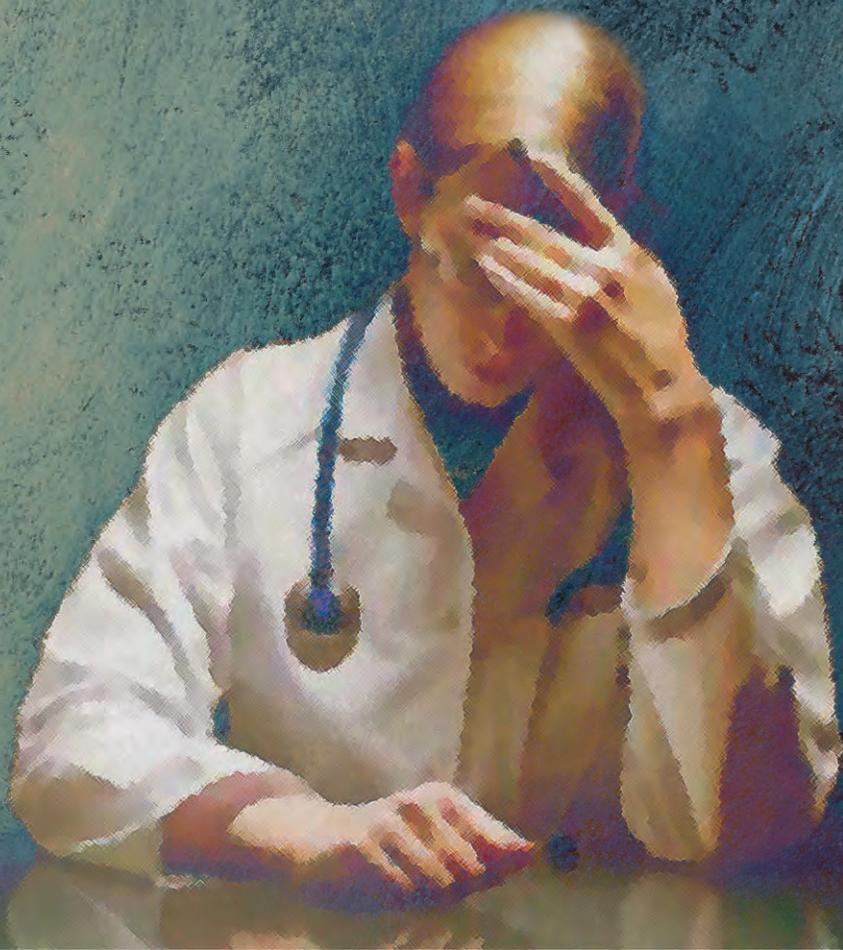


Н.В. Говорин, Е.А. Бодагова

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
Читинская государственная медицинская академия

Н. В. Говорин, Е. А. Бодагова

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ
И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ**

Издательство «Иван Федоров»

Томск, Чита

2013

УДК 616.89:614.25-056.32-0825
ББК Р64-8+Р11(2)п91
Г 577

Рецензенты:

Л. М. Барденштейн – д. м. н., профессор, Заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ

А. Б. Шмуклер – д. м. н., профессор, главный научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» МЗ РФ

Г 577 **Говорин Н. В., Бодагова Е. А.** Психическое здоровье и качество жизни врачей. – Томск, Чита : Изд-во «Иван Фёдоров», 2013. – 126 с.

ISBN 978-5-91701-079-3

В настоящей монографии представлены результаты исследования психического здоровья и качества жизни врачей. Работа содержит данные по распространенности невротических расстройств, тревожности, синдрома эмоционального выгорания, наркологических расстройств среди врачей, а также результаты изучения качества жизни и социального функционирования данной профессиональной категории. Анализ был проведен с учетом стажа работы врачей, профессионально-профильных и гендерных особенностей. Авторами изучена распространенность наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя среди врачей, а также проанализирована взаимосвязь алкогольных расстройств с показателями психического и соматического здоровья. Определены значения показателей социального функционирования врачей, установлены корреляционные взаимосвязи между этими данными и показателями психического и наркологического здоровья медицинских работников. Для организаторов здравоохранения, психиатров, наркологов, психотерапевтов, а также специалистов других врачебных специальностей.

УДК 616.89:614.25-056.32-0825
ББК Р64-8+Р11(2)п91

ISBN 978-5-91701-079-3

© Говорин Н. В., Бодагова Е. А., 2013

© ГБОУ ВПО «Читинская ГМА» МЗ РФ, 2013

Ministry of Healthcare of Russian Federation
State Budgetary Educational Institution of
High Professional Education
Chita State Medical Academy

N. V. Govorin, E. A. Bodagova

**MENTAL HEALTH
AND QUALITY OF LIFE OF DOCTORS**

Publishing House «Ivan Fedorov»

Tomsk, Chita

2013

УДК 616.89:614.25-056.32-0825
ББК P64-8+P11(2)n91
Г 577

Reviewers:

L. M. Bardenstein – MD., professor, Honored Doctor of RF, Head of Psychiatry and Addiction Psychiatry Department of «Moscow A. I. Evdokimov's State Medico-Dentistry University» MH of RF

A. B. Shmukler – MD, professor, chief researcher of Community Psychiatry and Psychiatric Help Organization Department of «Moscow Psychiatry Research Institute» MH of RF

Г 577 **Govorin N. V., Bodagova E. A.** Mental health and quality of life of doctors. – Tomsk, Chita : Publishing House «Ivan Fedorov», 2013. – 126 p.

ISBN 978-5-91701-079-3

This monograph introduces results of examination of mental health and quality of life of doctors. Paper contains data on prevalence of neurotic disorders, anxiety, emotional burnout syndrome, substance use disorders among doctors as well as on study of quality of life and social functioning of this professional category. Analysis has been conducted with account for experience of work, professional-profile and gender peculiarities. Authors have studied prevalence of addictive pathology associated with alcohol use among doctors as well as have analyzed interrelationship of alcohol use disorders with indices of mental and somatic health. Values of indices of social functioning of doctors have been identified, correlation interrelationships between these data and indices of mental and addictive health of healthcare professionals have been found. For healthcare organizers, psychiatrists, addictologists, psychotherapists as well as specialists of other medical specialties.

УДК 616.89:614.25-056.32-0825
ББК P64-8+P11(2)n91

ISBN 978-5-91701-079-3

© Govorin N. V., Bodagova E. A., 2013

© «Chita SMA» MH of RF, 2013

Список сокращений

ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
БКМС	– Болезни костно-мышечной системы
БОВ	– Болезни органов выделительной системы
БОП	– Болезни органов пищеварительной системы
БСК	– Болезни системы кровообращения
БЭС	– Болезни эндокринной системы
КЖ	– Качество жизни
ПАВ	– Психоактивные вещества
СЭВ	– Синдром эмоционального выгорания
ФИ	– Фаза истощения
ФН	– Фаза напряжения
ФР	– Фаза резистенции
ША	– Шкала астении
ШВ	– Шкала вегетативных нарушений
ШД	– Шкала невротической депрессии
ШИ	– Шкала истерического типа реагирования
ШО	– Шкала обсессивно-фобических нарушений
ШТ	– Шкала тревоги
BP (Bodily Pain)	– Шкала телесной боли
GH (General Health)	– Шкала общего состояния здоровья
MH (Mental Health)	– Шкала психического здоровья
PF (Physical Functioning)	– Шкала физического функционирования
RE (Role Emotional)	– Шкала эмоционального функционирования
RP (Role Physical)	– Шкала ролевого физического функционирования
SF (Social Functioning)	– Шкала социального функционирования
VT (Vitality)	– Шкала жизнеспособности

Введение

Здоровье до того перевешивает все остальные блага жизни, что поистине здоровый нищий счастливее больного короля.

Артур Шопенгауэр

Проблема ухудшения показателей здоровья работающего населения России является центральной в ряду неотложных государственных задач, решение которых направлено на стабилизацию демографической ситуации и укрепление национальной безопасности (Камаев И. А. и др., 2008). Следует отметить, что в настоящее время отмечается повсеместное снижение психического здоровья населения России (Отчет Европейской конференции ВОЗ на уровне министров, 2006). При этом исследование психического здоровья трудоспособного населения страны в период радикального социально-экономического реформирования приобретает особое значение (Дмитриева Т. Б., 2002, 2008), ведь недостаточное внимание государства к этой проблеме приводит к существенным потерям в обществе, финансах, на производстве, снижению обороноспособности страны (Куприянова И. Е. и др., 2007; Дмитриева Т. Б., 2008; Говорин Н. В., 2012; Сахаров А. В., 2012).

Все большее количество отечественных и зарубежных авторов указывают на необходимость тщательного изучения психического здоровья медицинских работников (Тищенко П. Д., 2000; Россинский Ю. А. и др., 2008; Асланбекова Н. В., 2008; Шарова О. Н. и др., 2009; Башмакова О. В., 2010; Золотухина Л. В., 2011; Бердяева И. А. и др., 2012; Болучевская В. В. и др., 2012; Chan O. M., 2004; Tillet R., 2004; Tokuda Y. et al., 2009). Такое внимание к состоянию здоровья врачей является вполне обоснованным, так как врачебная профессия обладает огромной социальной важностью, поскольку на медицинских работников ложится ответственность не только за физическое здоровье пациента, доверившего им свою жизнь, но и за его психическое здоровье и социально-психологическую адаптацию (Большакова Т. В., 2004).

В условиях медицинской профессиональной деятельности личность врача подвергается постоянному давлению со стороны психотравмирующих обстоятельств – высокие психоэмоциональные, умственные и физические перегрузки, всевозрастающая ответственность за здоровье и жизнь пациентов, осознание границ врачебных возможностей, недостаток времени.

К ним же присоединяются и социальные фрустрирующие факторы – низкая оплата труда, необеспеченность жильем, психологическое давление администрации лечебных учреждений, нарастание социального напряжения в обществе, продолжающиеся реформы в здравоохранении, которые, в свою очередь, приводят к проблемам собственного здоровья врачей и, соответственно, ведут к ухудшению качества оказываемой медицинской помощи населению, оттоку врачебных кадров из отрасли, падающему престижу профессии (Ситдииков З. А., 2001; Измеров Н. Ф., 2005; Сорокина М. Г., 2006; Кайбышев В. Т., 2007; Камаев И. А. и др., 2008; Сычев М. А., 2008; Квасов А. Р. и др., 2009).

Известно, что среди врачей отмечается повышенная заболеваемость психическими расстройствами, часто встречаются тревожные нарушения, депрессии, суицидальные попытки, психосоматические расстройства, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами, что, безусловно, отражается на их профессиональной деятельности (Тищенко П. Д., 2000; Юрьева Л. Н., 2006; Асланбекова Н. В., 2008; Башмакова О. В., 2010; Винокур В. А., 2010; Дресвянников В. Л. и др., 2010; Tillet R., 2004). Также в исследованиях последних десятилетий как зарубежные, так и отечественные авторы в качестве одного из важнейших показателей психического здоровья населения рассматривают качество жизни и социальное функционирование (Гурович И. Я. и др., 2004, 2010; Чуркин А. А. и др., 2005; Tillet R., 2004). Не менее важной является проблема качества жизни и здоровья самих врачей (Большакова Т. В. и др., 2001; Алексеев А. А. и др., 2003; Большакова Т. В., 2004; Ефименко С. А., 2004; Водопьянова Н. Е., 2005), поскольку при ухудшении качества жизни утрачивается трудовая мотивация, являющаяся системостимулирующим фактором всей жизнедеятельности человека (Величковский Б. Т., 2005).

В то же время проблема психического здоровья врачей, качества их жизни и профилактики данного круга расстройств стала открыто звучать совсем недавно, особенно в нашей стране. При этом и в большинстве европейских стран не разработаны «правила» сохранения психического здоровья и психопрофилактические рекомендации для врачей. В частности в работах немецких психологов подчеркивается, что уровень охраны психического здоровья медицинских работников в Германии находится примерно на том же уровне, что был в 60-х гг. (Resch M., 2003).

При очевидной значимости изучения психического здоровья и качества жизни врачей с целью сохранения и улучшения их здоровья, специальных исследований, посвященных комплексному анализу психического здоровья и качества жизни врачей в Забайкальском крае, до настоящего времени не проводилось. Также отсутствуют достоверные сведения о распространенности наркологической патологии среди медицинских работников лечебных учреждений Забайкальского края.

Следует отметить, что Забайкальский край – это особый регион, который находится под прессом экономических, социальных и экологических проблем, что влечет за собой более высокий уровень потерь здоровья, рост психических и поведенческих расстройств, убийств и самоубийств (Говорин Н. В., 2006—2012). Так, показатели распространенности суицидов в Забайкалье в 2,5—3 раза превышают среднероссийские. По распространенности суицидов сейчас регион занимает четвертое место в РФ, а в 2009 г. занимал вторую позицию после Чукотского автономного округа (Ступина О. П., 2012). Показатель заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя в крае в 2011 г. был равен 91,3 на 100 тысяч населения, что на 27,5 % выше показателя по России, а показатель болезненности алкоголизмом и алкогольными психозами на 14,9 % выше показателя по России (Сахаров А. В., 2012).

Представленные в коллективной монографии данные являются результатом собственных эпидемиологических исследований авторов, они в значительной степени дают объективную оценку состояния психического здоровья и качества жизни тех, кто сегодня стоит на страже здоровья населения и, как свидетелям, получают результаты, сами остро нуждаются в помощи.

Нами впервые проведен комплексный анализ состояния психического здоровья и качества жизни врачей лечебных учреждений Забайкальского края. Изучена распространенность наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя среди врачей данного региона, а также проанализирована взаимосвязь алкогольных расстройств с показателями психического и соматического здоровья. Определены значения показателей социального функционирования врачей, установлены корреляционные взаимосвязи между этими данными и показателями психического и наркологического здоровья медицинских работников.

Результаты исследования могут способствовать привлечению внимания региональных и государственных органов власти к проблемам психического здоровья и неудовлетворительного социального функционирования врачей с целью сохранения и укрепления психического здоровья, улучшения качества оказываемой медицинской помощи населению и восстановления профессионального престижа врачебной специальности. Нарастающий в отрасли дефицит врачебных кадров во многом обусловлен низкой финансовой обеспеченностью врачебного труда, отсутствием социального жилья, нарастающими психоэмоциональными и физическими перегрузками. Без решения указанных проблем проводимые в органах здравоохранения реформы не будут в полной мере эффективными, ибо именно в медицине «кадры решают все», и человеческий фактор является определяющим.

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ

Состояние здоровья, уровень «стрессирования» и ухудшение качества жизни врачей в последнее время все больше привлекает внимание специалистов в здравоохранении. В разных странах темпы изучения данной проблемы значительно отличаются. В Европе, в отличие от США, данной тематике стали уделять внимание совсем недавно. Как отметил М. Resch (2003), уровень изучения качества жизни и здоровья среди врачей в Германии находится в начале XXI века на том же уровне, что в США в 60-е гг. прошлого века. В России степень освещенности данной проблемы еще ниже.

Нетрудоспособность врача, по определению Американской медицинской ассоциации, есть неспособность практиковать имеющего необходимый объем навыков врача по причине соматического или психического заболевания, включая алкоголизм и наркотическую зависимость (American Medical Association Council on Mental Health, 1973). В последние десятилетия переход нашей страны на рыночные отношения, нарастание социального напряжения в обществе, резкое уменьшение финансирования здравоохранения и снижение жизненного уровня медицинских работников негативно влияли на их здоровье и профессиональную заболеваемость (Сорокина М. Г., 2006).

Эффективное функционирование любой службы здравоохранения требует, чтобы поддерживалось хорошее состояние здоровья ее сотрудников. Известно, что среди медицинских работников отмечается повышенная заболеваемость психическими расстройствами, а неопубликованные данные свидетельствуют о том, что это отражается, в свою очередь, на их профессиональной деятельности (Tillet R., 2004).

Недавние исследования в Японии показали, что все больше врачей уходят из больниц по причине тяжелых условий труда и переходят или в госпитали с частичной занятостью или на частную практику (Komatsu H., 2006). Исследователи пишут о том, что данная проблема актуальна как для городов, так и для сельской местности. Из-за нехватки терапевтов стационары оказывают помощь в меньшем объеме, что, в конечном счете, приводит к сокращению врачебных ставок (Tanabe I., 2007).

В работе J. Firth-Cozens et al. (1997) было выявлено, что около трети врачей оказывают пациентам меньший по сравнению со стандартами объем помощи из-за связанных со стрессом причин. В 48,8 % случаев причиной недостаточной помощи пациентам у врачей общей практики была усталость.

Во многих исследованиях подчеркивается, что высокий уровень стресса и низкая удовлетворенность работой ухудшает состояние психического здоровья врачей, что, в свою очередь, ухудшает качество помощи, оказываемой пациентам. Получается круговая взаимосвязь, так как оказание помощи пациенту в неполном объеме оказывает негативное действие на психическое состояние врача (Rout U., 1999; Kirkcaldy B., 2002; Chan OMA, 2004). Отрицательные эмоции на работе и плохое настроение врача затрудняют формирование взаимоотношений между врачом и пациентом, снижают качество оказываемой помощи. Кроме того, данные факторы являются одной из причин высокого оборота кадров и уровня прогулов среди врачей, что снижает качество помощи и увеличивает стоимость лечения врачами первого звена здравоохранения (Buchbinder S. B., 2001). Также работа врачей связана с обязательной пропагандой здорового образа жизни населению, и от настроенности и приверженности врачей к жесткому контролю собственных факторов риска зависит формирование мотивации врачей к коррекции факторов риска у своих пациентов (Firth-Cozens J., 2001).

Кроме того, было доказано, что психические нарушения отрицательно сказываются на обучаемости врачей, для которых последипломное образование имеет гораздо большее по сравнению с другими специальностями значение (Tyssen R., Vaglum P., 2002). Существует мнение, что работники здравоохранения должны находиться под строгим контролем употребления психоактивных веществ (ПАВ) в целях безопасности пациента и снижения риска врачебных ошибок (Rivers P. A., Bae S., 1998).

1.1. Факторы риска развития психических заболеваний, связанные с профессией врача

Во многих работах указывается на важность понимания механизма синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) и ухудшения психического здоровья среди врачей, а также выявления факторов риска в их текущей работе, так как это даст возможность проводить эффективную профилактику для их выявления

и улучшения психического здоровья медицинских работников (Юрьева Л. Н., 2004; Лукьянов В. В., 2007; Волобаев В. М., 2008; Шарова О. Н. и др., 2009; Дресвянников В. Л. и др., 2010; Сошновская Е. В., 2010; Золотухина Л. В., 2011; Caplan R. P., 1994; Khuwaja A. K., 2004; Tokuda Y., 2009). Высокий уровень психологических проблем и депрессий среди медицинских работников обусловлен целым рядом факторов. К ним относятся как факторы, связанные с образованием и профессиональной деятельностью, так и личностные характеристики (Капцов В. А., 1985; Дресвянников В. Л. и др., 2010; Firth-Cozens J., 2001; Newbury-Birch D., Kamali F., 2001; Graske J., 2003).

Ю. А. Россинским и др. (2008) были обозначены факторы риска развития невротических, аддиктивных расстройств, в том числе и синдрома эмоционального выгорания у врачей стационарного профиля. Так, все выявленные факторы риска были разделены на внешние физические – операциональная напряженность, нарушение суточных и околосуточных ритмов, повышенные рабочие нагрузки; внешние психические факторы – ситуации переживания отрицательных эмоций, дефицит положительных эмоций, профессиональная эмоциональная эмпатия. К внутренним психическим факторам риска авторами был отнесен такой психологический феномен, как «перенос». Суть этого варианта психологической защиты заключается в том, что собственная внутренняя неудовлетворенность собой, формирующаяся в результате длительного психоэмоционального напряжения и хронической усталости, проецируется на пациентов, коллег, администрацию и, соответственно, вызывает неудовлетворенность этими отношениями и профессией в целом.

Труд большинства врачей характеризуется значительной интеллектуальной нагрузкой, в ряде случаев он сопровождается большими физическими усилиями, но всегда предъявляет повышенные требования к объему оперативной и долговременной памяти, вниманию, выносливости, длительному сохранению работоспособности, а также к совокупности личностных качеств врача, позволяющих ему в течение всего профессионального стажа работать в контакте с больными людьми с сохранением необходимого уровня профессионализма и сострадания (Клебанова В. А., 1993; Friedlander G., 2003). Также медики отмечают в качестве стрессоров и другие факторы: напряженный ритм работы (его влияние на личную жизнь), недостаточность ресурсов, неадекватные методы управления, постоянные реорганизации,

отсутствие карьерного роста, неадекватные формы поддержки и контроля, недостаточная возможность влиять на условия работы (Tillet R., 2004).

За рубежом основными источниками стресса для врачей общей практики является дефицит времени, возникновение различных препятствий к выполнению врачебной деятельности, решение административных вопросов, общение с трудными пациентами, конфликты дома и на работе (Newbury-Birch D., 2001; Simoens S., 2002; Chan O. M. A., 2002; Bovier P. A., 2003). К. Н. Bachmanetal (1999) пишет о том, что основным источником постоянного стресса является неопределенность в диагностике, связанная с возможностью неправильного принятия решения.

В одном из отечественных исследований среди отрицательно влияющих на здоровье факторов, связанных с врачебной профессией, были названы высокая сверхнормативная рабочая нагрузка (совместительство, частые дежурства или дополнительная работа вне основного рабочего места); динамические перегрузки либо, напротив, гиподинамия; недостаточная длительность ночного сна; несбалансированное и неполноценное питание; нехватка времени для заботы о здоровье (Камаев И. А. и др., 2008).

В работе Y. Tokuda et al. (2009) было выявлено, что эмоциональное выгорание и ухудшение психического здоровья врачей стационаров больше всего связано с неудовлетворенностью своей работой и недосыпанием. Косвенно на состояние здоровья влияли такие сложности, как невозможность контролировать качество выполнения работы и ночные дежурства. Недосыпание сильнее влияло на удовлетворенность своей работой у женщин, чем у мужчин. Среди аспектов профессиональной деятельности наибольшую фрустрированность врачей вызывала их неудовлетворенность условиями труда и содержанием работы, а неудовлетворенность взаимоотношениями с пациентами имела тесную связь с симптомами эмоционального выгорания у медработников (Квасов А. Р., 2009).

Одно из наиболее крупных исследований по сравнительному изучению удовлетворенности работой и уровню стресса среди врачей, проведенное в 1987, 1990, 1998 гг., включало 1815 врачей общей практики. Средний балл удовлетворенности своей работой по опроснику Warr-Cook-Wall (30 пунктов по 50-балльной шкале) составлял в 1998 г. 4,65, а уровень стресса – 2,85. Сравнительный анализ показал, что за 10 лет снизился уровень удовлетворенности своей работой и повысился уровень стресса на работе среди терапевтов (Sibbald B., 2000).

В течение последних 50 лет изменилось и отношение общества к медицинским работникам, при этом возросли требования пациентов и участились проявления критики (включая сутяжнические), а также снизилась степень уважения к медикам и их рекомендациям, что также является внешним дестабилизирующим фактором стресса (Tillet R., 2004).

В структуре причин нездоровья отчетливо проявляется и низкий социально-экономический статус врачей. Так, в числе социально-экономических факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на здоровье, 14,6 % медработников указали на недостаток средств к существованию, 12,0 % – на неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, 24,3 % – на плохое питание, а 42,3 % врачей связывали возникновение своих заболеваний с недостатком денег для заботы о здоровье (Камаев И. А. и др., 2005, 2008).

Размер средней заработной платы работников здравоохранения в РФ существенно ниже средней по промышленности, что не соответствует образовательному уровню и высокой общественной значимости их деятельности. Низкая оплата труда создаёт социальную напряжённость в медицинских коллективах, отражается на состоянии здоровья, уровне конфликтности, на отношении к работе и пациентам, на качестве медицинской помощи (Жукова Т. В., 2003; Вялкова Г. М., 2002).

М. А. Сычев (2008) при изучении социально-экономического положения, семейных и бытовых условий жизни врачей старшего трудоспособного возраста выявил следующие особенности: материальное положение семей врачей находится на низком уровне (доход на одного члена семьи ниже прожиточного минимума). При этом подавляющее большинство врачей (60,9 %) желают сменить место работы по причине низкой заработной платы, а в 40,2 % семей имеют место конфликтные ситуации из-за недостатка материальных средств. Это создает необходимость дополнительного трудоустройства и приносит ущерб здоровью.

Проблема организации эффективной системы охраны здоровья медицинских работников определяется отсутствием обязательного учёта показателей заболеваемости в учреждениях здравоохранения, как это проводится в других отраслях народного хозяйства. Учёт отдельных показателей в системе социального страхования, Роспотребнадзора, профсоюзных организаций и лечебно-профилактических учреждений не даёт полной картины здоровья работников отрасли (Перепелица Д. И., 2007).

В то же время врачи по-разному реагируют на подобные проблемы и напряжение. Несмотря на высокий уровень стрессогенных воздействий на работе, далеко не у всех врачей наблюдаются психопатологические симптомы. Это связано с разными факторами, определяющими восприимчивость личности к высоким эмоциональным и физическим нагрузкам (Юрикова А. А., 2005).

В ряде работ анализируется влияние демографических факторов на психическое здоровье врачей, но однозначного мнения по данному вопросу не существует. Так, G. E. Robinson et al. (2003) показали, что женщины-врачи более чувствительны к стрессу на работе, чем мужчины, а в работе M. Linzer et al. (2002) показано, что среди женщин-терапевтов в США чаще наблюдается эмоциональное выгорание. В то же время в работе B. Sibbald (1998) показано, что пол не влияет на удовлетворенность работой врача в Великобритании.

Y. Uncu et al. (2007) обнаружили, что возраст имеет статистически значимое влияние на эмоциональный комфорт врачей на работе. Молодые врачи получали больше удовлетворения на работе и проявляли большую заинтересованность в ней, но с возрастом эти показатели снижались. Авторы связывают этот факт с получением опыта и снижением идеализма. Между тем E. Diener (1998) не выявил взаимосвязь между возрастом и удовлетворенностью от работы.

