорания хотя бы по одной из шкал, из них 8,1% – по всем трем шкалам. Авторы заключают, что специфика профессиональной деятельности стоматолога способствует, а зачастую просто провоцирует, формирование у него СЭВ.

Ш.М. Мадиева [23] к немодифицируемым факторам риска развития СЭВ у дерматологов относит пол, возраст, личностные особенности, а к модифицируемым – отношения с коллегами и руководством, нагрузки, конфликты, мотивацию, взаимоотношения в семье, квалификацию, стаж работы.

Е.В. Гусакова и И.В. Пискунова [11] оценили симптомы СЭВ и степень его выраженности у медицинского персонала реабилитационного комплекса. В группе медсестер отмечается более глубокий СЭВ (21%), чем в группе врачей (13,5%). Наличие высшего образования снижает риск развития СЭВ, так как дает врачам широкий спектр способов решения

проблем, возникающих в процессе работы. Тем самым снижается неудовлетворенность собой, тревога и депрессия. Кругозор врача шире и позволяет более адекватно реагировать на сложившуюся ситуацию и находить эффективные пути преодоления “выгорания”.

Как свидетельствуют исследования Д.Л. Васина [7], 79,8% медработников службы танатопрактики считали, что психологический микроклимат в коллективе дружелюбный, хотя и появились элементы конкуренции. 40,0% работников, занимающихся перевозкой трупов, имели симптом переживания психотравмирующих обстоятельств; 37,0% – “загнаны в клетку”; 11,4% – испытывают тревогу и депрессию.

Как свидетельствуют нижеприведенные данные, проблеме СЭВ среди медработников различных специальностей большое внимание уделяется и со стороны англоязычных авторов [38-41, 43-48, 50, 51, 53].

Так, исследования Le Gall J.R. et al. [47] показывают, что тяжелая степень СЭВ имеется примерно у 50% врачей и у 30% медсестер отделений ИТАР (Париж, Франция). Причиной развития СЭВ у врачей являются, в основном, чрезвычайно высокая рабочая нагрузка (продолжительность рабочего времени, количество ночных смен и время с момента последнего отпуска), в то время как у медсестер причины кроются в организации работы отделений ИТАР. Конфликты с администрацией были независимыми предикторами тяжелой степени СЭВ как у врачей, так и у медсестер.

Heinke W. et al. [44] отмечают, что несмотря на достаточно высокий риск развития СЭВ у анестезиологов (40,1%), он тем не менее не выше, чем у специалистов других профессиональных групп (Лейпциг, Германия). Риск развития СЭВ у молодых врачей-анестезиологов был выше, чем для более опытных врачей со стажем 10-20 лет.

Исследование Tironi M.O. et al. [53] показали, что чрезвычайная рабочая нагрузка, высокий процент дежурств у врачей ИТАР (Сальвадор, Бразилия) ассоциированы с низким уровнем доходов. Распространенность СЭВ среди врачей ИТАР составила 7,4% и была более тесно связана с психологическими аспектами работы, чем с ее контролем. У врачей с высоким уровнем стресса (высокие требования и низкий контроль) распространенность СЭВ в 10,2 раза выше, чем у врачей с низким уровнем стресса (низкие требования и высокий контроль).

Целью исследования Di Iorio B. et al. [41] являлся анализ удовлетворенности персонала диализного отделения (Солофра, Италия) своей работой. В исследование было включено 72 врача и 226 медсестер, а также 2170 пациентов. Результаты исследования показали, что большая часть персонала не получала консультацию о неопределенности и сроках ожидания трансплантации (несоответствующих реальным). Эти факторы явились причинами появления чувства раздражения и недовольства у пер-

сонала и наравне с техническими и экологическими факторами служили серьезными детерминантами развития СЭВ.

В исследовании, проведенном Lederer W. et al. [46], участвовали 33 врача и 150 медсестер отделений ИТАР (Инсбрук, Австрия). 63 участника (34,4%) имели риск развития СЭВ, а у 11 (6,0%) была выявлена сформировавшаяся степень СЭВ. Статистически значимых различий в распространенности СЭВ в зависимости от возраста, пола, стажа работы и семейного положения не было выявлено. Желание выбрать ту же профессию было значительно меньше у респондентов с развитой степенью СЭВ.