Изучение предикторов здоровья у врачей выявило различное отношение, характерологические черты и поведенческие реакции, способные как ослабить, так и усугубить влияние стресса при определенных стратегиях совладания (например, перфекционизм, поведенческая персеверация, социальная поддержка, оптимизм, выносливость, вера в собственные силы, ощущение последовательности действий) (Schwarzer R., 1996; Bovier P. A., 2004; Oginska-Bulik N., 2005). R. Tyssen et al. (2007) обнаружили, что тип личности для выделения группы риска при реакции на стресс является более важным фактором, чем отдельные личностные характеристики. Общепринятым является мнение, что существуют гендерные отличия среди врачей-терапевтов и студентов-медиков в переживании стрессовых ситуаций, ответе на стресс и патопсихологических симптомах (Buddeberg-Fischer B., 2005; Dyrbye L. N., 2006; Tyssen R. et al., 2007).

Сами же врачи являются особенно трудными пациентами, они склонны избегать роли пациента, отрицая и игнорируя нарушения собственного здоровья, они занимаются самолечением

и самодиагностикой (Камаев И. А. и др., 2005; Tillet R., 2004). У медицинских работников имеется амбивалентное отношение к роли больного, и им особенно трудно признать собственную психологическую неустойчивость, что часто проявляется замещающими симптомами, такими как соматизированное расстройство и расстройство поведения, а также злоупотребление ПАВ (Tillet R., 2004). К. Н. Bachman et al. (1999) установили, что среди врачей общей практики уровень стресса, связанного с работой, значительно выше, чем у врачей более узких специальностей или педиатров.

В проведенном лонгитудинальном исследовании В. Buddeberg-Fischer (2005) было выявлено, что три четверти опрошенных терапевтов в Швейцарии оценивают свой уровень стресса как равный нулю или даже как сниженный, около 25 % – как повышенный, только 17 % считали, что уровень их напряженности приближается к критическому. Сохранение здоровья среди врачей во многом определяется индивидуальной чувствительностью к стрессу и стратегиями совладания индивидуума (Antonovsky A., 1987; Lazarus R. S., 1993; Parsons J., 2001; Park C. L., 2003).

T. W. Whitley et al. (1989) изучали уровни стресса, связанного с работой, у врачей-реаниматологов из США, Великобритании, Австралии. В их исследовании было показано, что уровень рабочего стресса и депрессии оказался выше у женщин и незамужних (а также неженатых мужчин), чем у мужчин семейных. Выдерживать высокие эмоциональные и физические нагрузки на работе без ущерба для психического и соматического здоровья врач может только при получении удовлетворения от работы. Удовлетворение от работы – это положительные эмоции, которые человек испытывает при оценке своей работы или рабочего опыта и, по мнению психологов, оно особенно важно в такой области, как медицина, где постоянно приходится принимать решения, имеющие непосредственное влияние на качество жизни других (Wright A. T., 2000).

Во многих работах по психологии подчеркивается важность психологического комфорта при выполнении работы и при оценке ее результатов (Locke E., 1983). Целый ряд исследований в разных странах направлен на оценку источников стресса и факторов, влияющих на удовлетворение от работы, среди врачей первичного поликлинического звена (Swanson V., 1996; Rout U., 1996, 1999; Sibbald B., 1998; Routh K. B., 2000; Kirkcaldy B., 2002; Lavanchy M., 2002). В Австралии 68 % врачей общей прак-

тики довольны своей работой (Baillie R., 1998), а в США эта цифра варьирует от 59 % (Voe J., 2002) до 82 % (Shearer S., 2001). В отечественных работах подобных оценок не проводилось.

Проблема психического здоровья врачей, качества их жизни и профилактики данного круга расстройств открыто стала звучать совсем недавно. Лишь в немногих европейских странах существуют правила сохранения психического здоровья среди врачей. Даже в работах немецких психологов подчеркивается, что уровень охраны психического здоровья медицинских работников в Германии находится на том же уровне, что в США был в 60-х гг. (Resch M., 2003). Среди медицинских работников в целом отмечается повышенный уровень заболеваемости психическими расстройствами, часто встречаются тревожные расстройства, депрессии, суицидальные попытки, злоупотребление алкоголем и наркотиками (Tillet R., 2004).

Врачи входят в группу повышенного риска относительно других академических специальностей и общей популяции по алкоголизму и зависимостям от психически активных веществ, семейным проблемам и суицидам (Miller N. M., 2000; Hem E., 2005; Sebo P., 2007). Деятельность представителей «помогающих» профессий сказывается на тех, кто ее осуществляет. Деформация возникает у медиков и психологов в процессе обучения и сохраняется как устойчивый феномен (Трунов Д. Г., 2001). Высокие требования в процессе обучения и особенности профессии, часто связанные с атмосферой конкуренции и жесткой субординации, также являются значимыми факторами (Wolf T. M., 1994; Miller N. M., 2000; Firth-Cozens J., 2001).

Лонгитудинальные исследования показали, что личностные характерологические особенности, выявленные у студентов-медиков до начала обучения, являются одними из ключевых предикторов последующих ухудшений психического здоровья и эмоционального выгорания, связанных с работой (Vaillant G. E., 1972; McCranie E. W., 1988; Dahlin M. E., 2007).

Данные M. Sakić et al. (2005) свидетельствуют о том, что распространенность депрессий среди студентов (66,5 %) статистически значимо выше, чем среди практикующих врачей (43,5 %). Большая часть из них перенесли депрессию легкой или средней степени тяжести.

Е. Voltmer et al. (2008) провели эпидемиологическое сравнительное исследование среди терапевтов и студентов-медиков первого и пятого курсов по поводу степени психологической ус-

тойчивости и наличия факторов риска, связанных с профессией, для развития психических заболеваний. Было установлено, что все эти группы находятся в условиях постоянного повышенного стресса, связанного с работой, и нуждаются в профилактических мерах по развитию психопатологий. Женщины в исследовании были менее устойчивы к стрессу, находились в более плохом эмоциональном состоянии, но больше ощущали социальную поддержку и были более довольны жизнью, чем мужчины.

Многие исследования по изучению качества жизни врачей с целью соблюдения медицинской этики проводились на интернах и ординаторах. Н. Vachman et al. (1999) показали, что среди молодых врачей и интернов уровень стресса значительно выше, чем среди более опытных коллег. В работе также подчеркивается взаимосвязь уровня стресса и эмоционального выгорания. Исследование F. Demir et al. (2007), также выполненное на врачах-интернах, выявило депрессию у 16 % респондентов. Статистически значимо чаще депрессия диагностировалась у женщин, чем у мужчин, но частота ее возникновения не зависела от возраста, материального статуса, специальности, длительности интернатуры, количества дежурств и длительности светового дня.

В литературе неоднократно упоминается о том, что врачи не только не являются устойчивыми к депрессивным реакциям, но и относятся к группе риска по развитию депрессий (Hsu K., Marshall, 1987; Parsons J., 2001; Graskе J., 2003). В сравнительных исследованиях было доказано, что частота развития депрессий среди врачей была статистически значимо выше по сравнению с администраторами, работавшими в сфере здравоохранения (19 и 6 %) (Donmez L., 1996).

В ряде работ была проанализирована частота развития аффективных расстройств среди участковых терапевтов (Appleton K., 1998; Simoens S., 2002; Sibbald B., 2004). Так, в работе B. Sibbald (2004) из 406 опрошенных терапевтов у 52 % балл в опроснике общего состояния здоровья (General Health Questionnaire, GHQ) превышал 3, что является показателем психологического неблагополучия. В другом исследовании среди 145 молодых терапевтов у 37,5 % женщин и 24,0 % мужчин балл по GHQ превышал 4, у 38,9 % женщин и 5,4 % мужчин была диагностирована тревога (>8 баллов в подшкале тревоги Госпитальной шкалы депрессии и тревоги (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD), а у 8,3 % женщин и 2,7 % мужчин была выявлена депрессия (>8 баллов в подшкале депрессии HAD).

Y. Uncu et al. (2006) при анализе психологического здоровья врачей-терапевтов обнаружили высокую чувствительность врачей к негативным эмоциям, возникающим на работе, что приводит к повышенному «стрессированию», тревожности и депрессии.

Многие авторы отмечали, что из-за более высокого профессионального риска врачи скорой помощи более подвержены эмоциональному выгоранию, психотравмам и, в конечном счете, досрочному уходу из медицинской практики (Gallery W. E., 1992; Lloyd S., 1994; Burbeck R., 2002; Whitley T. W., 1994; 1989, 1991; Komaromy M., 1993; Holm W. L., 2000).

В ряде исследований указывается на наличие явлений деперсонализации или симптомов депрессии у большого числа работников скорой медицинской помощи (a'Brook M., 1989; Goh L., 1999; Taylor D., 2004). В работе B. Erdur et al. (2006) у врачей скорой помощи депрессия выявлялась в 29 % случаев. Ее возникновение имело высокую корреляцию с отсутствием хобби и наличием тревоги. Тревога диагностировалась у 28 % врачей. Ее возникновению способствовали низкий заработок, большой стаж работы на скорой помощи и выраженная депрессия. Также к тревоге были больше предрасположены женщины. Схожие показатели по распространенности депрессий были получены при ее выявлении среди студентов-медиков (Stewart D. L., 1980; Aydin G., 1989; Taysi B. N., 1994; Givens J. L., 2002; Akvardar Y., 2004) и выпускников медицинских вузов (Ozbay M. H., 1993; Babayigit Z., 1996).

В работах указывается, что депрессия особенно часто возникает в первый год после выпуска из медицинского вуза. Среди выпускников этой группы ее распространенность достигает 30 % (Reuben D. B., 1995; Firth-Cozens J., 2001). Длительное наблюдение за выпускниками показало, что частота депрессий снижается в первые 5 лет после выпуска из образовательного учреждения (Hsu K., Marshall V., 1987).

В развитых странах распространенность депрессии среди врачей несколько ниже и составляет 19,3 % в США, 15,5 % в Канаде, 18 % в Великобритании (Gallery W. E., 1992; Lloyd S., 1994; Burbeck R., 2002). При анализе социодемографических факторов было установлено, что молодые врачи-женщины больше подвержены развитию депрессий, чем их коллеги-мужчины (Godlee F., 1990). Среди врачей с длительным стажем женщины также были больше подвержены стрессу на работе и развитию депрессий (Whitley T. W., 1991).

Среди врачей проведено больше исследований, чем среди представителей других профессиональных групп, и у них обнаружен высокий уровень самоубийств (Tillet R., 2004). По данным турецких исследователей, уровень депрессии среди врачей общей практики составляет 27 %, а частота суицидальных попыток – 13 % (Donmez L., 1996). Среди всех категорий медицинских работников врачи-психиатры входят в группу самого высокого суицидального риска. Так, в США в течение 11 лет исследовали профессиональную принадлежность лиц с завершёнными суицидами. Было выявлено, что суициды среди врачей-психиатров встречаются в 5 раз чаще, чем в общей популяции, и составляют 70 на 100 тысяч населения, причем в популяции этот показатель составляет 12,3 на 100 тысяч населения. Установлено также, что треть психиатров совершили суицид в первые годы профессиональной деятельности (Юрьева Л. Н., 1998; Каплан Г. И., 1994).

Выявлено, что один из наиболее высоких уровней самоубийств регистрируется среди медицинских работников женского пола: женщины-врачи совершают самоубийства в 3 раза чаще, чем представительницы общей популяции, а для мужчин-врачей показатель самоубийств вдвое превышает среднестатистический (Ammon M., 2003). В другом исследовании было показано, что частота развития депрессий среди женщин-врачей соответствует таковой в общей популяции, однако женщины-врачи во много раз чаще совершают законченные суициды (Robinson G. E., 2003).

1.2. Уровень невротических расстройств у врачей различных специальностей

Настоящее исследование было проведено сплошным методом в Забайкальском крае с 2010 по 2011 г. Объектом исследования стали 383 врача следующих медицинских учреждений: ГКУЗ «Краевая клиническая больница»; ГКУЗ «Городская клиническая больница № 1»; ГКУЗ «Краевая психиатрическая больница № 1»; ГКУЗ «Краевая психиатрическая больница № 2»; ГКУЗ «Краевой психоневрологический диспансер»; ГКУЗ «Краевой наркологический диспансер»; ГКУЗ «Краевой онкологический диспансер»; ГКУЗ «Городской родильный дом № 1»; ГКУЗ «Городской родильный дом № 2»; ГКУЗ «Станция скорой медицинской помощи» Читы, ГКУЗ «Краевая больница № 4» Краснокаменска.

Все участники подписывали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. На каждого обследованного заполнялась специально разработанная индивидуальная карта. Первый раздел карты обследования содержал сведения о респонденте: пол, возраст, семейное положение, врачебный профиль (специализация) и общий стаж работы. Во вторую часть входили вопросы, касающиеся социального функционирования. В третьем разделе индивидуальной карты использовались стандартные анкеты-опросники для оценки качества жизни, психического здоровья и наркологических расстройств у врачей. При проведении настоящего исследования использовались следующие методы: клинико-эпидемиологический, клинико-психопатологический и статистический.

Распределение по гендерным признакам было следующим: из 383 обследованных врачей было 65,8 % женщин (n=252) и 34,2 % мужчин (n=131), в возрасте от 23 до 70 лет. Возраст медицинских работников имел следующее распределение: 23,0 – 31,0 – 41,0 – 51,0 – 70,0 (min – LQ – Me – UQ – max). Семейный статус: врачи были преимущественно женаты или замужем – 70,0 % (n=268), состояли в гражданском браке – 7,3 % (n=28), холостые (незамужние) составили 11,0 % (n=42), разведенные – 11,7 % (n=45). У 81,5 % врачей были дети, из них у 39,7 % (n=152) был один ребенок, у 37,8 % (n=145) – двое детей, у 4,0 % (n=15) – больше двух детей в семье, 18,5 % (n=71) – не имели детей.

Распределение по профессионально-профильным характеристикам было следующим: 21,7 % (n=83) составили врачи терапевтического профиля, куда входили терапевты, кардиологи, врачи функциональной диагностики, неврологи, гастроэнтерологи, рентгенологи; 20,9 % (n=80) составили психиатры и наркологи; 17,5 % (n=67) – акушеры-гинекологи; 17,5 % (n=67) – врачи хирургического профиля, к данной категории относились хирурги, анестезиологи-реаниматологи, травматологи, камбустиологи; 13,8 % (n=53) – врачи скорой медицинской помощи (СМП); 8,6 % (n=33) – онкологи.

Распределение в зависимости от стажа работы врачей: 35,8 % (n=137) составили врачи со стажем работы менее 10 лет; 37,6 % (n=144) составили медицинские работники, чей стаж был от 10 до 20 лет; и 26,6 % (n=102) – врачи со стажем работы более 20 лет.

С целью выявления невротических расстройств у врачей использовался клинический опросник выявления и оценки невротических состояний К. К. Яхина и Д. М. Менделевича (1998, 2005). Данный опросник разработан в соответствии с критериями МКБ-10, рубрика F40-49 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». Включает в себя 68 вопросов, имеющих ранжированную пятибалльную оценку (5 баллов – никогда не было, 4 балла – редко, 3 балла – иногда, 2 балла – часто, 1 балл – постоянно или всегда). Проставленные исследуемыми баллы переводятся в соответствующие диагностические коэффициенты. Суммируют данные коэффициенты по 6 шкалам: тревоги (ШТ) – «Другие тревожные расстройства» (F41); невротической депрессии (ШД) – «Реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации» (F43); астении (ША) – «Неврастения» (F48.0); истерического типа реагирования (ШИ) – «Диссоциированное (конверсионное) расстройство» (F44); обсессивно-фобических нарушений (ШО) – «Обсессивно-компульсивные расстройства» (F42); вегетативных нарушений (ШВ) – «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы» (F45.3).

Если сумма диагностических коэффициентов (баллов) больше «+1,28», то это указывает на уровень здоровья; если меньше «-1,28», то это указывает на болезненный характер выявляемых расстройств. Если сумма коэффициентов попадает в коридор от -1,28 до +1,28, то это расценивается как пограничный уровень невротических расстройств. Таким образом, выделяются: собственно невротические расстройства, пограничный уровень невротических нарушений и уровень или «зона» психического здоровья (Яхин К. К., Менделевич Д. М., 1998, 2005).

Психологическое обследование также включало определение уровня тревожности с помощью опросника Ч. Д. Спилбергера и Ю. Л. Ханина (Карелин А. А., 2007). Методика позволяет дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство, и как психологическое состояние. Стимульный материал состоит из 40 высказываний и двух частей, отдельно оценивающих реактивную тревожность (самооценка уровня тревожности в данный момент, вопросы с 1-го по 20-й) и личностную тревожность (как устойчивая характеристика человека, вопросы с 21-го по 40-й). На каждое из высказываний необходимо дать один из 4 вариантов ответа: 1 – почти никогда, 2 – иногда, 3 – часто, 4 – почти всегда. Показатели личностной и реактивной тревожности подсчитываются по специальной формуле, при ин-

терпретации результаты оцениваются следующим образом: до 30 баллов – низкая тревожность, 31—45 – умеренная тревожность, 46 и более баллов – высокая тревожность.

Статистическая обработка полученных в ходе выполнения работы результатов осуществлялась при помощи стандартного пакета программ «Statistica 6.0 for Windows» с применением непараметрического критерия оценки достоверности различий сравниваемых показателей – критерий хи-квадрат Пирсона (χ^2). Контролем были внутригрупповые соотношения. Взаимосвязь между показателями устанавливалась с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Корреляционная связь (r) оценивалась следующим образом – полная (1), сильная (от 1 до 0,7), средняя (от 0,7 до 0,3), слабая (от 0,3 до 0), отсутствует (0); при знаке (+) – связь прямая, при знаке (–) – связь обратная. Возраст обследованных врачей описывался следующим образом: минимум – нижний квартиль – медиана – верхний квартиль – максимум. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался $p \leq 0,05$.

Результаты анализа распространенности невротических расстройств у врачей с помощью клинического опросника Яхина-Менделевича показали достаточно высокую распространенность у респондентов различных симптомов невротического регистра: из 383 обследованных врачей лишь у 35,5 % ($n=136$) не было выявлено признаков данных нарушений, тогда как у остальных 64,5 % ($n=247$) имелись либо уже сформированные невротические расстройства, либо доболезненные состояния.

Так, тревожные расстройства (F41) были выявлены у 24,5 % ($n=94$) врачей, при этом у 14,1 % ($n=54$) тревожные нарушения соответствовали пограничному уровню невротических расстройств, а у 61,4 % ($n=235$) выявленная тревожность не выходила за рамки психической нормы и рассматривалась нами как предболезненное состояние. Невротическая депрессия (F43) была выявлена у 37,8 % ($n=145$) врачей, у 8,4 % ($n=32$) – депрессивные расстройства находились в пограничной «зоне», у 53,8 % ($n=206$) – в «зоне» психического здоровья. Астенические расстройства (F48.0) имелись у 23,5 % ($n=90$), у 20,9 % ($n=80$) врачей они соответствовали пограничному уровню, у 55,6 % ($n=213$) – уровню психического здоровья. Истерические нарушения (F44) были выявлены у 20,8 % ($n=80$) медицинских работников, у 17,3 % ($n=66$) они находились в пограничной «зоне», у 61,9 % ($n=237$) – в «зоне» психического здоровья. Обсессивно-

фобические нарушения (F42) были установлены у 17,3 % (n=66) врачей, в пограничной «зоне» данные нарушения находились у 14,0 % (n=66), в «зоне» психического здоровья – у 68,7 % (n=263) врачей. Вегетативные нарушения (F45.3) были выявлены у 22,7 % (n=87), у 4,7 % (n=18) врачей они соответствовали пограничному уровню и у 72,6 % (n=278) – уровню психического здоровья (табл. 1).

Таблица 1

Показатели опросника оценки невротических расстройств у врачей

Распределение уровней	Шкалы невротического расстройства											
	тревоги		невротической депрессии		астении		истерического типа реагирования		обсессивно-фобических нарушений		вегетативных нарушений	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Уровень психического здоровья	235	61,4	206	53,8	213	55,6	237	61,9	263	68,7	278	72,6
Пограничный уровень невротических расстройств	54	14,1	32	8,4	80	20,9	66	17,3	54	14,0	18	4,7
Невротические расстройства	94	24,5	145	37,8	90	23,5	80	20,8	66	17,3	87	22,7
Всего	383	100,0	383	100,0	383	100,0	383	100,0	383	100,0	383	100,0

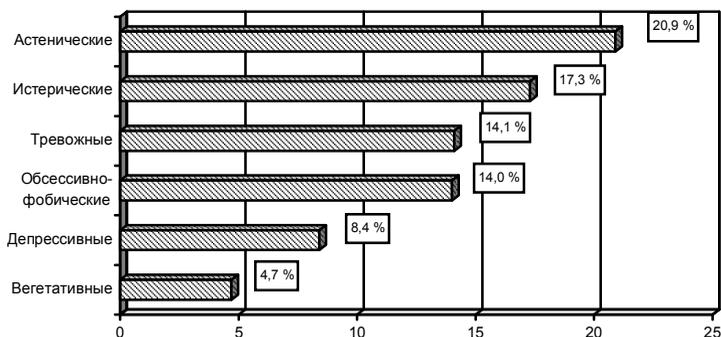


Рис. 1. Распространенность невротических расстройств доболезненного уровня у врачей, %

Как видно из рисунка 1, наиболее распространенными невротическими расстройствами доболезненного уровня среди врачей являются: на первом месте – астенические, на втором – истерические, обсессивно-фобические и тревожные и на последнем – депрессивные и вегетативные расстройства.

В свою очередь, наиболее распространенными невротическими расстройствами болезненного уровня среди врачей являются: на первом месте – депрессивные, второе место делят тревожные, астенические и вегетативные, на третьем месте – истерические и обсессивно-фобические нарушения (рис. 2).

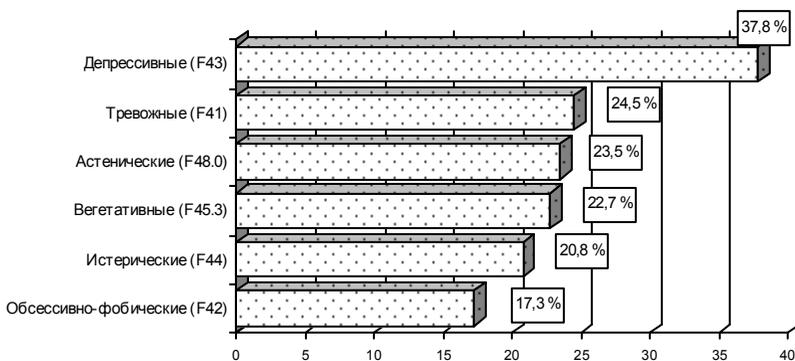


Рис. 2. Распространенность невротических расстройств у врачей, %

Распределение невротических расстройств по полу показало, что тревожные нарушения встречаются у 25,8 % женщин и 22,2 % мужчин. Невротическая депрессия встречалась у женщин-врачей в 42,0 % случаев, что достоверно больше по сравнению с мужчинами, депрессивные расстройства которых встречались в 29,7 % случаев ($p=0,01$). У 25,8 % женщин и 19,1 % мужчин были выявлены астенические расстройства. Нарушения истерического типа реагирования чаще встречались у женщин (24,6 %), чем у тех же врачей мужского пола (13,7 %) ($p=0,01$). У 20,3 % женщин было выявлено достоверное преобладание обсессивно-фобических нарушений по сравнению с мужчинами – 11,5 % ($p=0,03$). Выявленные вегетативные расстройства у врачей женского и мужского пола не имели отличий – 25,0 и 18,3 % соответственно. Распространенность невротических расстройств у врачей с учетом гендерных особенностей представлена в таблице 2.

При сравнении показателей шкал невротического расстройства между группами врачей разных специальностей было выявлено, что тревожные расстройства достоверно чаще встречаются у врачей скорой медицинской помощи, показатель которых

составил 39,6 %, в сравнении с психиатрами- наркологами – 16,3 % ($p=0,002$), врачами терапевтического профиля – 22,9 % ($p=0,03$) и онкологами – 18,2 % ($p=0,03$). Также тревожные нарушения встречались у акушеров-гинекологов в 28,4 % случаев и в 23,8 % случаев – у врачей хирургического профиля, однако их показатели от других врачей не отличались.

Т а б л и ц а 2

**Распространенность невротических расстройств
у врачей в зависимости от пола**

Невротические расстройства	Женщины (n=252)		Мужчины (n=131)	
	абс.	%	абс.	%
Тревожные (F41)	65	25,8	29	22,2
Депрессивные (F43)	106	42,0	39	29,7*
Астенические (F48.0)	65	25,8	25	19,1
Истерические (F44)	62	24,6	18	13,7*
Обсессивно-фобические (F42)	51	20,3	15	11,5*
Вегетативные (F45.3)	63	25,0	24	18,3

*Примечание. Статистическая значимость различий между группами обозначена: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.*

Весьма высокой оказалась регистрация у врачей признаков депрессивного расстройства. Так, признаки невротической депрессии были выявлены у 49,0 % врачей скорой помощи, у 39,4 % онкологов, у 37,3 % врачей терапевтического профиля, у 37,3 % акушеров-гинекологов, у 35,0 % психиатров-наркологов и у 32,8 % врачей хирургического профиля. Астенические расстройства были выявлены у 25,4 % акушеров-гинекологов, у 22,9 % врачей терапевтического профиля, у 20,8 % врачей хирургического профиля. Выявленные астенические нарушения у 15,0 % психиатров-наркологов были достоверно ниже, чем у онкологов – 33,4 % ($p=0,02$) и врачей скорой медицинской помощи – 32,0 % ($p=0,01$). Показатели шкалы истерических нарушений у врачей терапевтического профиля встречались в 28,9 % случаев и преобладали над показателями истерических расстройств у врачей хирургического профиля – 13,4 % ($p=0,02$). В свою очередь, у врачей скорой помощи показатель данного вида невротических нарушений составил 24,5 %, у онкологов – 21,2 %, у психиатров-наркологов – 20,0 % и у акушеров-гинекологов – 16,4 %. Обсессивно-фобические нарушения выявлены у 24,5 % врачей скорой помощи, у 19,3 % врачей терапевтического профиля, у 17,9 % врачей хирургического профиля, у 14,9 % акушеров-гинекологов, у 13,7 % психиатров-наркологов и у 12,2 % онкологов.

Вегетативные расстройства были выявлены у 32,0 % врачей СМП, что весомо больше по сравнению с показателем врачей хирургического профиля – 16,4 % ($p=0,04$), а также вегетативные нарушения имелись у 27,7 % врачей терапевтического профиля, у 21,3 % психиатров-наркологов, у 19,4 % акушеров-гинекологов и у 18,2 % онкологов.

Частота встречаемости невротических расстройств в определенной степени зависела и от стажа работы по специальности. Показатели шкал тревоги, депрессии, астении, истерических и вегетативных нарушений у врачей с учетом стажа работы были выражены в равной степени. В то же время обсессивно-фобические нарушения встречались чаще среди врачей со стажем работы от 10 до 20 лет: их показатель составил 24,3 % и достоверно отличался от таковых по сравнению с врачами, чей стаж был меньше 10 лет – 12,4 % ($p=0,01$) и более 20 лет – 13,7 % ($p=0,04$) (табл. 3).

Таблица 3

**Распространенность невротических расстройств
с учетом стажа работы врачей**

Невротические расстройства	Стаж работы					
	до 10 лет (n=137)		10–20 лет (n=144)		более 20 лет (n=102)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Тревожные (F41)	30	21,9	39	27,1	25	24,5
Депрессивные (F43)	45	32,8	54	37,5	46	45,1
Астенические (F48.0)	29	21,2	36	25,0	25	24,5
Истерические (F44)	28	20,4	32	22,3	20	19,6
Обсессивно-фобические (F42)	17	12,4*	35	24,3	14	13,7*
Вегетативные (F45.3)	31	22,6	33	23,0	23	22,5

*Примечание. Статистическая значимость различий между группами обозначена: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.*

Распространенность невротических расстройств с учетом специализации врачей представлена в таблице 4. При более глубоком анализе распространенности и структуры невротических расстройств оказалось, что они обнаруживают определенную взаимосвязь с наличием различных хронических соматических заболеваний у врачей. Так, у врачей с тревожной заболеванием органов выделительной системы встречались в 31,5 % случаев, пищеварительной – в 26,3 % случаев, болезни костно-мышечной и сердечно-сосудистой систем – в 26,0 и 17,1 % случаев соответственно. У врачей с депрессией заболевания костно-мышечной системы встречались в 38,5 % случаев, выделительной системы –

в 47,9 % случаев, пищеварительной – 43,7 % и болезни системы кровообращения были выявлены в 26,6 % случаев. У врачей с астеническими нарушениями заболевания сердечно-сосудистой системы встречались в 16,1 % случаев, что достоверно меньше по сравнению с заболеваниями органов выделительной системы – 31,5 % ($p=0,005$), пищеварительной системы – 29,4 % ($p=0,002$) и костно-мышечной системы – 24,2 % ($p=0,03$). У врачей с расстройствами истерического типа выявленные заболевания сердечно-сосудистой системы встречались в 15,6 % случаев, что меньше по сравнению с выявленными заболеваниями выделительной системы – 34,3 % ($p=0,0007$) и пищеварительной системы – 26,3 % ($p=0,01$).

Таблица 4

Распространенность невротических расстройств у врачей с учетом специализации

Невротические расстройства	Врачебная специализация											
	терапевтического профиля (n=83)		психиатры и наркологи (n=80)		хирургического профиля (n=67)		акушеры-гинекологи (n=67)		врачи СМП (n=53)		онкологи (n=33)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Тревожные (F41)	19	22,9*	13	16,3**	16	23,8	19	28,4	21	39,6	6	18,2*
Депрессивные (F43)	31	37,3	28	35,0	22	32,8	25	37,3	26	49,0	13	39,4
Астенические (F48.0)	19	22,9	12	15,0	14	20,8	17	25,4	17	32,0*	11	33,4*
Истерические (F44)	24	28,9 [▲]	16	20,0	9	13,4	11	16,4	13	24,5	7	21,2
Обсессивно-фобические (F42)	16	19,3	11	13,7	12	17,9	10	14,9	13	24,5	4	12,2
Вегетативные (F45.3)	23	27,7	17	21,3	11	16,4	13	19,4	17	32,0 [▲]	6	18,2

Примечание. Статистическая значимость различий между группами врачей обозначена: врачи терапевтического профиля: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$; психиатры-наркологи: [■] – $p<0,05$; [■] – $p<0,01$; [■] – $p<0,001$; врачи хирургического профиля: [▲] – $p<0,05$; ^{▲▲} – $p<0,01$; ^{▲▲▲} – $p<0,001$; акушеры-гинекологи: [◊] – $p<0,05$; ^{◊◊} – $p<0,01$; ^{◊◊◊} – $p<0,001$; врачи скорой медицинской помощи: [♦] – $p<0,05$; ^{♦♦} – $p<0,01$; ^{♦♦♦} – $p<0,001$; онкологи: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.

В свою очередь, у врачей с обсессивно-фобическими нарушениями болезни системы кровообращения были выявлены в 26,6 % случаев и преобладали над заболеваниями костно-мышечной системы – 18,5 % ($p=0,03$).

У врачей с вегетативными расстройствами заболевания сердечно-сосудистой системы были выявлены в 33,6 % случаев и являлись преобладающими в сравнении с болезнями костно-мышечной системы – 18,5 % ($p=0,0002$). Вторыми по степени выраженности были заболевания пищеварительной системы – 28,7 %, которые достоверно преобладали над болезнями костно-мышечной системы – 18,5 % ($p=0,01$). Показатели распространенности невротических расстройств и хронических соматических заболеваний у врачей представлены в таблице 5.

Т а б л и ц а 5

**Показатели невротических расстройств
и хронических соматических заболеваний у врачей**

Невротические расстройства	Хронические соматические заболевания									
	Болезни системы кровообращения (n=199)		Болезни органов пищеварения (n=160)		Болезни органов выделительной системы (n=73)		Болезни эндокринной системы (n=14)		Болезни костно-мышечной системы (n=265)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Тревожные (F41)	34	17,1	42	26,3	23	31,5	4	28,6	69	26,0
Депрессивные (F43)	53	26,6	70	43,7	35	47,9	7	50,0	102	38,5
Астенические (F48.0)	32	16,1	47	29,4**	23	31,5**	3	21,4	64	24,2*
Истерические (F44)	31	15,6	42	26,3*	25	34,3***	3	21,4	60	22,6
Обсессивно-фобические (F42)	53	26,6*	30	18,7	15	20,5	2	14,3	49	18,5
Вегетативные (F45.3)	67	33,6***	46	28,7*	19	26,0	4	28,6	49	18,5

*Примечание. Статистическая значимость различий между группами обозначена: болезни системы кровообращения: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$; болезни органов пищеварения: ▣ – $p<0,05$; ▢ – $p<0,01$; □ – $p<0,001$; болезни органов выделительной системы: ▲ – $p<0,05$; ▲▲ – $p<0,01$; ▲▲▲ – $p<0,001$; болезни эндокринной системы: ◊ – $p<0,05$; ∞ – $p<0,01$; ∞∞ – $p<0,001$; болезни костно-мышечной системы: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.*

При проведении корреляционного анализа по Спирмену выявлена прямая средняя по силе связь между показателями опросника Яхина–Менделевича и наличием хронических соматических заболеваний. Так, у психиатров с увеличением частоты заболеваний органов кровообращения повышаются показатели тревоги ($r=0,542$; $p<0,05$), депрессии ($r=0,428$; $p<0,05$), астенических ($r=0,581$; $p<0,05$) и вегетативных нарушений ($r=0,415$; $p<0,05$). У терапевтов с ростом тех же сердечно-сосудистых заболеваний возрастают тревожные нарушения ($r=0,508$; $p<0,05$) и истерические расстройства ($r=0,472$; $p<0,05$), а у онкологов – вегетативные расстройства ($r=0,551$; $p<0,05$).

1.3. Распространенность тревожности среди врачей по данным опросника Спилбергера-Ханина

Согласно данным опросника Спилбергера-Ханина, показатели распространенности тревожности были следующими: низкий уровень реактивной тревожности был выявлен у 68,4 % (n=262) врачей, умеренный – у 27,4 % (n=105) и высокий – у 4,2 % (n=16) медицинских работников. При этом показатели личностной тревожности у врачей весома отличались: низкий уровень был выявлен у 6,8 % (n=26), умеренный – у 47,5 % (n=182) и высокий – у 45,7 % (n=175) врачей. Показатели распространенности реактивной и личностной тревожности у врачей представлены на рисунке 3.

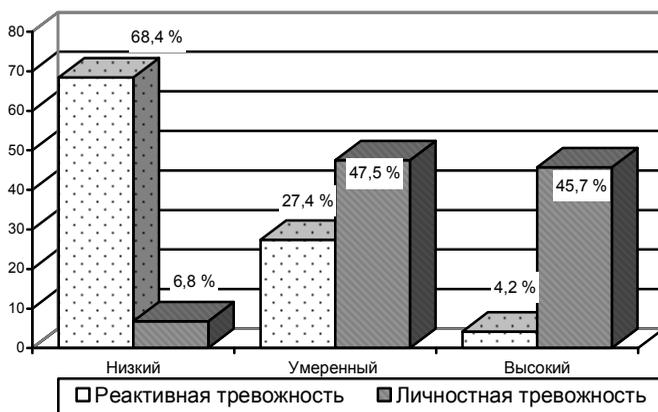


Рис. 3. Показатели распространенности тревожности у врачей, %

Так как наиболее значимыми представлялись показатели реактивной и личностной тревожности высокого уровня, поэтому анализ этих данных проводился с учетом пола, специализации и стажа работы врачей.

Реактивная тревожность высокого уровня была выявлена у 6,4 % врачей, причем только среди женщин. Тогда как личностная тревожность высокого уровня выявлена у 50,4 % женщин, что достоверно больше, по сравнению с мужчинами, показатель у которых составил 36,6 % (p=0,01). Показатели распространенности высокого уровня реактивной и личностной тревожности с учетом пола представлены в таблице 6.

Таблица 6
Показатели распространенности высокого уровня реактивной и личностной тревожности с учетом пола врачей

Показатель	Женщины (n=252)		Мужчины (n=131)	
	абс.	%	абс.	%
Реактивная тревожность высокого уровня (n=16)	16	6,4	-	-
Личностная тревожность высокого уровня (n=175)	127	50,4	48	36,6*

*Примечание. Статистическая значимость различий между группами обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.*

Учитывая специализацию врачей, высокий уровень реактивной тревожности был выявлен у врачей терапевтического профиля в 7,2 % случаев, у врачей скорой медицинской помощи – в 5,6 %, у психиатров-наркологов – в 3,7 %, у онкологов – в 3,0 %, у акушеров-гинекологов – 2,9 % и у врачей хирургического профиля – в 1,5 % случаев, т. е. показатели реактивной (ситуационной) тревожности у врачей были выражены в равной степени. В свою очередь, показатели высокого уровня личностной тревожности у врачей имели свои отличия.

Таблица 7
Показатели распространенности высокого уровня реактивной и личностной тревожности с учетом стажа работы врачей

Показатель	Стаж работы					
	до 10 лет (n=137)		10-20 лет (n=144)		более 20 лет (n=102)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Реактивная тревожность высокого уровня (n=16)	5	3,6	8	5,6	3	2,9
Личностная тревожность высокого уровня (n=175)	56	40,8	73	50,7	46	45,1

Установлено, что влияние стажа работы на формирование реактивной или личностной тревожности у врачей не было определяющим. Показатели высокого уровня реактивной тревожности у врачей со стажем до 10 лет составили 3,6 %, у врачей со стажем от 10 до 20 лет – 5,6 % и у врачей со стажем работы более 20 лет – 2,9 %. Показатели высокого уровня личностной тревожности с учетом стажа работы не отличались и составили: у врачей со стажем менее 10 лет – 40,8 %, у врачей со стажем от 10 до 20 лет – 50,7 % и у медицинских работников со стажем более 20 лет – 45,1 % (табл. 7).

Так, у онкологов личностная тревожность высокого уровня составила 60,6 % и была достоверно выше, чем у врачей хирургического профиля ($p=0,01$) и психиатров-наркологов ($p=0,03$), показатели которых составили 35,8 и 38,7 % соответственно. У врачей скорой медицинской помощи высокий уровень личностной тревожности составил 54,7 %, который также превышает показатель врачей хирургического профиля ($p=0,03$). У врачей терапевтического профиля и акушеров-гинекологов личностная тревожность высокого уровня составила 51,8 % и 41,8 % соответственно. Распространенность высокого уровня реактивной и личностной тревожности с учетом специализации врачей дана в таблице 8.

Таблица 8

Показатели распространенности высокого уровня реактивной и личностной тревожности у врачей с учетом специализации

Показатель	Врачебная специализация											
	терапевтического профиля (n=83)		психиатры и наркологи (n=80)		хирургического профиля (n=67)		акушеры-гинекологи (n=67)		врачи СМП (n=53)		онкологи (n=33)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Реактивная тревожность высокого уровня (n=16)	6	7,2	3	3,7	1	1,5	2	2,9	3	5,6	1	3,0
Личностная тревожность высокого уровня (n=175)	43	51,8	31	38,7	24	35,8	28	41,8	29	54,7▲	20	60,6▲■

*Примечание. статистическая значимость различий между группами врачей обозначена: врачи терапевтического профиля: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$; психиатры-наркологи: ■ – $p<0,05$; ■■ – $p<0,01$; ■■■ – $p<0,001$; врачи хирургического профиля: ▲ – $p<0,05$; ▲▲ – $p<0,01$; ▲▲▲ – $p<0,001$; акушеры-гинекологи: ◊ – $p<0,05$; ◊◊ – $p<0,01$; ◊◊◊ – $p<0,001$; врачи скорой медицинской помощи: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$; онкологи: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.*

Глава 2

Ни одна специальность не приносит порой столько моральных переживаний, как врачебная.

А. П. Чехов

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ

Большая часть работ, касающихся психического здоровья врачей, как отечественных, так и зарубежных, посвящена синдрому эмоционального выгорания (СЭВ). Основным предрасполагающим фактором эмоционального выгорания является продолжительность и чрезмерная рабочая нагрузка в ситуациях напряженных межличностных отношений. В связи с этим синдром эмоционального выгорания характерен для представителей коммуникативных профессий: представители различных сервисных служб, учителя, психологи, врачи и медицинский персонал (Сидоров П. И., 2008).

Выгорание понимается как дисфункциональное состояние, возникающее у работников под воздействием длительного психоэмоционального стресса. Оно также определяется как ответная реакция на длительные профессиональные стрессы межличностных коммуникаций, характеризующееся эмоциональным истощением, снижением эффективности профессиональной деятельности, обесцениванием труда и снижением значимости собственных успехов (Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С., 2008; Lee F. J., 2008). Эмоциональное выгорание – динамический процесс, возникающий поэтапно, в полном соответствии с механизмом развития стресса, при этом являясь профессиональным дистрессом, включает в себя как психологический, так и психосоматический аспекты (Черникова Т. В. и др., 2011; Mäulen B., 1996).

В. В. Бойко (2004) определяет эмоциональное выгорание как форму профессиональной деформации личности, которая представляет выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. Впервые проблема эмоционального выгорания была поставлена Н. G. Freudenberger в 1974 г. при исследовании медперсонала.

В 1990 г. M. Oikariuora et al. провели одно из самых крупных исследований синдрома выгорания, базируясь на большой исследовательской выборке из 2 671 финских врачей различных специальностей.

Исследования позволили выявить две группы: первая – группа «специалистов с высоким уровнем выгорания», к ней отнесены были лица, работа которых связана с хроническими больными, неизлечимыми и умирающими пациентами (пульмонологи, психиатры, онкологи). Вторая – группа «специалистов с низким уровнем выгорания», работа таких врачей связана с пациентами, имеющими благоприятный прогноз (акушеры-гинекологи, офтальмологи).

Показано, что уровень эмоционального выгорания врачей-терапевтов в Европе и Латинской Америке, по разным оценкам специалистов, составляет от 20 до 45 % (Bergner T., 2004; Schumacher A., 2005). По данным опроса интернов в США, данный показатель превышает 75 % (Shanafelt T. D., 2002).

В 2012 г. было проведено еще одно крупномасштабное исследование специалистами из ряда ведущих клиник и университетов США. Авторы опросили 7 288 врачей различных специальностей, и было выявлено, что около половины американских врачей подвержены профессиональному выгоранию (46 %), что на 10 % выше, чем в среднем по популяции. Регистрировались такие симптомы, как эмоциональное истощение, безразличие к результатам своей деятельности, пессимизм и подавленность, при этом самыми измученными чувствовали себя врачи приемного покоя и семейные врачи. По мнению специалистов, выявленная тенденция может в скором времени привести либо к сокращению количества врачей, которые раньше уйдут из профессии, либо к сокращению их рабочих часов, в то время как потребность в этой профессии в США растет в связи со старением населения (согласно данным ФГБУ ННЦ Наркологии, 2012).

По данным В. А. Винокура, О. В. Рыбиной (2008), в 1980-х гг. в нашей стране 60 % медицинских работников считали, что их работа сопровождается заметным для них эмоциональным напряжением, а в 2004 г. уже 74 % врачей и 82 % медицинских сестер отмечали постоянное и достаточно высокое нервно-психическое напряжение. По частоте СЭВ врачи-наркологи занимают одну из ведущих позиций. В качестве причин такой высокой подверженности психологи называют: «трудный» контингент больных и их родственников, длительность и трудоемкость терапевтического процесса по достижении ремиссии у зависимых от ПАВ, затрудненного не критичностью больных к своему заболеванию, большое количество рецидивов у больных (Макаров В. В., 1990; Лукьянов В. В., 2007; Silbert M. V., 1981; Dahlin M., 2009).

По приводимым П. И. Сидоровым данным (2008), почти 80 % врачей-психиатров и психиатров-наркологов имеют признаки СЭВ разной степени выраженности. Л. Н. Юрьева (2006), обследовав 100 психиатров Восточной Украины, выявила признаки этого синдрома у 79 %. О наибольшей подверженности психиатров к развитию СЭВ указывают данные В. Л. Дресвянникова и др. (2010).

В. В. Лукьянов (2007) изучал степень выраженности и структуру синдрома эмоционального выгорания у наркологов. Автор показал достоверные отличия симптомов эмоционального выгорания у наркологов в зависимости от возраста и стажа профессиональной деятельности. Испытуемые со стажем работы до 10 лет продемонстрировали наибольшие степени выраженности симптомов «неадекватного избирательного эмоционального реагирования» и «редукции профессиональных обязанностей», проявляющихся в попытках облегчить или сократить профессиональные обязанности, требующие эмоциональных затрат. У наркологов со стажем работы от 10 до 20 лет была отмечена наибольшая выраженность таких симптомов, как «переживание психотравмирующих обстоятельств», «эмоциональная отстраненность» и «психосоматические и психовегетативные нарушения». У наркологов со стажем работы более 20 лет наибольшей степенью выраженности отличался симптом «неадекватного избирательного эмоционального реагирования».

В работе И. А. Бердяевой, Л. Н. Войт (2012) были выявлены особенности развития СЭВ в различных профессиональных группах, при этом самые высокие показатели выраженности фаз синдрома наблюдались в группе врачей-онкологов; на втором месте находились врачи-психиатры, а выявленные изменения были расценены как результат воздействия продолжительного профессионального стресса. В качестве основной причины эмоционального выгорания В. Williams (2002) называет неудовлетворенность своей работой. Кроме того, неудовлетворенность врача работой имеет высокую корреляцию с неудовлетворенностью пациента лечением (Haas J. S., 2000) и низким комплаенсом больных (DiMatteo M. R., 1993).

В других исследованиях было доказано, что высокую корреляцию с неудовлетворенностью своей работой и с СЭВ имеют тяжелые условия труда, особенно переработки, и плохой контроль за выполняемой работой (Thommasen H. V., 2001; Williams E. S., Freeborn D. K., 2001; Maslach C., 2001; Edwards N., 2002; Wetterneck T. B., 2002; Skinner A. C., 2003).

По мнению Е. П. Ильина (2008), существуют три группы факторов, играющих существенную роль в формировании эмоционального выгорания: личностные, ролевые и организационные. П. И. Сидоров, А. В. Парняков (2010) к одной из главных причин выгорания относят психологическое переутомление: когда требования (внутренние и внешние) длительное время преобладают над ресурсами (внутренними и внешними), что и приводит к нарушению состояния равновесия и возникновению синдрома. F. J. Lee et al. (2008) установили, что внутрисемейные проблемы также способствуют усилению выраженности эмоционального выгорания.

Многие авторы отмечают, что профилактика и коррекция синдрома эмоционального выгорания во многом определяются личностными факторами, способствующими и препятствующими его возникновению и развитию (Водопьянова Н. Е., 2005; Орел В. Е., 2005; Лукьянов В. В., 2007; Burisch M., 1993). И. И. Галецкая, М. В. Мельник (2007) обратили внимание на меньшую вероятность и интенсивность выгорания у специалистов с положительным отношением к миру и более высоким уровнем самоуважения (Черникова Т. В. и др., 2011). Е. Г. Ожогова (2008) в своем исследовании показала, что для профессионалов с отсутствием или незначительной выраженностью синдрома эмоционального выгорания характерно гармоничное соотношение компонентов в системе смысложизненных ориентаций и преобладание таких ценностей, как «духовное удовлетворение», «творчество» и «активная социальная жизнь».

Обычные стратегии снижения выраженности синдрома эмоционального выгорания включают хорошее питание и времяпровождение с семьей и друзьями. Также должна проводиться коррекция системы профессиональных ценностей (Maslach C., 2001). К. М. Swetz et al. (2009) установили, что врачи, работающие в хосписах и других сферах паллиативной медицины, используют различные методики для избегания СЭВ. В первую очередь это поддержание профессиональных коммуникаций (60 %), размышления о будущей смене деятельности (47 %), общение друг с другом (47 %), изоляция от коллег (20 %), хобби (40 %).

Одним из важных факторов профилактики СЭВ является оптимизация условий труда. Были попытки проведения исследования по подбору оптимальной длительности визита к врачу (O'Connell V. A. et al., 2009), но результаты имеют неоднозначную трактовку.

Согласно опроснику диагностики синдрома эмоционального выгорания В. В. Бойко (1999, 2004), различные признаки СЭВ были отмечены и у обследованных нами врачей. Так, эмоциональное выгорание было выявлено у 67,6 % (n=259) обследованных врачей (те медицинские работники, которые набирали более 61 балла по опроснику). При этом у 10,5 % (n=40) врачей фазы синдрома находятся на стадии формирования (те врачи, которые набирали от 31 до 60 баллов). У 21,9 % (n=84) респондентов не было отмечено признаков эмоционального выгорания (суммарный балл по опроснику составлял менее 31), т. е. это были здоровые врачи, пока еще не подверженные профессиональной деформации. Показатели опросника В. В. Бойко представлены на рисунке 4.

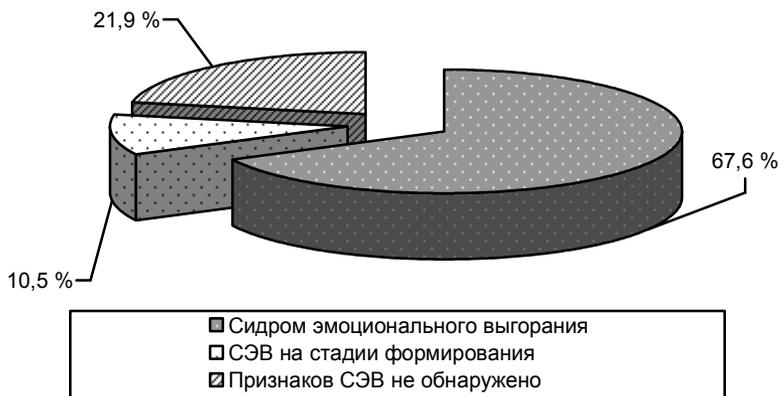


Рис. 4. Показатели опросника диагностики синдрома эмоционального выгорания у врачей, %

Как уже было отмечено, у 67,6 % врачей имеется синдром эмоционального выгорания. Из рисунка 5 видно, что у 61,6 % (n=236) обследованных полностью сформирована только одна из трех фаз синдрома: при этом сформированная фаза напряжения (ФН) выявлена у 12,8 % (n=49) врачей, фаза резистенции (ФР) – у 34,0 % (n=130) и фаза истощения (ФИ) – у 14,8 % (n=57) респондентов. У 3,9 % (n=15) врачей сформированы две фазы, их комбинация может быть следующей: ФН+ФР; ФН+ФИ; ФР+ФИ. У 2,1 % (n=8) полностью сформированы все три фазы синдрома: ФН+ФР+ФИ (ввиду малой выборки распределение по полу, специализации и стажу работы врачей с двумя или тремя сформированными фазами СЭВ не проводилось).

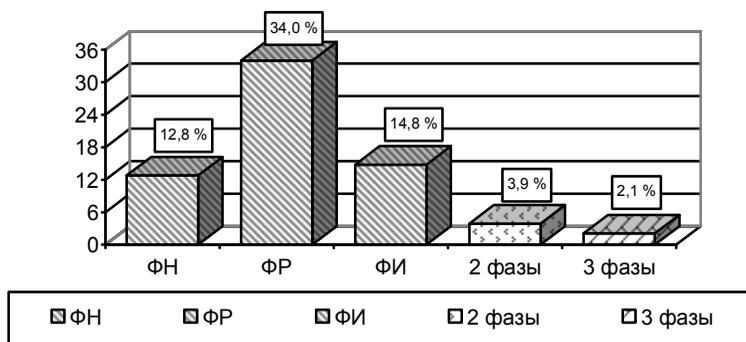


Рис. 5. Структура синдрома эмоционального выгорания у врачей, %

При анализе распространенности эмоционального выгорания с учетом половой принадлежности были получены следующие результаты. Фаза напряжения выявлена у 12,0 % женщин и у 14,5 % мужчин. Показатель фазы резистенции у женщин составил 38,5 %, что достоверно превышает показатель фазы резистенции у мужчин – 25,2 % ($p=0,009$). Фаза истощения была выявлена у 15,8 % врачей-женщин и 12,9 % врачей мужского пола (табл. 9).