В исследовании, проведенном Tanriverdi O. [51], показано, что частота развития депрессии и СЭВ растет среди онкологов (Мугла, Турция). Предлагается ряд решений для психологического обеспечения условий работы онкологов и других специалистов, обеспечивающих помощь онкологическим больным, а также делается попытка разработать идеальную модель коммуникации “пациент – врач”.

Mion G. et al. [48], проанализировав 1603 ответа на анкеты, размещенные на сайте Французского общества анестезиологов, пришли к выводу, что у 62,3% респондентов имелся СЭВ. Развитие СЭВ было ассоциировано с фрагментированием сна, межличностными конфликтами, психическими прецедентами, суицидальными идеями, депрессией, алкоголем, употреблением наркотиков и несчастными случаями после ночной смены.

В исследовании Bragard I. et al. [40] оценивалось влияние двух учебных программ по профилактике СЭВ у врачей-онкологов. Статистически значимого влияния учебных программ на частоту развития СЭВ не наблюдалось. Авторы заключают, что содержание таких программ должно быть пересмотрено для оптимизации мер профилактики СЭВ.

В настоящее время эпидемиология СЭВ в среде медицинских работников отечественного здравоохранения практически не изучена. С данным синдромом незнакомы не только врачи и организаторы здравоохранения, но и преподаватели, занимающиеся дипломным и последипломным образованием врачей и медсестер.

Таким образом, актуальность изучения этиопатогенеза, ранней диагностики, адекватного лечения и профилактики синдрома эмоционального выгорания среди медицинских работников Армении неоспорима. Во-первых, этот синдром является независимым предиктором ненадлежащего оказания медицинской помощи, во-вторых – важной медико-социальной проблемой разрушения личности специалистов здравоохранения.

Поступила 08.05.13

Հուգական իսպառ այրման համախտանիշ

Ա.Ն. Հովսեփյան

Գրականության տեսության մեջ դիտարկված են հուգական իսպառ այրման համախտանիշի (ՀԻԱՀ) հիմնախնդիրները, որոնք առկա են միջազգային բժշկագիտության ոլորտում: Ներկայացված է ՀԻԱՀ-ի տարածվածությունը տարբեր մասնագիտությամբ բժիշկների շրջանում: Ցույց է տրված, որ հայրենական գիտնականները պատշաճ ուշադրություն չեն դարձնում այդ չափազանց կարևոր խնդրին: Շեշտադրվում է ՀԻԱՀ-ի զարգացման ռիսկի գործոնների, ախտաձագման, կլինիկական պատկերի և կանխարգելման ուսումնասիրության անհրաժեշտությունը հայ բժիշկների մոտ:

Burnout Syndrome

A.N. Hovsepyan

In the review, the problems of burnout syndrome (BS) existing in the field of scientific medicine are discussed. BS prevalence among the various health professionals is presented. It is also pointed that local scientists do not pay sufficient attention to this very important issue. In the study the need to investigate among the Armenian physicians the risk factors, pathogenesis, clinical situation and prevention of the BS development is emphasized.

Литература

1. «Հայկական բժշկություն»: www.medlib.am
2. *Մարգարյան Ա.* Հուգական այրման համախտանիշը // Դեղեր և բժշկություն = Лекарства и медицина. 2009, 4, с. 23-30.
3. *Ներսիսյան Լ.Ա., Խաչատրյան Զ.Ա., Մկրտչյան Ս.Ա.* Կենսաէթիկայի ներածություն: Երևան: Գիտություն, 2012. – 444 էջ:
4. *Авхименко М.М.* Некоторые факторы риска труда медика. Медицинская помощь. М., 2003, 2, с. 25-29.
5. *Арутюнов А.В.* Изучение синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов и методы его профилактики. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2004.
6. *Большакова Т.В.* Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников. Дис. ... канд. психол. наук. Ярославль, 2004.
7. *Васин Д.Л.* Научное обоснование системы оздоровления медицинских работников службы скорой медицинской помощи по танатопрактике. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2011.
8. *Водопьянова Н.Е. Старченкова Е.С.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб., 2008.
9. *Галимов А.Р.* Стресс на работе у врачей-хирургов и его профилактика. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2006.
10. *Губин А.И., Евдокимов В.И., Зайцев Д.В., Ценных Е.А.* Изучение профессиональной адаптации медицинских работников. Вестник психотерапии, 2008, 27