Т а б л и ц а 9

Распространенность фаз СЭВ у врачей с учетом пола

Фазы СЭВ	Женщины (n=252)		Мужчины (n=131)	
	абс.	%	абс.	%
Напряжение (n=49)	30	12,0	19	14,5
Резистенция (n=130)	97	38,5	33	25,2**
Истощение (n=57)	40	15,8	17	12,9

Примечание. Статистическая значимость различий между группами обозначена: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.

Учитывая специализацию врачей, также были выявлены различия в показателях фаз эмоционального выгорания. Так, фаза напряжения у онкологов была выявлена в 21,2 % случаев, что весомо больше по сравнению с врачами хирургического профиля – 4,5 % ($p=0,008$). Показатель фазы напряжения у врачей СМП составил 18,8 % и также достоверно превышал показатель врачей хирургического профиля ($p=0,01$). Фаза напряжения у психиатров-наркологов составила 16,3 % и превысила фазу врачей хирургического профиля ($p=0,02$). Показатели данной фазы у врачей терапевтического профиля и акушеров-гинекологов составили 12,0 и 8,9 % и не отличались от показателей других врачей.

Фаза резистенции была выявлена у онкологов в 51,5 % случаев, что достоверно больше, чем у врачей хирургического ($p=0,009$) и терапевтического ($p=0,04$) профилей, показатели которых составили 25,4 и 31,3 % соответственно. У психиатров-наркологов фаза резистенции составила 38,7 %, у акушеров-гинекологов – 32,8 % и у врачей скорой медицинской помощи – 32,1 %.

У врачей СМП фаза истощения была выявлена в 26,4 % случаев и не только превышала фазу истощения врачей хирургического профиля – 4,5 % ($p=0,0006$), но и акушеров-гинекологов – 11,9 % ($p=0,04$). При этом показатель фазы истощения у врачей хирургического профиля был ниже по сравнению с показателями врачей терапевтического профиля – 16,8 % ($p=0,01$), онкологов – 18,2 % ($p=0,02$) и психиатров-наркологов – 15,0 % ($p=0,03$). Показатели распространенности эмоционального выгорания с учетом специализации врачей представлены в таблице 10.

Таблица 10

Распространенность синдрома эмоционального выгорания у врачей с учетом специализации

Фазы СЭВ	Специализация врачей											
	терапевтического профиля (n=83)		психиатры и наркологи (n=80)		хирургического профиля (n=67)		акушеры-гинекологи (n=67)		врачи СМП (n=53)		онкологи (n=33)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Напряжение (n=49)	10	12,0	13	16,3 [▲]	3	4,5	6	8,9	10	18,8 [▲]	7	21,2 ^{▲▲}
Резистенция (n=130)	26	31,3	31	38,7	17	25,4	22	32,8	17	32,1	17	51,5 ^{▲▲*}
Истощение (n=57)	14	16,8 [▲]	12	15,0 [▲]	3	4,5	8	11,9	14	26,4 ^{▲▲▲}	6	18,2 [▲]

Примечание. Статистическая значимость различий между группами врачей обозначена: врачи терапевтического профиля: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$; психиатры-наркологи: [■] – $p<0,05$; [■] – $p<0,01$; [■] – $p<0,001$; врачи хирургического профиля: [▲] – $p<0,05$; ^{▲▲} – $p<0,01$; ^{▲▲▲} – $p<0,001$; акушеры-гинекологи: [◇] – $p<0,05$; ^{◇◇} – $p<0,01$; ^{◇◇◇} – $p<0,001$; врачи скорой медицинской помощи: ^{*} – $p<0,05$; ^{**} – $p<0,01$; ^{***} – $p<0,001$; онкологи: ^{*} – $p<0,05$; ^{**} – $p<0,01$; ^{***} – $p<0,001$.

Анализ распространенности синдрома эмоционального выгорания с учетом стажа работы врачей показал, что фаза напряжения у врачей со стажем до 10 лет встречается в 16,1 % случаев и достоверно чаще, чем у медицинских работников со стажем от 10 до 20 лет, чей показатель составил 7,6 % ($p=0,02$). При этом показатель фазы напряжения у врачей со стажем более 20 лет составил 15,7 % и также был выше показателя фазы напряжения у врачей со стажем работы от 10 до 20 лет ($p=0,04$).

Показатели фазы резистенции у врачей были выражены в равной степени и составили 35,7 % у респондентов со стажем до 10 лет; 34,7 % – у врачей со стажем от 10 до 20 лет; 30,4 % – у врачей, чей стаж был более 20 лет. Фаза истощения у врачей со стажем более 20 лет составила 23,5 % и встречалась чаще, чем у врачей со стажем от 10 до 20 лет – 11,8 % ($p=0,01$) и менее 10 лет – 11,7 % ($p=0,01$) (табл. 11).

Таблица 11

Распространенность фаз СЭВ с учетом стажа работы врачей

Фазы СЭВ	Стаж работы					
	до 10 лет (n=137)		10-20 лет (n=144)		более 20 лет (n=102)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Напряжение (n=49)	22	16,1*	11	7,6	16	15,7*
Резистенция (n=130)	49	35,7	50	34,7	31	30,4
Истощение (n=57)	16	11,7*	17	11,8*	24	23,5

Примечание. Статистическая значимость различий между группами обозначена: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.

Таким образом, результаты данного раздела исследования показали, что психическое здоровье врачей остается неудовлетворительным: клинически очерченные синдромы невротических нарушений достоверно чаще встречаются среди женщин. Такие расстройства, как тревожные, астенические и вегетативные чаще встречаются у врачей скорой медицинской помощи, тогда как расстройства истерического спектра являются преобладающими среди врачей терапевтического профиля.

У 67,6 % врачей сформирована одна из фаз синдрома эмоционального выгорания, при этом у 10,5 % врачей фазы находятся на стадии формирования, а у 21,9 % респондентов не выявлено признаков СЭВ. Фазы напряжения и резистенции больше всего были выражены у врачей-онкологов, а истощения – у врачей скорой медицинской помощи. Кроме этого, фаза напряжения чаще встречается у медицинских работников со стажем менее 10 лет и более 20 лет работы, а фаза истощения – у врачей, чей стаж также превышает 20-летний рубеж.

Личностная тревожность высокого уровня более выражена у врачей-женщин, а также у онкологов и врачей скорой медицинской помощи.

Глава 3

Профессия врача – это подвиг, она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов.

А. П. Чехов

НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ВРАЧЕЙ

3.1. Алкогольная и другие зависимости среди врачей

В большинстве стран мира зависимость от алкоголя встречается в настоящее время значительно чаще других нарколологических заболеваний, при этом проблема алкоголизма рассматривается учеными как одна из актуальных, требующая разработки срочных профилактических мер (Говорин Н. В., 2007—2010; Семке В. Я., 2008; Holder H., 2000; Jernigan D., 2001; Swinehart E., 2007).

По данным ВОЗ (2000), более 140 млн лиц в мире страдают алкогольной зависимостью, 400 млн злоупотребляют алкоголем. Российская Федерация входит в число регионов с наиболее высокими показателями заболеваемости данной патологией, что легко подтверждается сведениями государственной статистики (Кошкина Е. А. и др., 2008). По сегодняшний день алкогольная ситуация в России продолжает оставаться напряженной и даже чрезвычайной: растет число больных алкогольной зависимостью, которых по официальным данным насчитывается более 2,5 млн человек, а также лиц, злоупотребляющих алкоголем, совокупный показатель распространенности которых по результатам эпидемиологических исследований составляет от 10—12 до 20 млн человек (Немцов А. В., 2007; Говорин Н. В., 2007—2010).

Несмотря на столь неблагоприятную алкогольную ситуацию в целом по стране, остается недостаточно изученной проблема алкоголизации среди медицинских работников. Среди профессиональных групп, подверженных алкоголизму, положение врачебной корпорации особенно сложное, поскольку должностные обязанности ставят их на передний край борьбы с алкоголизмом, а их человеческие качества могут иметь недостатки, свойственные всем людям. Сама профессиональная обязанность медицинских работников предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс. Это ответственность за жизнь и здоровье пациентов; длительное нахождение в «поле» отрицательных эмоций; неравномерный режим работы с ночными и суточными дежурствами; заработная плата, не соответствующая степени социальной ответственности, что вызывает чувство неудовлетворенности и личностные стрессы (Щербатых Ю. В., 2006).

Неудовлетворенность социально-психологических потребностей может вести к мнимому удовлетворению с помощью алкоголя или развитию невротических и аффективных нарушений, для коррекции которых также используется алкоголь (Тищенко П. Д., 2000).

Многие исследователи относят профессию врача к факторам повышенного риска злоупотребления алкоголем и наркотиками (Величковский Б. Т., 2005; Лукьянов В. В., 2007; Gallegos K., 1999). Кроме «профессиональных вредностей», которые обсуждались выше, большое значение авторы придают личностным характеристикам врачей (Schifferdecker M., 1996).

У большинства врачей со временем появляются психосоматические нарушения, возрастает уровень тревоги, склонность к депрессии и использованию медикаментозных средств и алкоголя для коррекции эмоционального напряжения, а в итоге – к аддитивному поведению (Энтин Г. М., 1990; Москаленко В. Д., 2004). По данным П. И. Сидорова и А. В. Парнякова (2010), около трети врачей для снятия эмоционального напряжения используют медикаментозные средства и алкоголь. Проблема злоупотребления алкоголем у врачей и другими ПАВ обсуждается в литературе уже более 100 лет, цифры и значимость данного вопроса дискутируются (Brewster J., 1986). Однозначного мнения по данному вопросу не существует. Кроме того, данные по подобной статистике предпочитают не афишировать, с этим связано отсутствие современных показателей статистики в открытом доступе.

Распространенность зависимости от ПАВ среди действующих врачей в конце прошлого века, по разным данным, составляла от 10 до 14 % (Bissell L., 1976; Herrington R. E., 1979; Farley W. J., 1992; Farley W. J., 1994). Такие показатели означают, что процент злоупотребляющих алкоголем среди врачей приблизительно соответствует таковому в общей популяции, что отмечается большинством исследователей (Myers T., 1986; Blondell R. D., 1993; Centrella M., 1994; Skipper G., 1997; Akvardar Y., 2004). Однако в отличие от общей популяции распространенность алкоголизма среди врачей-женщин такая же, как среди мужчин (Skipper G., 1997). По оценке Национального института психического здоровья (программа эпидемиологического исследования ЕСА) в США 20,1 % врачей страдают алкоголизмом и 7,1 % – наркоманией (Robins L., 1991). Среди больных алкоголизмом 95,4 % мужчин и 4,6 % женщин, а среди больных наркоманией – 86,8 % мужчин и 13,2 % женщин.

По данным Д. Брук (2000), злоупотребление алкоголем и наркотиками среди врачей составляет 8—12 %, примерно такая же распространенность отмечается среди остального населения. А. П. Андреева и др. (2005) выявили, что в Чувашии около 2 % врачей страдает алкогольной зависимостью, что сопоставимо с регистрируемыми общепопуляционными показателями. При этом из 40 врачей, обратившихся в наркологический диспансер и страдающих алкоголизмом, 35 % составили хирурги, 15 % – анестезиологи-реаниматологи, 15 % – акушеры-гинекологи, 7,5 % – терапевты и 5 % – педиатры.

В Кабардино-Балкарии на протяжении 5 лет Д. Ч. Темноевым (2005) было обследовано 74 врача, больных алкоголизмом, и 38 врачей, больных наркоманией. Выявлены особенности врачебных болезней зависимости: более выражена анозогнозия; обращаемость, как правило, происходит в запущенных случаях. Больные алкоголизмом врачи быстрее и грубее деградировали, были демонстративны и дисфоричны; около 30 % не справлялись с прямыми обязанностями и меняли места работы. Больные наркоманией были более изворотливы, «дипломатичны», лживы, коварны, благодаря чему немного дольше сохранялись на работе. Излишняя самоуверенность, повышенная самооценка себя как специалиста, по существу, являются проявлением алкогольной анозогнозии, а наличие врачебного диплома как такового еще более усугубляет ее проявление. Сдерживающее влияние профессии сказывается на относительно малой прогрессивности алкоголизма, тщательном его сокрытии и поздней обращаемости за помощью.

Показано, что подверженность врачей алкоголизации обусловлена развитием привычки к употреблению алкоголя в период учебы в институте, на раннем этапе профессиональной деятельности, что связано с эмоционально-стрессовым состоянием (McAuliffe W. E. et al., 1986). Т. Ю. Гречко и др. (2005), обследовав 757 студентов-медиков обнаружили, что признаки алкогольной зависимости имеются у 8,8 %, а признаки злоупотребления алкоголем – у 11,3 %, что говорит о наличии серьезной проблемы алкоголизма среди студентов медицинских вузов. Зарубежные исследования, проведенные в конце прошлого века в ряде стран, показали, что среди врачей-ординаторов алкоголем злоупотребляет от 10 до 20 % данного контингента (Lewy R., 1986; Firth-Cozens J., 1987; Koran L., 1988; Baptiste T., 1993).

В одном из самых крупных исследований в США было установлено, что употребление алкоголя среди врачей-интернов обоих полов значительно выше, чем среди их сверстников, при этом только 5 % интернов употребляют алкоголь ежедневно (Hughes P. H., 1991). В другом крупном исследовании было выявлено, что интерны-педиатры и патологоанатомы чаще, чем интерны других 11 специальностей, употребляли алкоголь.

Проанализировав исследования среди интернов, J. R. Knight (1999) показал, что в них обсуждались в основном употребление алкоголя, а не зависимость. Сам автор считает, что проблема алкоголизма среди молодых педиатров значима, и должны создаваться программы по профилактике алкоголизма и раннему вмешательству при выявлении данной проблемы. По данным автора, 15 % интернов и ординаторов имеет скрытый, а 7 % – явный алкоголизм. Через год (Knight J. R., 2000) была опубликована статья, в которой описывалась неожиданная, с точки зрения авторов, реакция аудитории на предыдущую публикацию. Авторы получили немало комментариев и претензий о том, что статистика по алкоголизму была завышена и реальные цифры значительно ниже.

Если исключить из анализа алкоголь, то распространенность химической зависимости среди врачей будет составлять примерно 1—2 % (Herrington R. E., 1979; Ward C. F., 1979; Gravenstein J. S., 1983; Ward C. F., 1983; Domenighetti G., 1991). В некоторых исследованиях отмечено, что среди врачей чаще встречается злоупотребление опиатами и бензодиазепинами. Авторы объясняют такую статистику возможностью врачей самим выписывать себе препараты данных групп (Брук Д., 2000; Hughes P. H., 1991; Centrella M., 1994).

В работе Н. В. Асланбековой (2008) было установлено, что 53,7 % врачей стационарного профиля Республики Казахстан имеют проблемы с зависимостью или злоупотреблением (употребление с вредными последствиями) от ПАВ (алкоголь, табак, кофеин); 16,9 % врачей имеют проблемы с зависимостью или злоупотреблением алкоголя, а 8,0 % врачей имеют алкогольную зависимость, что превышает показатели распространенности данной психической патологии среди всего населения в 2,5 раза (3,0 %). В 1,6 раза чаще зависимостью страдали мужчины. Основными мотивами употребления ПАВ среди врачей стационарного профиля являются мотив гиперактивации поведения и атактический мотив. Специфическими мотивами употребления ПАВ среди врачей являются псевдопревентивный мотив – в це-

лях профилактики физических и психических заболеваний, даже в случае, если реальной причины для этого нет, а также профессионально-адаптивный мотив – в целях оптимизации психофизиологического состояния в соответствии с требованиями или условиями предстоящей профессиональной задачи. Среди лиц с аддиктивными расстройствами в 1,5 раза чаще встречались врачи хирургического профиля, что объяснялось высокой операциональной напряженностью в сравнении с врачами терапевтического профиля.

Г. А. Обуховым (1996) проанализировано влияние врачебной специальности на уровень и склонность к алкоголизации: так, из 45 больных алкоголизмом врачей было 15 хирургов, 8 главных врачей участковых больниц, 6 врачей СЭС, 4 стоматолога, 4 терапевта, 3 рентгенолога, 2 психиатра и по 1 врачу других специальностей. Сделан вывод, что не специальность определяет склонность к алкоголизации, а склонность к алкоголизации определяет выбор специальности.

Также в качестве группы риска Л. Ф. Тихомирова (1985) выделила лиц, употребляющих алкоголь 1 раз в неделю: у анестезиологов этот показатель составил 36,0 %, у хирургов – 27,4 %, рентгенологов – 14,3 %, акушеров – гинекологов – 6,2 % и у стоматологов – 5 %. По данным В. Ф. Мельникова (1985), в общей совокупности заболевших алкоголизмом врачей 20 % составляли терапевты, 16 % – хирурги, 15 % – стоматологи, 12 % – врачи скорой помощи, 5 % – психиатры, 5 % – гинекологи, по 2 % рентгенологи, дерматологи и инфекционисты.

В литературе встречаются сведения, что у врачей узких специальностей риск развития алкогольной и наркотической зависимостей выше, чем у врачей общего профиля (Hughes P. H., 1991). Кроме того, в доступной литературе имеются указания на то, что распространенность химических зависимостей у анестезиологов встречается чаще, чем у врачей других специальностей (Talbot G. D., 1987; Ward C. F., 1992). Согласно результатам обследования медицинского персонала колледжа Висконсина, около 16 % анестезиологов злоупотребляли препаратами с наркотическими свойствами (Hughes P. H., 1991).

Среди участников двух реабилитационных программ по оказанию помощи работникам здравоохранения больше всего было анестезиологов и семейных врачей (Talbot G. D., 1987; Rice B., 1999).

G. A. Kenna et al. (2008) пытались выявить факторы риска зависимости от алкоголя и других ПАВ среди работников здравоохранения. Этот анализ показал, что наибольшую значимость имели молодой возраст, курение, употребление алкоголя в предшествующий исследованию год, неуверенность в профессиональных навыках, нахождение в обществе, регулярные предложения со стороны социума употребить алкоголь или ПАВ. Полученные данные согласуются с результатами Национальных исследований использования ПАВ в США (Results from the 2006 National Survey on Drug Use and Health), где было показано, что с возрастом риск применения ПАВ снижается как среди всего населения, так и среди врачей. Так, риск смерти от ПАВ среди анестезиологов максимален в течение первых 5 лет после окончания университета (Alexander B. H., 2000).

Ранее было установлено, что медицинские работники моложе 35 лет часто используют несколько ПАВ (Bissell L., 1989). Констатируется, что влияние социума на частоту употребления ПАВ неоднозначно. G. Bohigian (1994) показал, что зависимые от ПАВ врачи обычно одиноки и становятся изолированными. В исследовании G. A. Kenna (2008) продемонстрировано, что врачи, имеющие различного рода зависимости, часто взаимодействовали не только с людьми с аддиктивным поведением, но и без такового. По мнению P. H. Hughes et al. (1992), желание сохранить общественное положение и профессиональный статус может удержать врача в дальнейшем от злоупотребления наркотиками и алкоголем.

3.2. Распространенность и структура алкоголизации среди врачей

Для установления алкогольных проблем нами использовалась анкета-опросник, разработанная доцентом кафедры психиатрии ЧГМА, к. м. н. Л. Т. Морозовым. Анкета включает в себя 12 вопросов, направленных на выявление злоупотребления алкоголем и алкоголизма, учитывая частоту и дозу употребления алкоголя, наличие абстинентного синдрома, а также проблем, связанных с употреблением алкоголя. Данная методика хорошо зарекомендовала себя и уже длительно используется врачами-наркологами Забайкальского края (Говорин Н. В., 2010; Морозов Л. Т., 2012).

Кроме того использовался тест AUDIT (Babor T. et al., 1989; Thomas F. et al., 2001), разработанный ВОЗ с целью проведения скрининга на предмет чрезмерного употребления алкоголя, в особенности для выявления лиц, у которых употребление алкоголя является опасным для здоровья; лиц, злоупотребляющих алкоголем или страдающих алкогольной зависимостью. Данный тест состоит из 10 вопросов, касающихся употребления алкоголя и связанных с его употреблением последствий и проблем. Каждый вопрос оценивался по балльной шкале (от 0 до 4 баллов).

Если обследуемый набирает от 0 до 7 баллов, то это расценивается как безопасное употребление алкоголя: риск возникновения проблем со здоровьем минимален. 8—15 баллов – опасное потребление алкоголя: установившийся тип потребления, несущий с собой высокий риск будущего ущерба здоровью, физическому или психическому, который еще не привел в результате к заболеванию. Угрожающие паттерны употребления критикуют и не одобряют другие люди, иногда они приводят к социальным последствиям типа домашних конфликтов, финансовых трудностей и опозданий на работу. 16—19 баллов – вредное потребление алкоголя: тип потребления наносит ущерб физическому и психическому здоровью, появляются кратковременные запои с выпадением из нормального хода жизни, такие лица часто критикуются окружающими. 20 баллов и больше – синдром зависимости от алкоголя: комплекс симптомов и типов поведения, свидетельствующих о том, что алкоголь занял центральное место в жизни человека, появилась выраженная психическая и физическая зависимость, неконтролируемое употребление спиртного. Следует отметить, что соответственно нарастанию тяжести алкоголизации увеличивается количество набранных баллов, результат в 8 баллов и более позволяет выявить злоупотребление алкоголем.

Дополнительные вопросы касались наличия других аддиктивных форм поведения: табакокурение, чрезмерное употребление кофе, переедание с указанием причины и характера употребления.

Выделение донологических форм употребления спиртных напитков было основано на классификации Э. Е. Бехтеля (1986) с использованием частотно-количественного критерия, что предусматривает деление на абстинентов (не употребляющих), случайно пьющих, ситуационно пьющих, систематически и привычно пьющих (Бехтель Э. Е., 1986).

Абстиненты – лица, не употребляющие спиртные напитки вообще или употребляющие их столь редко и в столь малых количествах (до 100 г вина 2—3 раза в год), что этим можно пренебречь. Органолептически алкоголь воспринимается ими безразлично. Эйфоризирующее действие алкоголя кратковременно, проявляется незначительно или вообще отсутствует, полностью сохраняется контроль над поведением и речью. После прекращения приема спиртного довольно длительно и субъективно тяжело ощущается соматический дискомфорт.

Случайно пьющие – лица, употребляющие в среднем 0,3—0,5 вина или 50—150 мл водки от нескольких раз в год до нескольких раз в месяц. Эти люди, как правило, не испытывают приятных ощущений в состоянии опьянения, а поэтому они не стремятся к увеличению дозы алкоголя или частоты его употребления. Степень опьянения у таких лиц незначительная, полностью сохраняется контроль над количеством выпитого, своими поступками и действиями. Первые признаки опьянения приводят к сокращению приема спиртного и отказу от него. На следующий день после употребления спиртного возможно ухудшение психического состояния (депрессия) и обострение соматической патологии.

Ситуационно (умеренно) пьющие – лица, употребляющие по 100—150 мл водки (максимально до 300—400 мл) 1—4 раза в месяц. Они испытывают удовольствие от состояния опьянения, эйфоризирующее действие алкоголя у них выражено умеренно, у данных лиц начинает формироваться алкогольная потребность, но она в этой группе является дополнительной и не играет существенной роли в жизни умеренно употребляющих алкоголь. Структура потребностей и мотивов личности не меняется.

Систематически пьющие (алкогольная акцентуация) – лица, употребляющие по 200—300 мл водки (максимально до 500 мл) 1—2 раза в неделю, у которых отмечается выраженный эйфоризирующий эффект спиртных напитков. Кроме частого принятия алкоголя и начинающегося увеличения дозы, в состоянии опьянения характерно появление нарушений поведения, наблюдается формирование определенного стиля и образа жизни. Явления дискомфорта после употребления алкоголя минимальны, чаще всего проявляются после передозировки.

Привычно пьющие (предалкоголизм) – лица, употребляющие 500 мл водки (и более) 2—3 раза в неделю и чаще. Характери-

зуются усилением алкогольной потребности, что сопровождается формированием симптома желательности алкоголизации.

Желание принять алкоголь возникает всякий раз, как этому предоставляется возможность, растет толерантность к спиртным напиткам, удлиняется период опьянения, эйфоризирующий эффект спиртных напитков развивается быстрее и выражается интенсивнее. Развивающаяся алкогольная потребность деформирует мотивационное поле личности. Социально-позитивные установки, составляющие ядро личности, начинают оттесняться на второй план и редуцироваться. Алкоголь в их жизни с каждым годом занимает все более важное место, становясь основным источником получения удовольствия. В конечном итоге злоупотребление алкоголем сказывается на профессиональном уровне, семейной жизни, на социальном положении, и тогда привычное пьянство уже перерастает в алкоголизм. Ведущим критерием перехода от пьянства к алкоголизму является появление обсессивного влечения.

Для диагностики синдрома зависимости от алкоголя (F10.2) или употребления алкоголя с вредными последствиями (F10.1) использовались критерии МКБ-10.

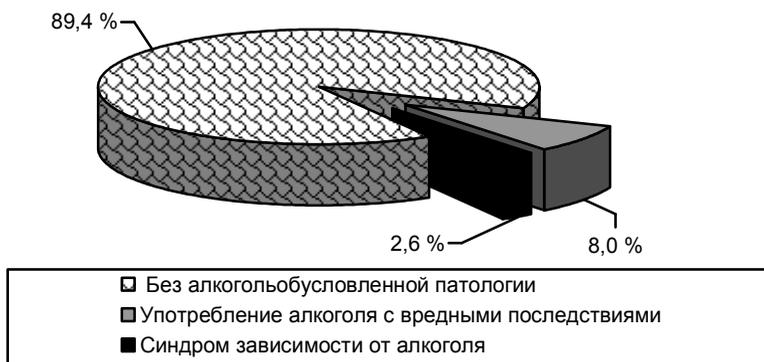


Рис. 6. Распространенность наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя, среди врачей

При обследовании врачей наркологическая патология, связанная алкоголизацией, установлена в 10,6 % случаев: употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1) было выявлено у 8,0 % врачей, синдром зависимости от алкоголя (F10.2) – у 2,6 %. В свою очередь, врачей, не имеющих алкогольной патологии, было 89,4 % (рис. 6).

Структура алкоголизации респондентов с учетом донологических форм потребления алкоголя по классификации Э. Е. Бехтеля (1986) выглядела следующим образом: абстинентов, т. е. не злоупотребляющих алкоголем врачей было 12,8 %, случайно пьющих – 48,5 %, умеренно пьющих – 27,9 %, систематически пьющих – 4,4 %, привычно пьющих – 3,6 % и с синдромом зависимости – 2,6 % (табл. 12).

Таблица 12

Структура алкоголизации врачей с учетом донологических форм потребления алкоголя

Структура алкоголизации	абс.	%
Абстиненты (не употребляющие)	49	12,8
Случайно пьющие	186	48,5
Умеренно пьющие	107	27,9
Систематически пьющие	17	4,4
Привычно пьющие	14	3,6
Синдром зависимости от алкоголя	10	2,6
Всего	383	100,0

Среди лиц мужского пола употребление алкоголя с вредными последствиями было диагностировано в 18,3 % случаев, алкогольная зависимость – в 6,9 %; в контингенте лиц женского пола – в 2,7 и 0,4 % случаев соответственно, что говорит о наличии алкогольных расстройств у 25,2 % мужчин и 3,1 % женщин ($p=0,0001$), т. е. у каждого четвертого врача-мужчины была диагностирована алкогольная патология.

При этом среди не злоупотребляющих было значительно больше женщин ($p=0,0001$), в свою очередь, среди употребляющих алкоголь с вредными последствиями было достоверно больше мужчин ($p=0,0001$), также как среди страдающих синдромом зависимости от алкоголя преобладали лица мужского пола ($p=0,0002$).

Таблица 13

Гендерные особенности структуры алкоголизации врачей

Структура алкоголизации	Женщины		Мужчины	
	абс.	%	абс.	%
Не злоупотребляющие (n=342)	244	96,9***	98	74,8
Употребление алкоголя с вредными последствиями (n=31)	7	2,7	24	18,3***
Синдром зависимости от алкоголя (n=10)	1	0,4	9	6,9***
Всего	252	100,0	131	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий между группами обозначена: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.*

В таблице 13 представлены отличия в структуре алкоголизации между мужчинами и женщинами.

В соответствии с выделенными возрастными группами алкогольные расстройства были выявлены у 7,9 % врачей в возрасте от 23 до 30 лет (за счет пагубного употребления алкоголя); у 13,7 % – в возрасте от 31 до 50 лет (употребление с вредными последствиями – у 10,2 %; синдром зависимости от алкоголя – у 3,5 %); у 7,2 % врачей в возрасте от 51 до 70 лет (употребление с вредными последствиями – у 4,1 %; синдром зависимости от алкоголя – у 3,1 %).

Возрастные особенности структуры алкоголизации врачей представлены на рисунке 7. При этом достоверных отличий в структуре алкоголизации данных возрастных групп не выявлено.

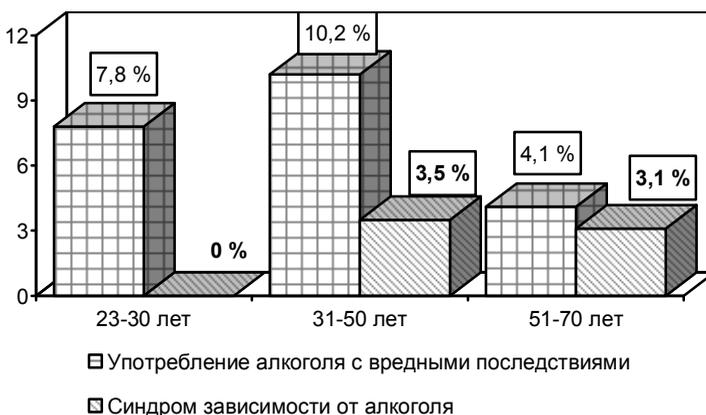


Рис. 7. Возрастные особенности структуры алкоголизации врачей

Среди обследованных врачей были преимущественно женатые или замужние – 70,0 % (n=268); состоявших в гражданском браке было 7,3 % (n=28); холостых (не замужних) было 11,0 % (n=42) и разведенных – 11,7 % (n=45). У 81,5 % врачей были дети, 18,5 % – не имело детей.

Учитывая семейный статус, наркологическая патология, связанная с употреблением алкоголя, была выявлена у 12,3 % женатых (замужних) (употребление алкоголя с вредными последствиями – у 8,9 %; синдром зависимости – у 3,4 %); у 7,2 % врачей, состоявших в гражданском браке (употребление алкоголя с вредными последствиями – у 3,6 %; синдром зависимости –

у 3,6 %); у 7,2 % холостых (не замужних) (за счет пагубного употребления алкоголя) и у 6,7 % разведенных, также за счет пагубного употребления алкоголя. Следует отметить, что среди лиц с синдромом зависимости от алкоголя были преимущественно женатые или замужние врачи. В остальном по семейному анамнезу достоверных отличий в зависимости от тяжести алкоголизации выявлено не было (табл. 14а и 14б).

Таблица 14 а

Структура алкоголизации с учетом семейного статуса

Структура алкоголизации	Семейное положение							
	Женат/замужем		Гражданский брак		Холост/не замужем		Разведен (а)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Не злоупотребляющие (n=342)	235	87,7	26	92,8	39	92,8	42	93,3
Употребление алкоголя с вредными последствиями (n=31)	24	8,9	1	3,6	3	7,2	3	6,7
Синдром зависимости от алкоголя (n=10)	9	3,4	1	3,6	-	-	-	-
Всего	268	100,0	28	100,0	42	100,0	45	100,0

Таблица 14 б

Структура алкоголизации с учетом количества имеющих детей в семье

Структура алкоголизации	Количество детей в семье							
	1 ребенок		2 детей		> 2 детей		Нет детей	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Не злоупотребляющие (n=342)	137	90,2	127	87,6	12	80,0	66	93,0
Употребление алкоголя с вредными последствиями (n=31)	10	6,6	15	10,3	2	13,3	4	5,6
Синдром зависимости от алкоголя (n=10)	5	3,2	3	2,1	1	6,7	1	1,4
Всего	152	100,0	145	100,0	15	100,0	71	100,0

Была проанализирована распространенность алкогольных расстройств среди врачей, имеющих разную специализацию. Так, алкогольные расстройства были диагностированы у 28,4 % врачей хирургического профиля, у 12,2 % онкологов, у 9,4 % врачей скорой медицинской помощи, у 8,4 % врачей терапевтического профиля, у 5,0 % психиатров-наркологов и у 3,0 % акушеров-гинекологов. На рисунке 8 представлена распространенность наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя среди врачей различной специализации.



Рис. 8. Распространенность наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя среди врачей разной специализации

Выявлено, что среди не злоупотребляющих алкоголем на первом месте были акушеры-гинекологи – 97,0 %, количество которых по сравнению с врачами хирургического профиля достоверно преобладало – 71,6 % ($p=0,0001$). На втором месте, также в сравнении с врачами хирургического профиля, среди абстинентов было больше психиатров и наркологов – 95,0 % ($p=0,0001$). На третьем месте были врачи терапевтического профиля – 91,6 % ($p=0,001$).

В свою очередь, среди лиц с пагубным употреблением алкоголя весомо большая часть приходилась на врачей хирургического профиля – 20,9 %, по сравнению с акушерами-гинекологами – 1,5 % ($p=0,0004$); врачами терапевтического профиля – 6,0 % ($p=0,006$); психиатрами-наркологами – 3,7 % ($p=0,001$) и врачами скорой медицинской помощи – 7,5 % ($p=0,04$). Также среди употребляющих алкоголь с вредными последствиями было 12,2 % онкологов, количество которых по сравнению с акушерами-гинекологами достоверно преобладало ($p=0,02$). Однако среди страдающих алкоголизмом врачей онкологов отмечено не было, тогда как врачи хирургического профиля имели наибольший процент по алкоголизму – 7,5 % ($p=0,04$) (табл. 15).

Частота встречаемости алкогольных расстройств зависела и от стажа работы по специальности. В группе врачей, чей стаж работы был до 10 лет, показатель не злоупотребляющих алкоголем составил 89,8 %, употребление с вредными последствиями и зависимость от алкоголя составили 9,5 и 0,7 % соответственно.

В структуре алкоголизации врачей со стажем от 10 до 20 лет не злоупотребляющих было 85,5 %, употребление с вредными последствиями – 9,7 %, синдром зависимости – 4,8 %. Что касается врачей, чей стаж был более 20 лет, то здесь показатели имели следующие значения: не злоупотребляющие – 94,2 %, употребление с вредными последствиями – 3,9 %, синдром зависимости – 1,9 %.

При этом среди врачей со стажем работы по специальности до 10 лет встречалось больше лиц с пагубным употреблением спиртного, чем среди врачей со стажем работы более 20 лет ($p=0,04$). В свою очередь, синдром зависимости от алкоголя чаще диагностировался среди врачей со стажем работы от 10 до 20 лет, чем среди врачей со стажем до 10 лет ($p=0,03$).

Таблица 15

Структура алкоголизации врачей с учетом специализации

Структура алкоголизации	Специализация											
	Врачи терапевтического профиля (n=83)		Психиатры и наркологи (n=80)		Врачи хирургического профиля (n=67)		Акушеры-гинекологи (n=67)		Врачи СМП (n=53)		Онкологи (n=33)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	76	91,6 ^{▲▲}	76	95,0 ^{▲▲▲▲}	48	71,6	65	97,0 ^{▲▲▲▲}	48	90,6 [▲]	29	87,8
2	5	6,0 ^{▲▲}	3	3,7 ^{▲▲}	14	20,9	1	1,5 ^{▲▲▲}	4	7,5 [▲]	4	12,2 [◊]
3	2	2,4	1	1,3 [▲]	5	7,5	1	1,5	1	1,9	-	-

Примечание. В 1-м столбце приведены обозначения: 1 – не злоупотребляющие алкоголем (n=342); 2 – употребление алкоголя с вредными последствиями (n=31); 3 – синдром зависимости от алкоголя (n=10).

Статистическая значимость различий между группами врачей обозначена: врачи терапевтического профиля: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$; психиатры-наркологи: ▣ – $p<0,05$; ▤ – $p<0,01$; ▥ – $p<0,001$; врачи хирургического профиля: ▲ – $p<0,05$; ▲▲ – $p<0,01$; ▲▲▲ – $p<0,001$; акушеры-гинекологи: ◊ – $p<0,05$; ◊◊ – $p<0,01$; ◊◊◊ – $p<0,001$; врачи скорой медицинской помощи: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$; онкологи: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.

Структура алкоголизации с учетом стажа работы врачей представлена в таблице 16. Как показало исследование, с нарастанием тяжести алкоголизации повышается и количество отрицательных последствий, к которым приводит употребление спиртных напитков.

Таблица 16

Структура алкоголизации врачей с учетом стажа работы

Структура алкоголизации	Стаж работы					
	До 10 лет		10—20 лет		более 20 лет	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Не злоупотребляющие (n=342)	123	89,8	123	85,5	96	94,2
Употребление алкоголя с вредными последствиями (n=31)	13	9,5	14	9,7	4	3,9*
Синдром зависимости от алкоголя (n=10)	1	0,7	7	4,8*	2	1,9
Всего	137	100,0	144	100,0	102	100,0

Примечание. Статистическая значимость различий между группами обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Так, на первый план выступают недовольство близких и получение телесных повреждений в состоянии алкогольного опьянения. У не злоупотребляющих таких проблем отмечено не было, в то время как среди употребляющих с вредными последствиями недовольство близких и случаи телесных повреждений в опьянении встречались в 48,4 и 22,6 % соответственно ($p = 0,0001$). У врачей с синдромом зависимости от алкоголя эти показатели встречались уже в 100,0 % случаев ($p = 0,0001$) (табл. 17).

Таблица 17

Последствия употребления алкоголя у врачей с учетом структуры алкоголизации

Неприятности вследствие злоупотребления спиртным	Структура алкоголизации					
	Не злоупотребляющие (n=342)		Употребление алкоголя с вредными последствиями (n=31)		Синдром зависимости от алкоголя (n=10)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Недовольство близких	-	-	15	48,4***	10	100,0***
Неприятности на работе	-	-	1	3,2	-	-
Развод	-	-	1	3,2	-	-
Наличие телесных повреждений	-	-	7	22,6***	10	100,0***

Примечание. Статистическая значимость различий между группами обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

По материалам проведения теста «AUDIT» результаты были следующими: от 0 до 7 баллов набрали 80,7 % обследованных, что можно расценивать как безопасное употребление алкоголя; от 8 до 15 баллов – 14,4 % (опасное употребление алкоголя); от 16 до 19 баллов – 3,6 % (вредное употребление алкоголя) и 20 баллов и более – 1,3 % (алкогольная зависимость), т. е. злоупотребление алкоголем выявлено этим методом у 19,3 % врачей (рис. 9; табл. 18). Показано, что с нарастанием тяжести алко-

голизации закономерно увеличивается и количество набранных баллов, поэтому результат теста в 8 баллов и более позволяет заподозрить злоупотребление алкоголем.

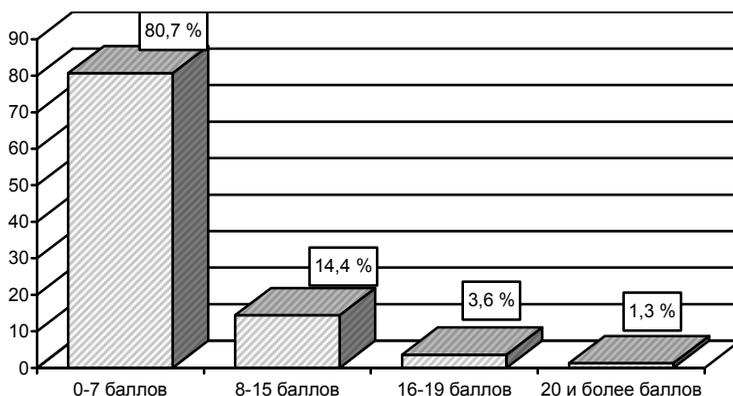


Рис. 9. Результаты теста «AUDIT» у врачей

Таблица 18

Результаты теста «AUDIT» у врачей

Распределение, баллы	Результаты теста «AUDIT» у врачей		
	абс.	%	Me (LQ; UQ)
0–7	309	80,7	2,0 (1,0; 3,0)
8–15	55	14,4	11,0 (8,0; 12,0)
16–19	14	3,6	17,0 (16,0; 19,0)
20 и более	5	1,3	20,0 (20,0; 25,0)

Помимо злоупотребления спиртными напитками, у врачей были отмечены и другие варианты аддиктивного поведения (их описание приводится ниже).

Табакокурение встречалось в 26,6 % случаев (n=102), причем у врачей с пагубным употреблением алкоголя этот показатель составил 48,4 %, что превышает уровень табакокурения у не злоупотребляющих – 23,1 % (p=0,001). У врачей с синдромом зависимости от алкоголя данный вид аддикции составил 80,0 %, что также весомо больше в сравнении с абстинентами (p=0,0001).

Такой вид дополнительного аддиктивного поведения, как переедание, среди врачей встречалось в 27,6 % случаев (n=106). При этом у не злоупотребляющих этот показатель составил 26,3 %; у употребляющих алкоголь с вредными последствиями – 35,5 %; у врачей с синдромом зависимости от алкоголя – 50,0 %.

Чрезмерное употребление кофеина отмечено в 22,5 % случаев (n=86). У не злоупотребляющих алкоголем этот показатель составил 21,6 %; у употребляющих алкоголь с вредными последствиями – 32,2 %; у врачей с синдромом зависимости от алкоголя – 20,0 %. Распространенность аддиктивного поведения среди врачей в зависимости от структуры алкоголизации представлена в таблице 19.

Таблица 19

Распространенность аддиктивного поведения среди врачей в зависимости от структуры алкоголизации

Вид аддикций	Структура алкоголизации					
	Не злоупотребляющие (n=342)		Употребление алкоголя с вредными последствиями (n=31)		Синдром зависимости от алкоголя (n=10)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Табакокурение	79	23,1	15	48,4**	8	80,0***
Переедание	90	26,3	11	35,5	5	50,0
Чрезмерное употребление кофеина	74	21,6	10	32,2	2	20,0

Примечание. Статистическая значимость различий между группами обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Таблица 20

Распространенность аддиктивного поведения среди врачей с учетом специализации

Вид аддикций	Специализация											
	Врачи терапевтического профиля (n=83)		Психиатры и наркологи (n=80)		Врачи хирургического профиля (n=67)		Акушеры-гинекологи (n=67)		Врачи СМП (n=53)		Онкологи (n=33)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	15	18,1 [■]	25	31,2	19	28,4	20	29,8	15	28,3	8	24,3
2	27	32,5	21	26,3	17	25,4	19	28,4	11	20,7	11	33,4
3	19	22,9	15	18,7	17	25,4	17	25,4	10	18,8	8	24,3

Примечание. В 1-м столбце приведены обозначения: 1 – табакокурение; 2 – переедание; 3 – чрезмерное употребление кофеина.

Примечание. Статистическая значимость различий между группами врачей обозначена: врачи терапевтического профиля: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$; психиатры-наркологи: [■] – $p < 0,05$; [■] – $p < 0,01$; [■] – $p < 0,001$; врачи хирургического профиля: [▲] – $p < 0,05$; ^{▲▲} – $p < 0,01$; ^{▲▲▲} – $p < 0,001$; акушеры-гинекологи: [◊] – $p < 0,05$; ^{◊◊} – $p < 0,01$; ^{◊◊◊} – $p < 0,001$; врачи скорой медицинской помощи: [♦] – $p < 0,05$; ^{♦♦} – $p < 0,01$; ^{♦♦♦} – $p < 0,001$; онкологи: [•] – $p < 0,05$; ^{••} – $p < 0,01$; ^{•••} – $p < 0,001$.

Сравнение показателей распространенности аддиктивного поведения среди врачей, имеющих различную специализацию, показало, что табакокурение чаще встречалось у психиатров и наркологов, чем у врачей терапевтического профиля ($p=0,04$).

По остальным показателям аддиктивного поведения врачи между собой не отличались (табл. 20).

Таким образом, выявленная распространенность наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя, среди врачей Забайкальского края составила 10,6 %, в том числе синдром зависимости от алкоголя (F10.2) был диагностирован у 2,6 %; употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1) – у 8,0 % врачей.

При этом наркологическая патология у мужчин встречалась в 8 раз чаще, чем у женщин. Кроме того, среди употребляющих с вредными последствиями чаще встречались врачи хирургического профиля (20,9 %) и онкологи (12,2 %). В свою очередь, среди врачей с алкогольной зависимостью также достоверно чаще преобладал хирургический профиль врачей (7,5 %).

ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ У ВРАЧЕЙ

Был проведен не только анализ распространенности наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя среди врачей, но также была проанализирована распространенность невротических расстройств, эмоционального выгорания и хронических соматических заболеваний у врачей в зависимости от тяжести алкоголизации. Показатели социального функционирования у не злоупотребляющих и врачей с алкогольными расстройствами также имели свои отличия.

При сравнении шкал невротических расстройств между группами врачей без алкогольобусловленной патологии и алкогольными расстройствами было установлено, что у 80,0 % врачей с синдромом зависимости от алкоголя имеются депрессивные расстройства, что больше по сравнению с абстинентами ($p=0,004$) и употребляющими с вредными последствиями ($p=0,03$). Астенические расстройства также были выявлены у 80,0 % врачей, страдающих алкогольной зависимостью, что достоверно больше, чем у не злоупотребляющих ($p=0,0001$) и употребляющих с вредными последствиями ($p=0,008$). Обсессивно-фобические нарушения преобладали среди лиц с синдромом зависимости от алкоголя – 40,0 %, чем среди лиц, не имеющих алкогольной патологии ($p=0,04$). Вегетативные нарушения также достоверно чаще встречались у врачей с алкогольной зависимостью – 80,0 %, чем у не злоупотребляющих ($p=0,0001$) и употребляющих с вредными последствиями ($p=0,004$).

Распространенность невротических расстройств в обследованной выборке врачей в зависимости от тяжести алкоголизации представлена в таблице 21.

Среди врачей, не имеющих алкогольной патологии, тревожные расстройства встречались чаще, чем астенические нарушения ($p=0,04$), тогда как у врачей с алкогольной зависимостью преобладающими были астенические ($p=0,04$) и вегетативные расстройства, нежели тревожные ($p=0,03$) (табл. 22).

Таблица 2 1
**Распространенность невротических расстройств среди
 врачей с учетом структуры алкоголизации**

Невротические расстройства	Структура алкоголизации					
	Не злоупотребляющие (n=342)		Употребление алкоголя с вредными последствиями (n=31)		Синдром зависимости от алкоголя (n=10)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Тревожные (F41)	84	24,5	8	25,8	2	20,0
Депрессивные (F43)	124	36,3	13	41,9*	8	80,0**
Астенические (F48.0)	72	21,1	10	32,3**	8	80,0***
Истерические (F44)	70	20,5	7	22,6	3	30,0
Обсессивно-фобические (F42)	57	16,7	5	16,2	4	40,0*
Вегетативные (F45.3)	70	20,5	9	29,1**	8	80,0***

Примечание. Статистическая значимость различий между группами обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Таблица 2 2
**Структура алкоголизации и показатели
 невротических расстройств у врачей**

Структура алкоголизации	Невротические расстройства											
	Тревожные (F41)		Депрессивные (F43)		Астенические (F48.0)		Истерические (F44)		Обсессивно-фобические (F42)		Вегетативные (F45.3)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Не злоупотребляющие (n=342)	84	89,4*	124	85,5	72	80,0	70	87,5	57	86,4	70	80,5
Употребление алкоголя с вредными последствиями (n=31)	8	8,5	13	8,9	10	11,1	7	8,8	5	7,6	9	10,4
Синдром зависимости от алкоголя (n=10)	2	2,1	8	5,5	8	8,9*	3	3,7	4	6,0	8	9,1*
Всего	94	100,0	145	100,0	90	100,0	80	100,0	66	100,0	87	100,0

Примечание. Статистическая значимость различий между группами обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Согласно тесту В. В. Бойко, эмоциональное выгорание было отмечено у 67,6 % (n=259) обследованных врачей: в том числе у 61,6 % (n=236) сформирована только одна из трех выявленных фаз синдрома; у 3,9 % (n=15) сформированы две фазы синдрома, у 2,1 % (n=8) сформированы все три фазы. При этом фаза напряжения выявлена у 12,8 % (n=49) респондентов, фаза резистенции – у 34,0 % (n=130), фаза истощения – у 14,8 % (n=57). Анализ показателей наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя, проводился с учетом врачей, имею-

щих только одну сформированную фазу синдрома эмоционального выгорания. У врачей без алкогольбусловленной патологии и врачей с алкогольными расстройствами показатели фаз СЭВ были выражены в равной степени (табл. 23).

Т а б л и ц а 2 3

Структура алкоголизации и показатели фаз СЭВ у врачей

Структура алкоголизации	Фазы СЭВ					
	Напряжение		Резистенция		Истощение	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Не злоупотребляющие (n=342)	43	87,7	116	89,3	51	89,5
Употребление алкоголя с вредными последствиями (n=31)	4	8,2	9	6,9	4	7,0
Синдром зависимости от алкоголя (n=10)	2	4,1	5	3,8	2	3,5
Всего	49	100,0	130	100,0	57	100,0

При сравнении показателей фаз между группами врачей с учетом тяжести алкоголизации получены следующие данные. Фаза напряжения была сформирована у 12,6 % абстинентов, у 12,9 % употребляющих с вредными последствиями и у 20,0 % врачей с синдромом зависимости от алкоголя. Фаза резистенции была выявлена у 33,9 % абстинентов, у 29,0 % употребляющих с вредными последствиями и у 50,0 % врачей с синдромом зависимости от алкоголя. Фаза истощения имела место у 14,9 % абстинентов, у 12,9 % употребляющих с вредными последствиями и у 50,0 % врачей с синдромом зависимости от алкоголя. При этом достоверных отличий по полученным показателям в зависимости от структуры алкоголизации врачей обнаружено не было (табл. 24).

Т а б л и ц а 2 4

Сравнительная характеристика фаз СЭВ в зависимости от структуры алкоголизации

Фазы СЭВ	Структура алкоголизации					
	Не злоупотребляющие (n=342)		Употребление алкоголя с вредными последствиями (n=31)		Синдром зависимости от алкоголя (n=10)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Напряжение	43	12,6	4	12,9	2	20,0
Резистенция	116	33,9	9	29,0	5	50,0
Истощение	51	14,9	4	12,9	2	20,0

Помимо распространенности невротических расстройств и эмоционального выгорания, у врачей оценивались также показатели сопутствующей хронической соматической патологии. Было выявлено, что у 69,2 % врачей имеются заболевания кост-

но-мышечной системы; у 51,9 % – болезни системы кровообращения; у 41,7 % – болезни органов пищеварения; у 19,1 % – болезни органов выделительной системы и у 3,6 % медицинских работников имеются заболевания эндокринной системы.

Однако при сравнении абстинентов и лиц с алкогольными расстройствами было выявлено, что сердечно-сосудистые заболевания чаще встречаются среди врачей с алкогольной зависимостью, чем среди не злоупотребляющих ($p=0,04$). Распространенность хронических соматических заболеваний у врачей с учетом структуры алкоголизации представлена в таблице 25.

Таблица 25

Распространенность хронических соматических заболеваний у врачей с учетом структуры алкоголизации

Хронические соматические заболевания	Структура алкоголизации					
	Не злоупотребляющие (n=342)		Употребление алкоголя с вредными последствиями (n=31)		Синдром зависимости от алкоголя (n=10)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
БКМС	236	69,0	20	64,5	9	90,0
БСК	170	49,7	21	67,7	8	80,0*
БОП	143	41,8	13	41,9	4	40,0
БОВ	69	20,2	4	12,9	-	-
БЭС	14	4,1	-	-	-	-

Примечание. БКМС – болезни костно-мышечной системы; БСК – болезни системы кровообращения; БОП – болезни органов пищеварения; БОВ – болезни органов выделительной системы; БЭС – болезни эндокринной системы. Статистическая значимость различий между группами обозначена: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.