- (32), с. 46-61.
11. Гусакова Е.В., Пискунова И.В. Синдром эмоционального выгорания у медицинского персонала реабилитационного комплекса. ФГУ “РНЦ восстановительной медицины и курортологии”. <http://www.sanatoria.ru/text.php?id=398>
 12. Доники А.Д. Интериоризация профессиональной роли врача: социальные, психологические и соматические детерминанты. Дис. ... докт. соц. наук. Волгоград, 2010.
 13. Дубовик П.Л., Вартапов В.Я., Хлебников Б.А. и соавт. Синдром эмоционального выгорания в анестезиологии-реаниматологии. Тольяттинский медицинский консилиум. 2011, 3-4. <http://www.critical.ru/toliatti/page>
 14. Елькин И.О. Рецензия на статью “Распространенность и характеристика синдрома «эмоционального выгорания» у персонала отделений интенсивной терапии”. Интенсивная терапия, 2007, 3. <http://www.icj.ru/2007-03-06rec.html>
 15. Золотухина Л.В. Особенности психического здоровья врачей-психиатров с синдромом профессионального выгорания. Дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2011.
 16. Карасева О. Синдром выгорания в работе врачей. <http://medstrana.com/articles/3040/>
 17. Криворот Н.В. Методы диагностики и профилактики профессионального стресса у врача-невролога. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2004.
 18. Кулагин А.Е., Кулагина А.М. Синдром эмоционального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов. Новые технологии в анестезиологии и интенсивной терапии. Тезисы докладов VI съезда анестезиологов-реаниматологов. Вып. VI. Минск, 2008, с. 95-96.
 19. Ларенцова Л.И., Максимовский Ю.М., Соколова Е.Д. Синдром “эмоционального выгорания” (burnout) у врачей-стоматологов. Новая стоматология, 2002, 2, с. 97-99.
 20. Ловчев А.Ю., Корячкин В.А. Синдром выгорания как проявление профессионального стресса в трудовой деятельности врачей анестезиологов-реаниматологов. Всероссийский съезд “Современные направления и пути развития анестезиологии-реаниматологии в Российской Федерации”, М., 2006, с.6-7.
 21. Лозинская Е.И. Синдром перегорания и особенности его формирования у врачей-психиатров. Дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2007.
 22. Лукьянов В.В. Защитно-совладающее поведение и синдром “эмоционального выгорания” у врачей-наркологов, их коррекция и влияние на эффективность лечения больных. Дис. ... докт. психол. наук. СПб., 2007.
 23. Мадиева Ш.М. Неврологические проявления профессионального стресса в практике дерматолога. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2006.
 24. Мальцева А.П. Клиническая характеристика психовегетативного синдрома, связанного с профессиональной деятельностью врача. Дис. ... канд. мед. наук. Пермь, 2008.
 25. Маркарян А.Г., Мардяян М.А., Нариманян М.З. Пути профилактики последствий хронической усталости на состояние здоровья врачей. Современные аспекты реабилитации в медицине. Мат. V междунар. конф. НИИ курортологии и физической медицины МЗ РА. 2011, с. 181-182.
 26. Миронов П.И. и Асафьева Н.В., Распространенность и характеристика синдрома “эмоционального выгорания” у персонала отделений интенсивной терапии. Интенсивная терапия, 2007. 3. <http://www.icj.ru/2007-03-06.html>
 27. Назаров И.П., Волошина Н.В. Синдром эмоционального выгорания персонала отделений анестезиологии и реаниматологии. Современные проблемы анестезиологии и интенсивной терапии, Красноярск, 2011, с. 92-98.
 28. Орел В.Е. Феномен “выгорания” в зарубежной психологии: эмпирические исследования. Психологический журнал, 2001, т. 22, 1, с. 90-101.
 29. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях. Психологический журнал, 2002, т. 23, 3, с. 85-95.
 30. Сидоров П.И. Синдром эмоционального выгорания. Медицинская газета, 2005, 43.