У не злоупотребляющих алкоголем врачей хронические соматические заболевания были выражены в равной степени, за исключением эндокринных заболеваний ($p=0,0001$) и болезней органов выделительной системы, которые являлись преобладающими по сравнению с болезнями системы кровообращения ($p=0,04$). При этом у употребляющих алкоголь с вредными последствиями заболеваний эндокринной системы не выявлено, тогда как показатели остальных хронических заболеваний между собой не различались. Врачи с синдромом зависимости от алкоголя также не отметили у себя болезней органов выделительной системы и эндокринной (табл. 26).

Неудовлетворенность основными аспектами социальной жизнедеятельности в зависимости от тяжести алкоголизации представлена в таблице 27.

Таблица 26

Структура алкоголизации и показатели хронических соматических заболеваний у врачей

Структура алкоголизации	Хронические соматические заболевания									
	БКМС		БСК		БОП		БОВ		БЭС	
	абс.	%	абс.	%	Абс.	%	абс.	%	абс.	%
Не злоупотребляющие (n=342)	236	89,1	170	85,4	143	89,4	69	94,5*	14	100,0***
Употребление алкоголя с вредными последствиями (n=31)	20	7,5	21	10,5	13	8,1	4	5,5	-	-
Синдром зависимости от алкоголя (n=10)	9	3,4	8	4,1	4	2,5	-	-	-	-
Всего	265	100,0	199	100,0	160	100,0	73	100,0	14	100,0

Примечание. БКМС – болезни костно-мышечной системы; БСК – болезни системы кровообращения; БОП – болезни органов пищеварения; БОВ – болезни органов выделительной системы; БЭС – болезни эндокринной системы. Статистическая значимость различий между группами обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Таблица 27

Показатели неудовлетворенности врачей основными аспектами социальной жизнедеятельности с учетом структуры алкоголизации

Показатель	Структура алкоголизации							
	Не злоупотребляющие (n=342)		Употребление алкоголя с вредными последствиями (n=31)		Синдром зависимости от алкоголя (n=10)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Материальное положение	306	89,5	29	93,5	10	100,0*		
Жилищно-бытовые условия	153	44,7	16	51,6	4	40,0		
Содержание работы	100	29,2	10	32,2	4	40,0		
Взаимоотношения с администрацией	70	20,5	13	41,9**	6	60,0**		
Отношения с коллегами	28	8,2	5	16,1	2	20,0		
Отношения в семье	40	11,7	6	19,3	3	30,0		
Проведение досуга	177	51,7	27	87,1***	5	50,0		
Проведение отпуска	204	59,6	23	74,2	6	60,0		

Примечание. Статистическая значимость различий между группами обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Как видно из таблицы 27, врачи с синдромом зависимости от алкоголя были более не довольны материальным положением, чем врачи, не имеющие алкогольных проблем ($p=0,04$). У врачей с пагубным употреблением алкоголя достоверно выше был показатель неудовлетворенности взаимоотношениями с администрацией ($p=0,005$), также как и у врачей с алкогольной зависимо-

стью ($p=0,002$), по сравнению с не злоупотребляющими. Проведением своего досуга также больше всего были недовольны врачи, употребляющие алкоголь с вредными последствиями, нежели абстиненты ($p=0,0002$).

Анализ данных, характеризующих отношение врачей к своей работе и в целом профессии, показал, что 35,0 % ($n=134$) хотели бы сменить место работы. При этом у медицинских работников, не имеющих алкогольной патологии, этот показатель составил 34,8 %; у врачей с пагубным употреблением – 32,3 % и с синдромом зависимости – 50,0 %. Сменить профессию врача желают 16,0 % ($n=61$) респондентов. Врачи с алкогольной зависимостью достоверно чаще высказывали свое желание о смене профессии, чем не злоупотребляющие ($p=0,03$) (табл. 28).

Т а б л и ц а 2 8

**Отношение врачей к своей работе и профессии
с учетом структуры алкоголизации**

Отношение к работе и профессии	Структура алкоголизации					
	Не злоупотребляющие ($n=342$)		Употребление алкоголя с вредными последствиями ($n=31$)		Синдром зависимости от алкоголя ($n=10$)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Желание сменить работу	119	34,8	10	32,3	5	50,0
Желание сменить профессию	51	14,9	6	19,4	4	40,0*

Примечание. Статистическая значимость различий между группами обозначена: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.

Как было сказано выше, распространенность наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя, среди врачей Забайкальского края составила 10,6 %, в том числе синдром зависимости от алкоголя – 2,6 %.

При анализе распространенности невротических расстройств было установлено, что депрессивные, астенические, обсессивно-фобические и вегетативные нарушения преобладали среди врачей с алкогольной зависимостью. Заболевания системы кровообращения чаще встречаются у врачей с синдромом зависимости, чем среди не злоупотребляющих ($p=0,04$).

Медицинские работники с алкогольными расстройствами больше, чем врачи без алкогольной патологии, не удовлетворены материальным положением, взаимоотношениями с администрацией и проведением своего досуга. При этом врачи с синдромом зависимости достоверно чаще высказывали свое желание о смене профессии, чем не злоупотребляющие ($p=0,03$).

В ходе обследования 72,4 % (n=277) врачей указали одну из причин и характер аддикций, остальные 27,6 % (n=106) – нет. При этом 32,2 % (n=123) врачей причиной возникновения аддикций считали снятие психоэмоционального напряжения; 27,4 % (n=105) отметили беспричинное возникновение аддиктивного поведения и 12,8 % (n=49) – с целью повышения уровня работоспособности. У 30,1 % (n=115) медицинских работников аддиктивное поведение носило постоянный характер и у 42,3 % (n=162) – периодический.

Врачи с пагубным употреблением алкоголя достоверно чаще выделяли в качестве основной причины возникновения аддиктивного поведения снятие психоэмоционального напряжения (p=0,04) (табл. 29).

Т а б л и ц а 2 9

Причины аддиктивного поведения с учетом структуры алкоголизации

Структура алкоголизации	Причины аддиктивного поведения					
	Повысить уровень работоспособности		Снять психоэмоциональное напряжение		Беспричинно	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Не злоупотребляющие (n=342)	43	87,8	96	78,0	97	92,4
Употребление алкоголя с вредными последствиями (n=31)	3	6,1	20	16,3*	8	7,6
Синдром зависимости от алкоголя (n=10)	3	6,1	7	5,7	-	-
Всего	49	100,0	123	100,0	105	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий между группами обозначена: * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001.*

Глава 5

Лучшее наслаждение, самая высокая радость жизни – чувствовать себя нужным и близким людям.
М. Горький

СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ

Концепция оценки качества жизни (КЖ) в медицине охватывают все ее многочисленные отрасли и направления. Не менее важной является проблема КЖ и здоровья самих врачей (Большакова Т. В. и др., 2001; Алексеев А. А. и др., 2003; Большакова Т. В., 2004; Ефименко С. А., 2004; Водопьянова Н. Е., 2005). Эмоциональное выгорание и ухудшение психического состояния названы в обзоре 2003 г. в списке основных причин ухода терапевтов с работы в стационарах (Williams E. S., Skinner A. C., 2003). Однако психические нарушения в качестве причин нетрудоспособности среди врачей встречаются значительно реже, чем среди общей популяции (Benzer D. G., 1991; Wold P., 1994; Myers M. F., 1997).

Н. В. Асланбекова (2008) изучала взаимосвязи качества жизни, психического здоровья и специфических условий труда врачей стационарного профиля. В соответствии с её данными 44 % врачей стационарного профиля страдают пограничными нервно-психическими расстройствами. Среди психической патологии у врачей стационарного профиля в среднем в 20,7 % случаев встречаются органические психические расстройства в виде посткоммоционного синдрома; в 2,9 % – аффективные расстройства настроения, в 36,6 % – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, в 51,3 % – синдром «эмоционального выгорания» разной степени выраженности. В данной группе была доказана взаимосвязь употребления ПАВ (кофеин, табак, алкоголь) с развившимися нервно-психическими расстройствами.

На фоне повышенных эмоциональных нагрузок приводится описание развития стресс-индуцированных, психовегетативных реакций, формирования психовегетативного синдрома, который может трансформироваться в инициальную фазу психосоматического или психического заболевания (Березин Ф. Б., 1988), а также привести к развитию в последующем производственно обусловленных заболеваний (Козлов В. Н., 1984; Алексеев А. А., 2003).

А. А. Мальцева (2008) изучала влияние хронических стрессорных факторов врачебной деятельности на состояние здоровья участковых терапевтов, хирургов, врачей-реаниматологов. Автором было показано, что у хирургов, терапевтов и реаниматологов доказано наличие психовегетативного синдрома, в структуре которого ведущее место занимают тревожные, депрессивные и астенические проявления, ассоциированные с соматовегетативными изменениями и приводящие к снижению качества жизни. Нарушения чаще регистрируются у терапевтов со стажем работы более 15 лет, у хирургов в группе со стажем работы более 17 лет. У реаниматологов отмечен вклад фактора курения в формирование психовегетативных реакций. Для всех групп специалистов были определены корреляционные связи между выраженностью вегетативных и эмоциональных нарушений и повышением артериального давления, что позволяет рассматривать вегетативную дисфункцию у данных специалистов как предиктор артериальной гипертензии. Для представителей всех специальностей было характерно снижение показателей оценки общего состояния своего здоровья с ограничением социальных контактов вследствие утомления. Автор рассматривала психовегетативные нарушения как наиболее значимые клинические проявления СЭВ.

В нашем исследовании анализ социального функционирования врачей был проведен с учетом степени удовлетворенности материальным положением, работой, жилищно-бытовыми условиями, отношениями с коллегами, администрацией на работе, отношениями в семье, проведением своего досуга и отпуска. Отношение врачей к своей работе в целом оценивалось по положительным или отрицательным ответам на вопрос о желании сменить место работы или профессию.

Согласно полученным нами данным, материальным положением не удовлетворены 90,0 % (n=345) врачей, проведением отпуска и своего досуга – 60,8 % (n=233) и 54,6 % (n=209) соответственно. Такими аспектами социальной жизнедеятельности, как жилищно-бытовые условия, были не удовлетворены 45,2 % (n=173); содержанием работы – 29,7 % (n=114); взаимоотношениями с администрацией – 23,2 % (n=89); отношениями в семье – 12,8 % (n=49) и отношениями с коллегами – 9,2 % (n=35) респондентов (рис. 10).

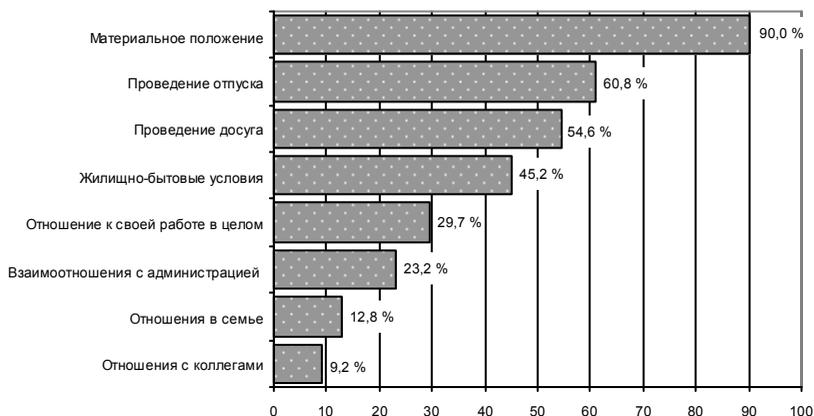


Рис. 10. Показатели неудовлетворенности врачей основными аспектами социальной жизнедеятельности

Распределение уровня неудовлетворенности основными аспектами социальной жизнедеятельности показало, что материальным положением не удовлетворены 87,3 % женщин, тогда как мужчин, высказавших неудовлетворение, было достоверно больше – 95,4 % ($p=0,01$). Жилищно-бытовыми условиями недовольны 43,3 % женщин и 48,8 % мужчин. Содержанием своей работы не удовлетворены 28,2 % женщин и 32,8 % мужчин. В свою очередь, взаимоотношениями с администрацией на работе высказали недовольство 29,7 % мужчин, что больше по сравнению с врачами-женщинами – 19,8 % ($p=0,02$). Среди неудовлетворенных отношениями с коллегами было 9,2 % женщин и 9,2 % мужчин, отношениями в семье не удовлетворены 13,1 % врачей-женщин и 12,2 % врачей-мужчин. Таким аспектом социальной жизнедеятельности, как проведение своего досуга, не удовлетворены 54,7 % женщин и 54,2 % мужчин, а проведением своего отпуска в большей степени недовольны мужчины (70,9 %), чем женщины (55,6 %) ($p=0,003$).

Неудовлетворенность основными аспектами социальной жизнедеятельности с учетом половой принадлежности представлена в таблице 30.

При сравнении показателей неудовлетворенности основными аспектами социальной жизнедеятельности между группами врачей разной специализации также были выявлены отличия.

Таблица 3 0

Показатели неудовлетворенности врачей основными аспектами социальной жизнедеятельности с учетом пола

Показатель	Женщины (n=252)		Мужчины (n=131)	
	абс.	%	абс.	%
Материальное положение	220	87,3	125	95,4**
Жилищно-бытовые условия	109	43,3	64	48,8
Содержание работы	71	28,2	43	32,8
Взаимоотношения с администрацией	50	19,8	39	29,7*
Отношения с коллегами	23	9,2	12	9,2
Отношения в семье	33	13,1	16	12,2
Проведение досуга	138	54,7	71	54,2
Проведение отпуска	140	55,6	93	70,9**

*Примечание. Статистическая значимость различий между группами обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.*

Так, материальным положением более других не удовлетворены врачи скорой медицинской помощи – 96,2 %, чем акушеры-гинекологи – 83,6 % ($p=0,01$) и врачи терапевтического профиля – 86,7 % ($p=0,01$). На втором месте по неудовлетворенности материальным положением находились врачи хирургического профиля (94,0 %), показатель которых в сравнении с акушерами-гинекологами также достоверно был выше ($p=0,02$). Онкологи не удовлетворены материальным положением в 94,0 % случаев, психиатры-наркологи – в 90,0 % случаев.

Таким аспектом, как жилищно-бытовые условия, не удовлетворены врачи терапевтического профиля в 47,0 % случаев, онкологи – в 45,5 %, психиатры-наркологи – в 45,0 %, врачи хирургического профиля – в 44,7 %, акушеры-гинекологи – также в 44,7 %, врачи скорой медицинской помощи – в 43,4 % случаев.

Содержанием своей работы в подавляющем большинстве случаев недовольны обследованные врачи скорой медицинской помощи – 52,8 %, чем онкологи – 18,2 % ($p=0,001$), акушеры-гинекологи – 22,4 % ($p=0,0006$), врачи хирургического профиля – 25,4 % ($p=0,002$), психиатры-наркологи – 28,7 % ($p=0,005$) и врачи терапевтического профиля – 30,1 % ($p=0,008$).

Среди неудовлетворенных взаимоотношениями с администрацией было достоверно больше врачей терапевтического профиля – 28,9 %, чем среди врачей скорой медицинской помощи – 15,0 % ($p=0,03$) и акушеров-гинекологов – 15,0 % ($p=0,04$). Также по поводу характера взаимоотношений с администрацией на работе высказали недовольство психиатры-наркологи в 27,5 % случаев, врачи хирургического профиля – в 25,4 % и онкологи – в 24,3 % случаев.

Врачи терапевтического профиля достоверно чаще выражали свою неудовлетворенность отношениями с коллегами – 18,0 %, по сравнению с психиатрами-наркологами – 3,7 % ($p=0,003$) и врачами скорой медицинской помощи – 3,7 % ($p=0,01$). Отношениями с коллегами по работе также были недовольны онкологи в 9,0 % случаев, врачи хирургического профиля – в 8,9 %, акушеры-гинекологи – в 8,9 % случаев.

Сложившимися семейными взаимоотношениями не удовлетворены врачи терапевтического профиля в 18,0 % случаев, врачи хирургического профиля – в 13,4 %, акушеры-гинекологи – также в 13,4 %, психиатры-наркологи – в 11,3 %, онкологи – в 9,0 % и врачи скорой помощи – в 7,5 % случаев.

Таблица 3 1

Показатели неудовлетворенности врачей основными аспектами социальной жизнедеятельности с учетом специализации

Показатель	Специализация											
	Врачи терапевтического профиля (n=83)		Психиатры и наркологи (n=80)		Врачи хирургического профиля (n=67)		Акушеры-гинекологи (n=67)		Врачи СМП (n=53)		Онкологи (n=33)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Материальное положение	72	86,7*	72	90,0	63	94,0	56	83,6**	51	96,2	31	94,0
Жилищно-бытовые условия	39	47,0	36	45,0	30	44,7	30	44,7	23	43,4	15	45,5
Содержание работы	25	30,1**	23	28,7**	17	25,4**	15	22,4***	28	52,8	6	18,2**
Взаимоотношения с администрацией	24	28,9	22	27,5	17	25,4	10	15,0*	8	15,0*	8	24,3
Отношения с коллегами	15	18,0	3	3,7**	6	8,9	6	8,9	2	3,7*	3	9,0
Отношения в семье	15	18,0	9	11,3	9	13,4	9	13,4	4	7,5	3	9,0
Проведение досуга	40	48,2*	40	50,0*	38	56,7	37	55,2	36	67,9	18	54,5
Проведение отпуска	44	53,0***	42	52,5***	41	61,2**	43	64,2*	44	83,0	19	57,6**

Примечание. Статистическая значимость различий между группами врачей обозначена: врачи терапевтического профиля: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$; психиатры-наркологи: ▣ – $p<0,05$; ▤ – $p<0,01$; ▥ – $p<0,001$; врачи хирургического профиля: ▲ – $p<0,05$; ▲▲ – $p<0,01$; ▲▲▲ – $p<0,001$; акушеры-гинекологи: ◊ – $p<0,05$; ◊◊ – $p<0,01$; ◊◊◊ – $p<0,001$; врачи скорой медицинской помощи: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$; онкологи: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.

В свою очередь, врачи скорой медицинской помощи в большей степени недовольны проведением своего досуга – 67,9 %, чем врачи терапевтического профиля – 48,2 % ($p=0,02$) и психиатры-наркологи – 50,0 % ($p=0,04$). Врачи хирургического профиля также не удовлетворены проведением досуга в 56,7 % случаев, акушеры-гинекологи – в 55,2 % случаев и онкологи – в 54,5 % случаев.

Проведением своего отпуска достоверно в большей мере не удовлетворены были также врачи скорой медицинской помощи – 83,0 % по сравнению с психиатрами-наркологами – 52,5 % ($p=0,0003$), врачами терапевтического профиля – 53,0 % ($p=0,0004$), онкологами – 57,6 % ($p=0,009$), врачами хирургического профиля – 61,2 % ($p=0,009$), акушерами-гинекологами – 64,2 % ($p=0,02$).

Показатели неудовлетворенности врачей основными аспектами социальной жизнедеятельности с учетом специализации представлены в таблице 31. Так, материальным положением врачи со стажем работы до 10 лет не удовлетворены в 97,0 % случаев. Данный показатель был больше по сравнению с таковым у коллег с трудовым стажем от 10 до 20 лет – 83,9 % ($p=0,001$) и врачами со стажем более 20 лет – 90,2 % ($p=0,02$).

Как показано в таблице 32, уровень социального функционирования в определенной степени зависел и от стажа работы по специальности.

Таблица 32

Показатели неудовлетворенности врачей основными аспектами социальной жизнедеятельности с учетом стажа работы

Показатель	Стаж работы					
	до 10 лет (n=137)		10–20 лет (n=144)		более 20 лет (n=102)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Материальное положение	133	97,0	120	83,9**	92	90,2*
Жилищно-бытовые условия	70	51,1	68	47,3	35	34,3**
Содержание работы	41	30,0	36	25,0	37	36,3
Взаимоотношения с администрацией	32	23,4	37	25,7	20	19,6
Отношения с коллегами	7	5,1	18	12,5*	10	9,8
Отношения в семье	18	13,2	18	12,5	13	12,7
Проведение досуга	66	48,2	82	57,0	61	59,8
Проведение отпуска	93	67,8	76	52,7*	64	62,7

Примечание. Статистическая значимость различий между группами обозначена: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.

Жилищно-бытовыми условиями достоверно больше не удовлетворены врачи со стажем работы до 10 лет (51,1 %), чем врачи, работающие более 20 лет – 34,3 % ($p=0,01$). Медицинские работники со стажем от 10 до 20 лет недовольны данными условиями в 47,3 % случаев. Содержанием своей работы врачи со стажем до 10 лет были не удовлетворены в 30,0 % случаев, со стажем от 10 до 20 лет – в 25,0 % случаев, со стажем более 20 лет – в 36,3 % случаев.

Взаимоотношениями с администрацией врачи со стажем до 10 лет не удовлетворены в 23,4 % случаев, от 10 до 20 лет – в 25,7 %, более 20 лет – в 19,6 % случаев. По поводу отношений с коллегами в большей степени высказали неудовлетворенность медицинские работники со стажем от 10 до 20 лет – 12,5 %, чем врачи со стажем менее 10 лет – 5,1 % ($p=0,02$). В свою очередь, респонденты со стажем работы более 20 лет были недовольны сложившимися отношениями с коллегами в 9,8 % случаев. Семейными взаимоотношениями врачи со стажем до 10 лет были недовольны в 13,2 % случаев, со стажем от 10 до 20 лет – в 12,5 % случаев, со стажем более 20 лет – в 12,7 % случаев.

Проведением своего досуга респонденты со стажем до 10 лет были недовольны в 48,2 % случаев, со стажем от 10 до 20 лет – в 57,0 % случаев, со стажем более 20 лет – в 59,8 % случаев. Проведением отпуска достоверно больше были не удовлетворены врачи со стажем до 10 лет – 67,8 %, чем их коллеги со стажем работы от 10 до 20 лет – 52,7 % ($p=0,02$). Медицинские работники со стажем более 20 лет были недовольны проведением своего отпуска в 62,7 % случаев.

Анализ данных, характеризующих отношение врачей к своей работе и в целом к профессии, показал, что 35,0 % ($n=134$) хотели бы сменить место работы, а 16,0 % ($n=61$) респондентов – профессию, т. е. каждый третий врач хотел бы сменить место работы, а каждый шестой – профессию. При этом среди желающих сменить место работы было 36,2 % женщин и 32,8 % мужчин. Тогда как среди желающих сменить профессию врача достоверно больше было мужчин (22,9 %), чем женщин (12,3 %) ($p=0,007$) (табл. 33).

Обнаружено, что среди врачей, желающих сменить место работы, достоверно больше было психиатров-наркологов – 48,7 %, чем врачей хирургического профиля – 25,4 % ($p=0,003$) и врачей терапевтического профиля – 29,0 % ($p=0,009$). Также желание сменить место работы у врачей скорой медицинской помощи

было выявлено в 37,7 % случаев, у акушеров-гинекологов – в 35,8 % случаев и у онкологов – в 30,3 % случаев.

Т а б л и ц а 3 3
**Показатель отношения врачей к своей работе
и профессии в зависимости от пола**

Показатель	Женщины (n=252)		Мужчины (n=131)	
	абс.	%	абс.	%
Желание сменить место работы	91	36,2	43	32,8
Желание сменить профессию	31	12,3	30	22,9**

Примечание. Статистическая значимость различий между группами обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

В свою очередь, среди желающих сменить профессию чаще встречались врачи скорой медицинской помощи – 33,9 %, чем среди врачей хирургического профиля – 7,5 % ($p = 0,0003$), психиатров-наркологов – 12,5 % ($p = 0,003$), врачей терапевтического профиля – 13,3 % ($p = 0,004$), акушеров-гинекологов – 17,9 % ($p = 0,04$) и онкологов – 15,2 % ($p = 0,05$).

Показатели отношения врачей разного профиля к своей работе и профессии представлены в таблице 34.

Т а б л и ц а 3 4
**Показатель отношения врачей к своей работе
и профессии в зависимости от специализации**

Показатель	Специализация											
	Врачи терапевтического профиля (n=83)		Психиатры и наркологи (n=80)		Врачи хирургического профиля (n=67)		Акушеры-гинекологи (n=67)		Врачи СМП (n=53)		Онкологи (n=33)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Желание сменить место работы	24	29,0**	39	48,7	17	25,4***	24	35,8	20	37,7	10	30,3
Желание сменить профессию	11	13,3**	10	12,5**	5	7,5***	12	17,9*	18	33,9	5	15,2

Примечание. Статистическая значимость различий между группами врачей обозначена: врачи терапевтического профиля: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$; психиатры-наркологи: ▣ – $p < 0,05$; ▤ – $p < 0,01$; ▥ – $p < 0,001$; врачи хирургического профиля: ▲ – $p < 0,05$; ▲▲ – $p < 0,01$; ▲▲▲ – $p < 0,001$; акушеры-гинекологи: ♡ – $p < 0,05$; ♢ – $p < 0,01$; ♣ – $p < 0,001$; врачи скорой медицинской помощи: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$; онкологи: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Сменить место работы врачи со стажем от 10 лет до 20 лет хотели бы в 38,2 % случаев. Врачи со стажем менее 10 лет чаще высказывали свое желание о смене работы – 41,6 %, чем их коллеги со стажем более 20 лет – 21,5 % ($p = 0,001$).

Врачи со стажем работы до 10 лет чаще высказывали свое желание сменить профессию – 20,4 %, чем респонденты со стажем более 20 лет – 9,8 % ($p=0,02$), тогда как врачи со стажем от 10 до 20 лет хотели бы сменить профессию в 15,9 % случаев (табл. 35).