31. Федоровский Н.М., Григорьева О.М. К вопросу о «синдроме профессионального выгорания» у анестезиологов-реаниматологов. Вестник интенсивной терапии. 2004, 5, с. 65–66.
32. Фокина Т.Ю. Личностно-психологические аспекты синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2009.
33. Фоминых Е.В. Синдром выгорания у врачей, оказывающих психиатрическую помощь. Вестник психоанализа, 2011, 1, с. 169-172.
34. Эккерт Н.В. Научное обоснование организационно-функциональной модели системы паллиативной помощи населению. Дис. ... докт. мед. наук. М., 2010.
35. Электронная библиотека диссертаций. <http://www.dissercat.com>
36. Юдичц Ю.А. К проблеме профессиональной деформации. Журнал практического психолога, 1998, 7, с. 28-36.
37. Яркина О.С. Субъектность как психолого-акмеологическое условие личностно-профессионального развития врача. Дис. ... канд. психол. наук. Тамбов, 2009.
38. Andersen I., Borritz M., Christensen K.B. et al. Changing job-related burnout after intervention-a quasi-experimental study in six human service organizations. J. Occup. Environ. Med., 2010, Vol. 52, Issue 3, p. 318-23.
39. BioMed Central. <http://www.biomedcentral.com>
40. Bragard I., Libert Y., Etienne A.M., Merckaert I. et al. Insight on variables leading to burnout in cancer physicians. Journal of Cancer Education: the official journal of the American Association for Cancer Education, 2010, Vol. 25, p. 109-15.
41. Di Iorio B., Cillo N., Cucciniello E., Bellizzi V. Burn-out in the dialysis unit. J. Nephrol., 2008, Vol. 21, Suppl 13, p. 158-62.
42. DOAJ (Directory of Open Access Journals). <http://www.doaj.org>
43. Gabbe S.G., Webb L.E., Moore D.E., Mandel L.S. et al. Can mentors prevent and reduce burnout in new chairs of departments of obstetrics and gynecology: results from a prospective, randomized pilot study. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2008, Vol., 198, 6, p. 653-7.
44. Heinke W., Dunkel P., Braehler E., Nubling M. et al. Burnout in anesthesiology and intensive care: is there a problem in Germany? Anaesthesist, 2011, Vol. 60 (12), p. 1109-18.
45. Kinzl J.F., Traweger C., Biebl W., Lederer W. Burnout and stress disorders in intensive care doctors. Dtsch. Med. Wochenschr., 2006, Vol. 131 (44), p. 2461-4.
46. Lederer W., Kinzl J.F., Traweger C., Dosch J., Sumann G. Fully developed burnout and burnout risk in intensive care personnel at a university hospital. Anaesth. Intensive Care, 2008, Vol. 36 (2), p. 208-13.
47. Le Gall J.R., Azoulay E., Embriaco N., Poncet M.C., Pochard F. Burn out syndrome among critical care workers. Bull. Acad. Natl. Med., 2011, Vol. 195 (2), p. 389-97.
48. Mion G., Libert N., Journois D. Burnout-associated factors in anesthesia and intensive care medicine. 2009 survey of the French Society of anesthesiology and intensive care. Ann. Fr. Anesth. Reanim., 2013, Vol. 32 (3), p. 175-88.
49. PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
50. Stenlund T., Birgander L.S., Lindahl B., Nilsson L., Ahlgren C. Effects of Ongong in patients with burnout : a randomized controlled trial. Journal of rehabilitation medicine: official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine, 2009, Vol. 41, 9, p. 761-7.
51. Tanriverdi O. A medical oncologist's perspective on communication skills and burnout syndrome with psycho-oncological approach (to die with each patient one more time: the fate of the oncologists). Med. Oncol., 2013, Vol. 30 (2), p. 530.
52. The Cochrane library: <http://www.thecochranelibrary.com>
53. Tironi M.O., Nascimento Sobrinho C.L., Barros De S., Reis E.J. et al. Professional Burnout Syndrome of intensive care physicians from Salvador, Bahia, Brazil. Rev. Assoc. Med. Bras., 2009, Vol. 55 (6), p. 656-62.