Т а б л и ц а 3 5

**Показатели отношения врачей к своей работе
и профессии в зависимости от стажа**

Показатель	Стаж работы					
	до 10 лет (n=137)		10–20 лет (n=144)		более 20 лет (n=102)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Желание сменить место работы	57	41,6	55	38,2	22	21,5***
Желание сменить профессию	28	20,4	23	15,9	10	9,8*

*Примечание. Статистическая значимость различий между группами обозначена: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.*

В дальнейшем был проведен корреляционный анализ между показателями социального функционирования и отношением врачей в целом к своей работе и профессии, а также между показателями социального функционирования и показателями распространенности невротических расстройств и эмоционального выгорания у врачей. Проведенный корреляционный анализ по Спирмену показал, что чем больше врачи не удовлетворены содержанием своей работы, тем больше среди них желающих сменить её ($r=0,324$; $p<0,05$). Также получена прямая средняя по силе связь между взаимоотношениями с администрацией и желанием сменить работу ($r=0,406$; $p<0,05$).

Установлено, что потребность в смене работы и потребность в смене профессии также взаимосвязана с тем, что с ростом желающих сменить работу увеличивается количество врачей, желающих сменить профессию ($r=0,453$; $p<0,05$). В свою очередь, чем больше неудовлетворенных отношениями с администрацией врачей, тем выше у них уровень астенических и обсессивно-фобических расстройств ($r=0,598$; $p<0,05$ и $r=0,476$; $p<0,05$ соответственно). Выявлена также взаимосвязь между потребностью сменить работу и эмоциональным выгоранием: чем выше фаза напряжения у врачей, тем больше среди них желающих сменить работу ($r=0,432$; $p<0,05$).

Оценка качества жизни врачей проводилась с помощью русскоязычной версии опросника SF-36 (Short Form Medical Outcomes Study), который является неспецифическим общим опросником здоровья. Данный вариант опросника может быть использован для оценки качества жизни здоровых и больных различными за-

болезнями. Российская версия опросника SF-36 обладает надежными психометрическими свойствами и является приемлемой для проведения популяционных исследований качества жизни в России (Новик А. А., 2002, 2007; Ware J. E., 2000).

Согласно данным, полученным на основе применения опросника SF-36, показатели шкал качества жизни врачей были как низкого, так и среднего и высокого уровней.

Шкала общего состояния здоровья (GH) оценивает субъективное восприятие предшествующего, настоящего состояния и позволяет определить его перспективы. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья. Показатели по этой шкале были следующими: наиболее низкие значения были выявлены у 8,1 % врачей, средние – у 55,4 % и высокие – у 36,5 % респондентов.

Физическое функционирование (PF) отражает, насколько физическое состояние ограничивает в течение обычного дня выполнение физических нагрузок, т. е. характеризует диапазон сильной физической активности от минимальной (самообслуживание) до максимальной (длительная ходьба, бег, занятия спортом без ограничений). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность респондента значительно ограничивается состоянием его здоровья. Так, низкий уровень был определен у 2,4 % врачей, средний – у 7,6 % и высокий – у 90,0 % респондентов.

Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), показывает влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность. Низкие показатели свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием. Показатели этой шкалы имели следующий характер: наиболее низкие значения были выявлены у 15,9 % респондентов, средние – у 10,9 % и высокие – у 73,2 % врачей.

Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), позволяет судить о влиянии эмоционального состояния на повседневную деятельность, отношения с окружающими. Оценивается наличие или отсутствие проблем на работе и в сфере привычной деятельности. Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния. Низкие показатели данной шкалы, соответствующие более низкому уровню, были выявлены у 22,9 %, средние – у 29,5 % и высокие – у 47,6 % врачей.

Социальное функционирование (SF) определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие значения баллов свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния. Так, низкий уровень социального функционирования был выявлен у 24,0 % врачей, средний – у 74,7 % и высокий – всего лишь у 1,3 % респондентов.

Шкала телесной боли (болевого синдром) (BP) отражает интенсивность боли и её влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность человека. Показатели этой шкалы имели следующий характер: наиболее низкие значения были выявлены у 4,2 % респондентов, средние значения – у 28,2 % и высокие – у 67,6 % врачей.

Жизненная активность (VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении, снижении жизненной активности. Низкий уровень жизненной активности был выявлен у 8,6 % врачей, средний – у 50,4 % и высокий – у 41,0 % респондентов.

Шкала психического здоровья (MH) выявляет степень невротизации, склонность к депрессивным и тревожным состояниям, а также в целом характеризует настроение, ощущение счастья, умиротворенности, душевного спокойствия. Так, низкие показатели, соответствующие более низкому уровню психического здоровья, были обнаружены у 4,2 %, средние – у 49,6 % и высокие – у 46,2 % врачей. Показатели опросника качества жизни SF-36 у врачей представлены в таблице 36 и на рисунке 11.

Т а б л и ц а 3 6

**Показатели качества жизни у врачей
по опроснику качества жизни MOSSF-36**

Шкала	Уровень качества жизни					
	Низкий		Средний		Высокий	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
GH	31	8,1	212	55,4	140	36,5
PF	9	2,4	29	7,6	345	90,0
RP	61	15,9	42	10,9	280	73,2
RE	88	22,9	113	29,5	182	47,6
SF	92	24,0	286	74,7	5	1,3
BP	16	4,2	108	28,2	259	67,6
VT	33	8,6	193	50,4	157	41,0
MH	16	4,2	190	49,6	177	46,2

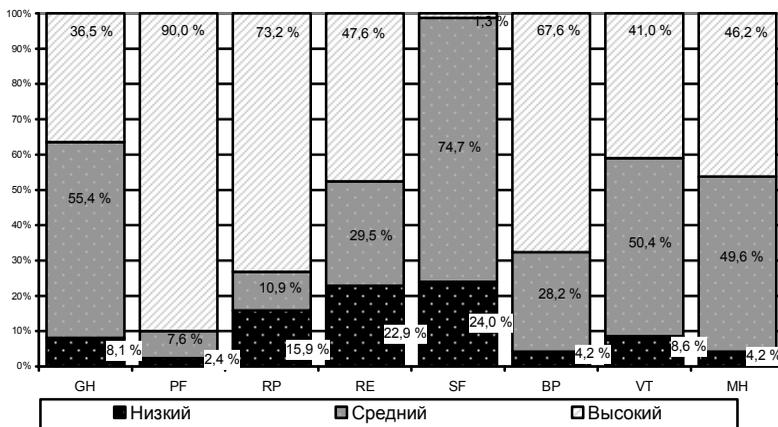


Рис. 11. Показатели качества жизни у врачей

Как видно из рисунка 11, показатели шкал общего состояния здоровья, социального функционирования, жизненной активности и психического здоровья врачей были приближены к среднему уровню. В свою очередь, показатели шкал физического функционирования, ролевого физического функционирования, ролевого эмоционального функционирования, а также показатели шкалы боли были приближены к высокому уровню качества жизни, т. е. отражали уровень благополучия у врачей по данным шкалам.

При сравнительной оценке показателей шкал качества жизни с учетом гендерных особенностей были получены следующие результаты. Низкие показатели шкалы общего состояния здоровья были выявлены у 7,5 % женщин и 9,2 % мужчин; средние – у 61,2 % женщин, что достоверно превышает показатель среднего уровня у мужчин – 44,3 % ($p=0,001$); тогда как показатели данной шкалы высокого уровня у мужчин составили 46,5 %, что в разы больше по сравнению с врачами-женщинами – 31,3 % ($p=0,003$). Физическое функционирование низкого уровня выявлено у 2,4 % женщин и 2,3 % мужчин; показатель среднего уровня у женщин составил 10,7 %, что достоверно превышает показатель у мужчин – 1,5 % ($p=0,001$). В свою очередь, высокий уровень физического функционирования был выявлен у 97,0 % врачей мужского пола и достоверно превышал данный показатель у женщин – 86,5 % ($p=0,001$).

Низкие показатели шкалы ролевого физического функционирования были выявлены у 19,5 % женщин и достоверно превышали показатели у мужчин – 9,2 % ($p=0,009$); средние показатели данной шкалы выявлены у 12,3 % женщин и 8,4 % мужчин; высокие показатели выявлены у 82,4 % врачей-мужчин, причем они были выше, чем у женщин – 68,2 % ($p=0,003$).

Шкала ролевого эмоционального функционирования низкого уровня выявлена у 23,0 % женщин и 22,9 % мужчин; среднего – у 27,4 % женщин и 33,6 % мужчин; высокого – у 49,6 % женщин и 43,5 % мужчин. При этом достоверных различий в показателях данной шкалы получено не было. Низкий уровень социального функционирования был выявлен у 28,2 % женщин и достоверно превышал показатель у мужчин – 16,0 % ($p=0,008$), тогда как средний уровень у врачей мужского пола составил 82,4 % и был выше, чем у лиц женского пола – 70,6 % ($p=0,01$). В свою очередь, показатели данной шкалы высокого уровня у женщин и мужчин не отличались и составили 1,2 и 1,5 % соответственно.

Низкие показатели шкалы телесной или физической боли были выявлены у 5,2 % женщин и 2,3 % мужчин; средние – у 33,4 % женщин, что достоверно превышает показатель среднего уровня у мужчин – 18,3 % ($p=0,002$). Тогда как показатели данной шкалы высокого уровня у мужчин составили 79,4 %, что весомо больше по сравнению с врачами-женщинами – 61,5 % ($p=0,0004$).

Показатели шкалы жизненной активности низкого уровня были выявлены у 10,7 % женщин и превышали показатели у мужчин – 4,6 % ($p=0,04$); показатели среднего уровня шкалы выявлены у 52,0 % женщин и 47,3 % мужчин. Высокий уровень жизненной активности выявлен у 48,1 % врачей-мужчин и был выше, чем у женщин – 37,3 % ($p=0,04$). Низкий уровень психического здоровья выявлен у 4,7 % женщин и 3,1 % мужчин; средний – у 50,4 % женщин и 48,1 % мужчин; высокий – у 44,8 % женщин и 48,8 % мужчин. При этом достоверных отличий между показателями данной шкалы получено не было.

Сравнительная оценка шкал качества жизни у мужчин и женщин показала, что у врачей-женщин низкому уровню соответствуют показатели следующих шкал: RP, SF и VT; а среднему – GH, PF и BP. У мужчин среднему уровню соответствовала лишь шкала SF, тогда как показатели шкал GH, PF, RP, BP и VT были высокого уровня. Достоверных различий в показателях шкал RE и MH выявлено не было. Показатели опросника качества жизни с учетом гендерных особенностей представлены в таблице 37.

Таблица 37

**Показатели опросника качества жизни
у врачей с учетом пола**

Шкала	Низкий уровень				Средний уровень				Высокий уровень			
	Женщины		Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины		Мужчины	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
GH	19	7,5	12	9,2	154	61,2	58	44,3**	79	31,3	61	46,5**
PF	6	2,4	3	2,3	27	10,7	2	1,5**	21	86,5	127	97,0**
RP	49	19,5	12	9,2**	31	12,3	11	8,4	172	68,2	108	82,4**
RE	58	23,0	30	22,9	69	27,4	44	33,6	125	49,6	57	43,5
SF	71	28,2	21	16,0**	178	70,6	108	82,4*	3	1,2	2	1,5
BP	13	5,2	3	2,3	84	33,4	24	18,3**	155	61,5	104	79,4***
VT	27	10,7	6	4,6*	131	52,0	62	47,3	94	37,3	63	48,1*
MH	12	4,7	4	3,1	127	50,4	63	48,1	113	44,8	64	48,8

Примечание. Статистическая значимость различий между группами обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Сравнительный анализ показателей качества жизни обследованных категорий врачей был также проведен с учетом их специализации. Результаты сравнительного анализа представлены ниже в таблицах 38, 39, 40.

Таблица 38

**Показатели низкого уровня качества жизни
у врачей разной специализации**

Шкала	Специализация											
	Врачи терапевтического профиля (n=83)		Психиатры и наркологи (n=80)		Врачи хирургического профиля (n=67)		Акушеры-гинекологи (n=67)		Врачи СМП (n=53)		Онкологи (n=33)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
GH	10	12,0	7	8,7	4	5,8	5	7,5	2	3,7	3	9,1
PF	2	2,4	2	2,5	3	4,5	1	1,5	1	1,8	-	-
RP	13	15,7	14	17,5	8	11,9	15	22,4	8	15,1	3	9,1
RE	15	18,1*	20	25,0	12	17,9*	15	22,4	19	35,8	7	21,2
SF	20	24,1*	15	18,7**	13	19,4**	17	25,4*	12	22,6*	15	45,5
BP	5	6,0	4	5,0	5	7,5	1	1,5	1	1,8	-	-
VT	5	6,0	9	11,3	6	8,9	6	8,9	5	9,4	2	6,1
MH	-	-	3	3,7*	2	2,9*	3	4,5*	8	15,1	-	-

Примечание. Статистическая значимость различий между группами врачей обозначена: врачи терапевтического профиля: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$; психиатры-наркологи: ▣ – $p < 0,05$; ▢ – $p < 0,01$; ▣ – $p < 0,001$; врачи хирургического профиля: ▲ – $p < 0,05$; ▲▲ – $p < 0,01$; ▲▲▲ – $p < 0,001$; акушеры-гинекологи: ◊ – $p < 0,05$; ◊◊ – $p < 0,01$; ◊◊◊ – $p < 0,001$; врачи скорой медицинской помощи: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$; онкологи: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Таблица 39

**Показатели среднего уровня качества жизни
у врачей разной специализации**

Шкала	Специализация											
	Врачи терапевтического профиля (n=83)		Психиатры и наркологи (n=80)		Врачи хирургического профиля (n=67)		Акушеры-гинекологи (n=67)		Врачи СМП (n=53)		Онкологи (n=33)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
GH	45	54,2*	42	52,5*	26	38,8 ^{***}	46	68,6	39	73,6	14	42,4 ^{**}
PF	8	9,6 [▲]	4	5,0	1	1,5	7	10,4 [▲]	6	11,3 [▲]	3	9,1
RP	7	8,4 [◊]	6	7,5 [◊]	2	2,9 ^{◊◊}	15	22,4	9	16,9	3	9,1
RE	21	25,3	20	25,0	23	34,3	23	34,3	14	26,4	12	36,4
SF	62	74,7*	63	78,7 ^{**}	52	77,6*	50	74,6*	41	77,4*	18	54,5
BP	29	34,9 ^{▲▲▲}	18	22,5	7	10,4	26	38,8 ^{▲▲▲}	20	37,7 ^{▲▲▲}	8	24,3
VT	44	53,0	35	43,7*	31	46,3	32	47,7	33	62,3	18	54,5
MH	44	53,0	40	50,0	25	37,3	34	50,7	29	54,7	18	54,5

Примечание. Статистическая значимость различий между группами врачей обозначена: врачи терапевтического профиля: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$; психиатры-наркологи: ◻ – $p < 0,05$; ◻◻ – $p < 0,01$; ◻◻◻ – $p < 0,001$; врачи хирургического профиля: ▲ – $p < 0,05$; ▲▲ – $p < 0,01$; ▲▲▲ – $p < 0,001$; акушеры-гинекологи: ◊ – $p < 0,05$; ◊◊ – $p < 0,01$; ◊◊◊ – $p < 0,001$; врачи скорой медицинской помощи: ♦ – $p < 0,05$; ♦♦ – $p < 0,01$; ♦♦♦ – $p < 0,001$; онкологи: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Таблица 40

**Показатели высокого уровня качества жизни
у врачей разной специализации**

Шкала	Специализация											
	Врачи терапевтического профиля (n=83)		Психиатры и наркологи (n=80)		Врачи хирургического профиля (n=67)		Акушеры-гинекологи (n=67)		Врачи СМП (n=53)		Онкологи (n=33)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
GH	28	33,7 ^{▲▲}	31	38,7 [▲]	37	55,2	16	23,8 ^{▲▲▲}	12	22,6 ^{▲▲▲}	16	48,5 [♦]
PF	73	87,9	74	92,5	63	94,0	59	88,0	46	86,8	30	90,9
RP	63	75,9 ^{◊◊}	60	75,0 [◊]	57	85,1 ^{◊◊◊}	37	55,2	36	67,9 [◊]	27	81,8 ^{◊◊}
RE	47	56,6	40	56,3	32	47,7	29	43,3	20	37,7	14	42,4
SF	1	1,2	2	2,5	2	2,9	-	-	-	-	-	-
BP	46	59,0 ^{▲▲}	58	72,5	55	82,1	40	59,7 ^{▲▲}	32	60,4 ^{▲▲}	25	75,7
VT	34	40,9	36	45,0	30	44,7	29	43,3	15	28,3	13	39,4
MH	39	46,9	37	46,3	40	59,7 ^{**}	30	44,7	16	30,2	15	45,5

Примечание. Статистическая значимость различий между группами врачей обозначена: врачи терапевтического профиля: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$; психиатры-наркологи: ◻ – $p < 0,05$; ◻◻ – $p < 0,01$; ◻◻◻ – $p < 0,001$; врачи хирургического профиля: ▲ – $p < 0,05$; ▲▲ – $p < 0,01$; ▲▲▲ – $p < 0,001$; акушеры-гинекологи: ◊ – $p < 0,05$; ◊◊ – $p < 0,01$; ◊◊◊ – $p < 0,001$; врачи скорой медицинской помощи: ♦ – $p < 0,05$; ♦♦ – $p < 0,01$; ♦♦♦ – $p < 0,001$; онкологи: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Показатели шкалы общего состояния здоровья низкого уровня были выявлены у 12,0 % врачей терапевтического профиля, у 9,1 % онкологов, у 8,7 % психиатров-наркологов, у 7,5 % акушеров-гинекологов, у 5,8 % врачей хирургического профиля, у 3,7 % врачей скорой медицинской помощи. Показатели этой же шкалы среднего уровня были обнаружены у 73,6 % врачей скорой помощи, что значительно превышает показатель врачей хирургического профиля – 38,8 % ($p=0,0001$), онкологов – 42,4 % ($p=0,003$), психиатров-наркологов – 52,5 % ($p=0,01$) и врачей терапевтического профиля – 54,2 % ($p=0,02$). В то же время общее состояние здоровья среднего уровня имело место у акушеров-гинекологов, чей показатель составил 68,6 %, и превышал также показатель врачей хирургического профиля ($p=0,0005$) и онкологов ($p=0,01$). В свою очередь, высокий уровень качества жизни по данной шкале выявлен у врачей хирургического профиля – 55,2 %, показатель которых достоверно превышает показатели врачей СМП – 22,6 % ($p=0,0003$), акушеров-гинекологов – 23,8 % ($p=0,0002$), врачей терапевтического профиля – 33,7 % ($p=0,008$) и психиатров-наркологов – 38,7 % ($p=0,04$). Также высокий уровень был выявлен у онкологов – 48,5 % и превышал данные врачей скорой медицинской помощи ($p=0,01$) и акушеров-гинекологов ($p=0,01$). Достоверных различий в показателях шкалы общего состояния здоровья низкого уровня не было выявлено. Тогда как средний уровень данной шкалы был наиболее выражен у врачей СМП и акушеров-гинекологов, а высокий уровень преобладал у врачей хирургического профиля и онкологов.

Показатели шкалы физического функционирования низкого уровня им ели место у 4,5 % врачей хирургического профиля, у 2,5 % психиатров-наркологов, у 2,4 % врачей терапевтического профиля, у 1,8 % врачей СМП, у 1,5 % акушеров-гинекологов, у онкологов низкого уровня физического функционирования не было выявлено. Средний уровень данной шкалы обнаружен у 11,3 % врачей СМП, показатель которых был выше по сравнению с врачами хирургического профиля – 1,5 % ($p=0,02$); у 10,4 % акушеров-гинекологов, чей показатель также был достоверно выше врачей хирургического профиля ($p=0,02$); у 9,6 % врачей терапевтического профиля, у 9,1 % онкологов и у 5,0 % психиатров-наркологов. Высокий уровень физического функционирования между врачами не отличался: у 90,9 % онкологов, у 94,0 % врачей хирургического профиля, у 92,5 % психиатров-наркологов, у 88,0 % акушеров-гинекологов, у 87,9 % врачей терапевтического профиля и у 86,8 % врачей скорой медицинской помощи.

Таким образом, физическое функционирование низкого и высокого уровней у врачей, имеющих разную специализацию, было выражено в равной степени. Тогда как показатели среднего уровня преобладали у врачей СМП и акушеров-гинекологов.

Значения шкалы ролевого физического функционирования были следующими: показатели низкого уровня были выявлены у 22,4 % акушеров-гинекологов, у 17,5 % психиатров-наркологов, у 15,7 % врачей терапевтического профиля, у 15,1 % врачей СМП, у 11,9 % врачей хирургического профиля и у 9,1 % онкологов. Показатели среднего уровня преобладали у акушеров-гинекологов (22,4 %) по сравнению с врачами хирургического профиля – 2,9 % ($p=0,0007$), психиатрами-наркологами – 7,5 % ($p=0,01$) и врачами терапевтического профиля – 8,4 % ($p=0,01$). Средний уровень данной шкалы был также выявлен у врачей СМП и онкологов, показатели которых составили 16,9 и 9,1 % соответственно. Показатели ролевого физического функционирования высокого уровня были наименьшими у акушеров-гинекологов – 55,2 %, чем у врачей хирургического профиля – 85,1 % ($p=0,0002$), онкологов – 81,8 % ($p=0,009$), врачей терапевтического профиля – 75,9 % ($p=0,007$), психиатров-наркологов – 75,0 % ($p=0,01$), а также врачей скорой помощи – 67,9 % ($p=0,04$). Полученные данные подтвердили, что ролевое физическое функционирование среднего уровня наиболее выражено у акушеров-гинекологов. В свою очередь, самый высокий показатель данной шкалы был у врачей хирургического профиля.

Показатели эмоционального функционирования низкого уровня были выявлены у 35,8 % врачей скорой медицинской помощи и превысили показатели врачей терапевтического профиля – 18,1 % ($p=0,01$) и врачей хирургического профиля – 17,9 % ($p=0,02$). Низкий уровень был также выявлен у 25,0 % психиатров-наркологов, у 22,4 % акушеров-гинекологов и 21,2 % онкологов. Показатели среднего уровня обнаружены у 36,4 % онкологов, у 34,3 % акушеров-гинекологов, у 34,3 % врачей хирургического профиля, у 26,4 % врачей СМП, у 25,3 % врачей терапевтического профиля и у 25,0 % психиатров-наркологов. Показатели высокого уровня отмечены у 56,6 % врачей терапевтического профиля, у 56,3 % психиатров-наркологов, у 47,7 % врачей хирургического профиля, у 43,3 % акушеров-гинекологов, у 42,4 % онкологов и у 37,7 % врачей СМП. Так, показатели среднего и высокого уровней у врачей были выражены в равной степени, а самые низкие показатели шкалы ролевого эмоционального

функционирования были зафиксированы у врачей скорой медицинской помощи, т. е. эмоциональное состояние этой группы врачей оказывало существенное влияние на их качество жизни.

Показатели шкалы социального функционирования низкого уровня выявлены у 45,5 % онкологов, что весомерно больше по сравнению с показателями психиатров-наркологов – 18,7 % ($p=0,003$), врачей хирургического профиля – 19,4 % ($p=0,006$), врачей СМП – 22,6 % ($p=0,02$), врачей терапевтического профиля – 24,1 % ($p=0,02$) и акушеров-гинекологов – 25,4 % ($p=0,04$). Тогда как показатели среднего уровня у врачей-онкологов были минимальными и составили 54,5 %, что оказалось ниже по сравнению с психиатрами-наркологами – 78,7 % ($p=0,009$), врачами хирургического профиля – 77,6 % ($p=0,01$), врачами СМП – 77,4 % ($p=0,02$), врачами терапевтического профиля – 74,7 % ($p=0,03$) и акушерами-гинекологами – 74,6 % ($p=0,04$). Высокий уровень социального функционирования был выявлен всего лишь у 2,9 % врачей хирургического профиля, у 2,5 % психиатров-наркологов и у 1,2 % врачей терапевтического профиля, соответственно у остальных врачей – отсутствовали. Таким образом, самые низкие показатели социального функционирования были обнаружены у онкологов, что и оказывало влияние на качество жизни этой категории врачей. У остальных врачей показатели данной шкалы были чаще среднего уровня, высокий же уровень был выявлен у минимального количества респондентов.

Шкала физической или телесной боли у врачей также имела ряд отличий. Так, показатели шкалы низкого уровня были выявлены у 7,5 % врачей хирургического профиля, у 6,0 % врачей терапевтического профиля, у 5,0 % психиатров-наркологов, у 1,8 % врачей скорой помощи, у 1,5 % акушеров-гинекологов. Лишь у онкологов низких показателей данной шкалы выявлено не было. Средний уровень шкалы боли определен у 38,8 % акушеров-гинекологов, который достоверно превышал показатель врачей хирургического профиля – 10,4 % ($p=0,0001$). У 37,7 % врачей СМП показатель среднего уровня также был выше, чем у врачей хирургического профиля ($p=0,0004$) и у 34,9 % врачей терапевтического профиля показатели среднего уровня шкалы были выше, чем у специалистов хирургического профиля ($p=0,0005$). Показатели среднего уровня были также выявлены у 24,3 % онкологов и у 22,5 % психиатров-наркологов. В свою очередь, показатели высокого уровня шкалы боли выявлены у 82,1 % врачей хирургического профиля и были выше, чем

у врачей СМП – 60,4 % ($p=0,008$), у акушеров-гинекологов – 59,7 % ($p=0,004$) и у врачей терапевтического профиля – 59,0 % ($p=0,002$). Показатели высокого уровня были также выявлены у 75,7 % онкологов и у 72,5 % психиатров-наркологов. Т. е. показатели низкого уровня шкалы боли у врачей были выражены в равной степени и у минимального количества, за исключением онкологов, физическая боль у которых не оказывала влияния на качество жизни. Тогда как показатели среднего уровня чаще встречались у акушеров-гинекологов, врачей скорой медицинской помощи и врачей терапевтического профиля. При этом самые высокие показатели по данной шкале были у врачей хирургического профиля.

Показатели шкалы жизненной активности низкого уровня были выявлены у 11,4 % психиатров-наркологов, у 9,4 % врачей СМП, у 8,9 % врачей хирургического профиля, у 8,9 % акушеров-гинекологов, у 6,1 % онкологов и у 6,0 % врачей терапевтического профиля. Показатели среднего уровня обнаружены у 62,3 % врачей скорой медицинской помощи и были выше, чем у психиатров-наркологов – 43,7 % ($p=0,03$). Также показатели среднего уровня были выявлены у 54,5 % онкологов, у 53,0 % врачей терапевтического профиля, у 47,7 % акушеров-гинекологов, у 46,3 % врачей хирургического профиля. Показатели жизненной активности высокого уровня зарегистрированы у 45,0 % психиатров-наркологов, у 44,7 % врачей хирургического профиля, у 43,3 % акушеров-гинекологов, у 40,9 % врачей терапевтического профиля, у 39,4 % онкологов и у 28,3 % врачей СМП. При этом достоверных различий в показателях шкалы жизненной активности низкого и высокого уровней выявлено не было. Тогда как показатели среднего уровня данной шкалы были наиболее выражены у врачей скорой медицинской помощи.

Показателей шкалы психического здоровья низкого уровня у врачей терапевтического профиля и онкологов отмечено не было. Тогда как показатели низкого уровня были выявлены у 15,1 % врачей СМП и достоверно превышали показатели врачей хирургического профиля – 2,9 % ($p=0,01$), психиатров-наркологов – 3,7 % ($p=0,02$) и акушеров-гинекологов – 4,5 % ($p=0,04$). Показатели среднего уровня зафиксированы у 54,7 % врачей СМП, у 54,5 % онкологов, у 53,0 % врачей терапевтического профиля, у 50,7 % акушеров-гинекологов, у 50,0 % психиатров-наркологов и у 37,3 % врачей хирургического профиля. Показатели высокого уровня данной шкалы зарегистрированы

у 59,7 % врачей хирургического профиля, что весомо больше по сравнению с врачами скорой помощи – 30,2 % ($p=0,002$). Также высокий уровень был выявлен у 46,7 % врачей терапевтического профиля, у 46,3 % психиатров-наркологов, у 45,5 % онкологов и у 44,7 % акушеров-гинекологов. Т. е. самые низкие показатели шкалы психического здоровья чаще встречались у врачей скорой медицинской помощи, тогда как показатели высокого уровня преобладали у врачей хирургического профиля.

Как известно, изучение качества жизни основывается на определении человеком уровня своего физического, психического и социально-экономического благополучия. В связи со сказанным, помимо опросника качества жизни SF-36, врачам было предложено оценить состояние своего здоровья и указать наличие или отсутствие у себя хронических соматических заболеваний. Так, проведенный анализ самооценки состояния здоровья показал, что 5,0 % ($n=19$) опрошенных врачей оценивают своё здоровье как «отличное», 35,5 % ($n=136$) – как «хорошее», 51,7 % ($n=198$) – как «удовлетворительное» и 7,8 % ($n=30$) – как «неудовлетворительное» (рис. 12).

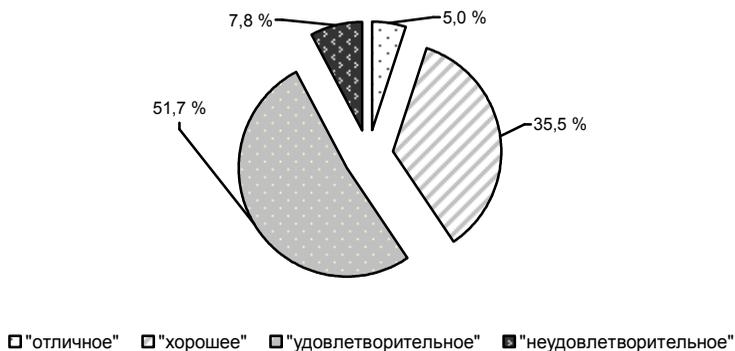


Рис. 12. Показатели самооценки состояния здоровья врачей, %

Обследованные врачи также указали на наличие у себя различных хронических соматических заболеваний. При это было выявлено, что заболевания костно-мышечной системы (остеохондроз, артриты, артрозы и другие заболевания опорно-двигательного аппарата) имеются у 69,2 % ($n=265$) врачей; заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь) – у 51,9 % ($n=199$); болезни

органов пищеварительной системы (гастрит, панкреатит, холецистит) – у 41,7 % (n=160), болезни органов выделительной системы (пиелонефрит, мочекаменная болезнь) – у 19,1 % (n=73) и заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, гипотиреоз, гипертиреоз) – у 3,6 % (n=14) респондентов.

Распространенность хронических соматических заболеваний была проанализирована с учетом специализации врачей. Обнаружено, что заболевания костно-мышечной системы чаще встречались у врачей скорой медицинской помощи – 77,4 %, чем у онкологов – 51,5 % (p=0,01). На втором месте по частоте встречаемости данных заболеваний находились врачи терапевтического профиля, показатель которых составил 77,1 % и превышал таковой показатель онкологов – 51,5 % (p=0,006) и психиатров-наркологов – 62,5 % (p=0,04). У акушеров-гинекологов данный показатель составил 73,1 % и у врачей хирургического профиля – 65,7 %.

Заболевания сердечно-сосудистой системы чаще встречались у врачей скорой медицинской помощи, показатель которых составил 64,8 % и был достоверно выше, чем у акушеров-гинекологов – 37,3 % (p=0,0004) и психиатров-наркологов – 42,5 % (p=0,002). Показатель врачей терапевтического профиля составил 59,0 %, и также достоверно превышал показатель сердечно-сосудистых заболеваний акушеров-гинекологов (p=0,008) и психиатров-наркологов (p=0,03). У онкологов заболевания сердечно-сосудистой системы встречались в 54,5 % случаев и у врачей хирургического профиля – в 53,7 % случаев.

Болезни органов пищеварительной системы чаще встречались у врачей терапевтического профиля – 49,4 %, чем у психиатров-наркологов – 28,7 % (p=0,007). У врачей скорой медицинской помощи данный показатель составил 49,0 % и также был достоверно выше показателя психиатров-наркологов (p=0,01). В свою очередь, показатель акушеров-гинекологов составил 47,7 % и превысил показатель заболеваний пищеварительной системы психиатров-наркологов (p=0,01). У онкологов данный вид хронических заболеваний встречался в 45,5 % случаев и у врачей хирургического профиля – в 34,3 % случаев.

Заболевания органов выделительной системы чаще встречались у психиатров-наркологов – 26,3 %, чем у врачей хирургического профиля – 8,9 % (p=0,007). У врачей терапевтического профиля данный показатель составил 21,7 %, и также достоверно был выше показателя врачей хирургического профиля

($p=0,03$). У акушеров-гинекологов данный вид хронических заболеваний встречался в 20,8 % случаев, у врачей скорой медицинской помощи – в 18,8 % и у онкологов – в 12,2 %.

Заболевания эндокринной системы у психиатров-наркологов встречались в 7,5 % случаев, у врачей терапевтического профиля – в 4,8 % случаев, у врачей скорой медицинской помощи – в 3,8 %, у онкологов – в 3,0 %, у врачей хирургического профиля – в 1,5 %; у акушеров-гинекологов заболеваний эндокринной системы не было выявлено.

Показатели распространенности хронических соматических заболеваний у врачей разного профиля наглядно представлены в таблице 41.

Таблица 41

Распространенность хронических соматических заболеваний у врачей разной специализации

Соматические заболевания/ Болезни	Специализация											
	Врачи терапевтического профиля (n=83)		Психиатры и наркологи (n=80)		Врачи хирургического профиля (n=67)		Акушеры-гинекологи (n=67)		Врачи СМП (n=53)		Онкологи (n=33)	
	Абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Костно-мышечной системы	64	77,1	50	62,5*	44	65,7	49	73,1	41	77,4	17	51,5***
Системы кровообращения	49	59,0	34	42,5**	36	53,7	25	37,3**	37	64,8 ^{○○○}	18	54,5
Органов пищеварения	41	49,4	23	28,7**	23	34,3	32	47,7 [■]	26	49,0 [■]	15	45,5
Органов выделительной системы	18	21,7	21	26,3	6	8,9 ^{■***}	14	20,8	10	18,8	4	12,2
Эндокринной системы	4	4,8	6	7,5	1	1,5	-	-	2	3,8	1	3,0

*Примечание. Статистическая значимость различий между группами врачей обозначена: врачи терапевтического профиля: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$; психиатры-наркологи: ■ – $p<0,05$; ■■ – $p<0,01$; ■■■ – $p<0,001$; врачи хирургического профиля: ▲ – $p<0,05$; ▲▲ – $p<0,01$; ▲▲▲ – $p<0,001$; акушеры-гинекологи: ◇ – $p<0,05$; ◇◇ – $p<0,01$; ◇◇◇ – $p<0,001$; врачи скорой медицинской помощи: ♦ – $p<0,05$; ♦♦ – $p<0,01$; ♦♦♦ – $p<0,001$; онкологи: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.*

Таким образом, результаты данного раздела исследования продемонстрировали, что социальное функционирование врачей остается в значительной степени неудовлетворительным: подавляющее большинство врачей недовольны своим материальным положением, жилищно-бытовыми условиями, а также проведением своего досуга и отпуска.

При этом врачи скорой медицинской помощи в большей степени, чем все остальные, не удовлетворены материальным положением, содержанием своей работы, проведением досуга и отпуска. Тогда как врачи терапевтического профиля чаще высказывали свое недовольство отношениями не только с администрацией, но и с коллегами по работе. Кроме того, каждый третий врач хотел бы сменить место работы, а каждый шестой врач – сменить профессию. Среди желающих сменить место работы чаще встречались психиатры и наркологи, тогда как сменить профессию больше, чем все остальные, хотели бы врачи скорой медицинской помощи.

При анализе качества жизни врачей было выявлено, что у женщин низкому уровню соответствуют показатели шкал ролевого физического функционирования, социального функционирования и жизненной активности, а среднему уровню – шкала общего состояния здоровья, боли и физического функционирования. Тогда как мужчины имели лучшие показатели качества жизни: наиболее выраженные показатели среднего уровня имелись лишь по шкале социального функционирования. В свою очередь, показатели шкал общего состояния здоровья, физического функционирования, ролевого физического функционирования, боли и жизненной активности чаще были высокого уровня, т. е. отражали «уровень благополучия». Также анализ качества жизни врачей разной специализации показал, что для врачей хирургического профиля характерны более высокие показатели шкал общего состояния здоровья, ролевого физического функционирования, боли и психического здоровья. Наиболее выраженные показатели качества жизни среднего уровня имели врачи скорой медицинской помощи по шкалам общего состояния здоровья, физического функционирования и жизненной активности, а по шкалам ролевого физического функционирования и боли – акушеры-гинекологи.

Особенно низкими были показатели шкал эмоционального функционирования и психического здоровья у врачей скорой медицинской помощи, а также показатели социального функционирования у онкологов, что могло оказывать влияние на качество жизни врачей данных специальностей.

В целом же врачи оценивают состояние своего здоровья как «удовлетворительное» в 51,7 % случаев. При этом медицинские работники имеют различные хронические соматические заболевания, причем заболевания костно-мышечной системы (такие

как остеохондроз), сердечно-сосудистой (ИБС, ГБ) и пищеварительной (гастрит, панкреатит) чаще встречаются у врачей скорой помощи, а также у врачей терапевтического профиля.

Таким образом, вопрос состояния психического здоровья врачей, несмотря на большую социальную значимость, освещен в литературе явно недостаточно. Большая часть современных работ посвящена эмоциональному выгоранию и была выполнена не врачами, а психологами. Психическое здоровье среди врачей освещено, в основном, в иностранной литературе, тогда как в России имеются лишь единичные работы, в которых рассматривается проблема психического здоровья, однако без данных по проблеме злоупотребления ПАВ.

Заключение

Здоровье – это то, что люди больше всего стремятся сохранить и меньше всего берегут.

Ж. Лабрюйер

Все большее количество отечественных и зарубежных авторов указывают на необходимость тщательного изучения психического здоровья медицинских работников (Тищенко П. Д., 2000; Россинский Ю. А., Семке В. Я., Асланбекова Н. В., 2008; Шарова О. Н. и др., 2009; Башмакова О. В., 2010; Tillet R., 2004). Такое внимание к состоянию здоровья врачей вполне является обоснованным, так как врачебная профессия обладает огромной социальной важностью, поскольку на медицинских работников ложится ответственность за физическое и психическое здоровье пациента, за его социально-психологическую адаптацию (Большакова Т. В., 2004).

В условиях медицинской профессиональной деятельности личность врача подвергается постоянному давлению со стороны психотравмирующих обстоятельств – высокие психоэмоциональные, умственные и физические перегрузки, всё возрастающая ответственность за здоровье и жизнь пациентов, осознание границ врачебных возможностей, недостаток времени.

Все это усугубляется и присоединением социальных фрустрирующих факторов в виде низкой оплаты труда, необеспеченности жильем, психологического давления администрации, нарастания социального напряжения в обществе. Продолжающиеся, но не всегда продуманные реформы в здравоохранении, в свою очередь, приводят к формированию проблем собственного здоровья врачей, ухудшению качества оказываемой медицинской помощи населению, оттоку врачебных кадров из отрасли, падающему престижу профессии (Ситдииков З. А., 2001; Измеров Н. Ф., 2005; Сорокина М. Г., 2006; Кайбышев В. Т., 2007; Камаев И. А. и др., 2008; Сычев М. А., 2008; Квасов А. Р. и др., 2009).

Известно, что среди врачей отмечается повышенная заболеваемость психическими расстройствами, часто встречаются тревожные нарушения, депрессии, суицидальные попытки, психосоматические расстройства, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами, что, безусловно, отражается на их профессиональной деятельности (Тищенко П. Д., 2000; Асланбекова Н. В., 2008; Россинский Ю. А., Семке В. Я., Асланбекова Н. В., 2008; Башмакова О. В., 2010; Tillet R., 2004).

При очевидной значимости изучения психического здоровья и качества жизни врачей, а также путей профилактики и улучшения здоровья медицинских работников специальных исследований, посвященных комплексному изучению этой проблемы, до настоящего времени не проводилось. Также отсутствуют достоверные сведения о наркологической патологии среди медицинских работников лечебных учреждений.

Таким образом, актуальность работы является обоснованной и определялась недостаточной изученностью данного вопроса, необходимостью сохранения и улучшения психического здоровья и социально-экономической сферы жизни врачей, а также высокой социальной значимостью подобных исследований.

В связи с вышеперечисленным было проведено комплексное клинико-эпидемиологическое исследование психического здоровья и качества жизни врачей лечебных учреждений Забайкальского края. На первом этапе нами был проведен анализ показателей распространенности невротических расстройств, синдрома эмоционального выгорания, а также уровня тревожности среди врачей.

Результаты анализа распространенности невротических расстройств у врачей с помощью клинического опросника К. К. Яхина, Д. М. Менделевича (1998, 2005) показали достаточно высокую распространенность у респондентов различных симптомов невротического регистра. Было установлено, что практически у каждого третьего врача имеются отдельные симптомы невротической депрессии (F43) – 37,8 %; у каждого четвертого – либо тревожные (F41) – 24,5 %, либо астенические расстройства (F48.0) – 23,5 %; у каждого пятого – встречались либо вегетативные расстройства (F45.3) – 22,7 %, либо нарушения истерического типа реагирования (F44) – 20,8 %, а у каждого шестого врача были выявлены проявления обсессивно-фобических нарушений (F42) – 17,3 %.

Кроме того, у обследуемых врачей были выявлены так называемые доболезненные проявления невротических расстройств. Из них по частоте встречаемости следует выделить астенические (20,9 %), затем следуют истерические (17,3 %), тревожные (14,1 %) и обсессивно-фобические (14,0 %), на последнем месте находятся депрессивные (8,4 %) и вегетативные (4,7 %) расстройства.

В ходе исследования нами были выявлены достоверные различия по гендерному признаку в отношении распространенности невротических расстройств среди врачей. Например, клинически очерченные синдромы невротических нарушений достоверно чаще встречаются среди женщин: показатели невротической депрессии (42,0 %), нарушений истерического типа реагирования (24,6 %) и обсессивно-фобических расстройств (20,3 %) у женщин превышают таковые у мужчин: 29,7, 13,7 и 11,5 % соответственно. Вероятно, такое преобладание невротических расстройств у врачей-женщин связано с повышенной восприимчивостью лиц женского пола к различного рода стрессовым воздействиям, в том числе и профессионально-производственным, что также соотносится и с некоторыми литературными данными (Linzer M. и др., 2002; Robinson G. E. и др., 2003).

В отношении распространенности невротических расстройств у врачей различной специализации было выявлено, что наиболее «невротизированными» являются врачи скорой медицинской помощи. Это подтверждается более высокой частотой выявленных среди них тревожных (39,6 %), астенических (32,0 %) и вегетативных (32,0 %) расстройств по сравнению с врачами остальных специальностей, что, вероятно, связано с особенностями самой специальности врача скорой медицинской помощи, которые могут оказывать негативное влияние в отношении формирования и развития невротических и иных расстройств (прежде всего так называемый экстремальный режим работы). Врач скорой помощи, порой не зная, с чем столкнется на очередном вызове, нередко рискует собственным здоровьем (выезд на уличные драки, к инфицированным больным). Врач может стать объектом нападения со стороны лиц с наркоманической зависимостью (такие случаи участились в последнее время). Во-вторых, это внешние физические факторы риска: нарушение биологических циркадных ритмов (ночные и суточные дежурства); вынужденная «переноска» тяжелобольных и медицинской аппаратуры; работа в экстремальных климатических условиях (выезды и в летний зной, и в зимний холод, и в проливной дождь). В-третьих, это психосоциальные факторы: чрезмерная ответственность за здоровье и даже жизнь человека, подразумевающая быстроту действий при оказании экстренной помощи; частые недовольства (жалобы, угрозы) со стороны пациентов, их родственников по поводу несвоевременного и некачественного оказания медицинской помощи и связанный с этим административный гнет. И все это – за весьма скромную заработную плату.

В результате исследования также было установлено, что расстройства истерического спектра являются преобладающими среди врачей терапевтического профиля (28,9 %) по сравнению с другими специальностями. Вероятнее всего, социально-стрессовые дезадаптирующие факторы опосредуют распространение истерических форм реагирования у врачей общемедицинской сети, как более регрессивных форм поведения, на что указывают некоторые литературные данные (Кречмер Э., 1998; Башмакова О. В., 2010).

При более глубоком анализе распространенности и структуры невротических расстройств оказалось, что они обнаруживают определенную взаимосвязь с наличием различных хронических соматических заболеваний у врачей. Полученные нами данные позволяют предполагать достаточно частый психогенный (психосоматический) генез некоторых хронических соматических заболеваний у врачей. Так, выявленные невротические нарушения имеют взаимосвязь с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В пользу данного утверждения свидетельствует проведенный корреляционный анализ между полученными показателями по опроснику Яхина-Менделевича и наличием хронических соматических заболеваний. Установлено, что у психиатров и наркологов с увеличением частоты заболеваний органов кровообращения повышаются показатели тревоги ($r=0,542$; $p<0,05$), депрессии ($r=0,428$; $p<0,05$), астенических ($r=0,581$; $p<0,05$) и вегетативных нарушений ($r=0,415$; $p<0,05$). У врачей терапевтического профиля с ростом тех же сердечно-сосудистых заболеваний возрастают тревожные нарушения ($r=0,508$; $p<0,05$) и истерические расстройства ($r=0,472$; $p<0,05$), а у онкологов – вегетативные расстройства ($r=0,551$; $p<0,05$).

Исходя из вышеизложенного, вполне вероятно, что в качестве производственно-профессионального фактора риска выступает и сам врачебный профиль (скорой медицинской помощи, онкологический, терапевтический, психиатрический), определяющий невротическую и психосоматическую predisпозицию.

В то же время, что не противоречит и полученным нами данным, распространенность невротических расстройств не зависела от длительности профессионального стажа, хотя некоторыми авторами указывается влияние стажа работы на частоту, а именно на рост невротической патологии в контингенте врачей (Башмакова О. В., 2010).

Был проведен также корреляционный анализ между показателями социального функционирования и показателями распространенности невротических расстройств у врачей. По результатам анализа установлено, что чем больше врачей, не удовлетворенных отношениями с администрацией, тем выше у них уровень астенических ($r=0,598$; $p<0,05$) и обсессивно-фобических расстройств ($r=0,476$; $p<0,05$). Следовательно, неудовлетворенность взаимоотношениями с администрацией, как социально-фрустрирующий фактор профессиональной деятельности, может способствовать развитию невротических расстройств.

Согласно данным анализа распространенности СЭВ, было установлено, что практически у каждого второго врача имеются признаки эмоционального выгорания (67,6 %). При этом у 61,6 % обследованных полностью сформирована только одна из трех фаз синдрома, у 3,9 % врачей сформированы две фазы, у 2,1 % полностью сформированы все три фазы синдрома. В отношении структуры самого синдрома и показателей распространенности фаз было выявлено, что сформированная фаза напряжения присутствует у 12,8 % врачей, фаза резистенции – у 34,0 % и фаза истощения – у 14,8 % респондентов.

Следует также отметить, что у 10,5 % врачей фазы находятся ещё в стадии формирования и лишь у 21,9 % респондентов – не выявлено признаков СЭВ, т. е. это были здоровые, пока еще не подверженные профессиональной деформации медицинские работники. Это, в свою очередь, говорит о том, что большая часть врачей лечебных учреждений Забайкальского края подвержена воздействию психотравмирующих факторов, так или иначе связанных с профессиональной деятельностью.

В отношении распространенности эмоционального выгорания среди врачей с учетом гендерных особенностей было выявлено, что показатели фаз напряжения и истощения у мужчин (14,0 %; 12,9 %) и женщин (12,0 %; 15,8 %) достоверно не отличались. В то же время показатель фазы резистенции у женщин составил 38,5 % и достоверно превышал показатель фазы резистенции у мужчин – 25,2 % ($p=0,009$).

Вполне вероятно, это обусловлено, как уже было указано выше, повышенной восприимчивостью лиц женского пола к различного рода стрессогенным воздействиям, а также специфической «ролевой нагрузкой» у врачей-женщин, вызывающей конфликт между выполнением профессиональных и домашних обязанностей (Estryn-Behar M., 1990).

Так как для фазы резистенции характерны защитное поведение по типу «неучастия», стремление избегать воздействия эмоциональных факторов и ограничение собственного эмоционального реагирования в ответ на психотравмирующие воздействия, то, возможно, что у женщин срабатывает механизм психологической защиты, осознанного или неосознанного желания экономии эмоций с целью реализации их вне трудового процесса, а именно в семье, с детьми.

В ходе исследования нами было выявлено значительное преобладание фазы напряжения у онкологов (21,2 %), врачей скорой медицинской помощи (18,8 %) и психиатров-наркологов (16,3 %) по сравнению с врачами остальных специальностей. Необходимо также отметить, что фаза резистенции достоверно преобладала у врачей-онкологов (51,5 %), а истощения – у врачей скорой медицинской помощи (26,4 %). Это обусловлено, прежде всего, специфическими условиями профессиональной деятельности: у врачей скорой медицинской помощи – «экстремальный» режим работы, высокий темп действий, нарушение суточных и околосуточных ритмов; у психиатров и онкологов – необходимость ежедневного взаимодействия с хроническими больными, порой неизлечимыми и умирающими пациентами, что потенцирует развитие синдрома эмоционального выгорания у врачей данных специальностей. О наибольшей подверженности онкологов и психиатров-наркологов к развитию СЭВ указывают также данные Л. Н. Юрьевой (2004), В. В. Лукьянова (2007), О. Н. Шаровой и др. (2009), В. Л. Дресвянникова и др. (2010), И. А. Бердяевой, Л. Н. Войт (2012).

Изучая влияние стажа трудовой деятельности на формирование эмоционального выгорания у врачей, мы получили следующие данные. Фаза напряжения чаще встречается у медицинских работников со стажем менее 10 лет (16,1 %) и более 20 лет работы (15,7 %), чем у врачей со стажем от 10 до 20 лет – 7,6 % ($p=0,02$; $p=0,04$ соответственно). Показатели фазы резистенции у респондентов с различным стажем работы были выражены в равной степени. Фаза истощения у врачей со стажем более 20 лет составила 23,5 % и встречалась чаще, чем у врачей со стажем от 10 до 20 лет – 11,8 % ($p=0,01$) и менее 10 лет – 11,7 % ($p=0,01$). Последние данные согласуются с тем, что с увеличением продолжительности профессионального стажа отмечаются более глубокие процессы выгорания, а именно процессы эмоционального истощения (Сосновская Е. В. и др., 2010).

Кроме того, такие периоды профессиональной деятельности, как первые 5 лет работы и после 15 лет работы, являются наиболее уязвимыми в отношении развития эмоционального выгорания и профессионально обусловленных кризисов (Кречмер Э., 1998; Башмакова О. В., 2010).

Нами была выявлена также взаимосвязь между эмоциональным выгоранием и потребностью сменить работу. Установлено, что чем выше фаза напряжения у врачей, тем больше среди них желающих сменить работу ($r=0,432$; $p<0,05$). Это, в свою очередь, свидетельствует о негативном влиянии производственной среды на психоэмоциональную сферу врачей, отражая при этом их социально-профессиональную дезадаптацию.

Анализируя показатели тревожности у врачей, было выявлено, что у большинства респондентов реактивная (ситуационная) тревожность соответствовала низкому уровню (68,4 %), тогда как личностная тревожность в большинстве случаев была либо умеренного (47,5 %), либо высокого (45,7 %) уровня. Так как наиболее значимыми представлялись показатели реактивной и личностной тревожности высокого уровня, поэтому анализ этих данных проводился с учетом пола, специализации и стажа работы врачей.

В отношении распространенности тревожности среди мужчин и женщин было установлено, что реактивная тревожность высокого уровня встречается только у женщин (6,4 %). В свою очередь, личностная тревожность высокого уровня была выявлена у 50,4 % женщин и достоверно превышала данный показатель у мужчин – 36,6 % ($p=0,01$), что в целом говорит о наибольшей распространенности тревожности среди врачей-женщин, чем среди врачей мужского пола.

Что касается анализа тревожности у врачей разного профиля, то были получены следующие данные. Показатели реактивной тревожности высокого уровня были выражены в равной степени у врачей разного профиля, тогда как показатели высокого уровня личностной тревожности у респондентов имели отличия. Так, самыми высокими оказались показатели личностной тревожности у онкологов (60,6 %) и у врачей скорой медицинской помощи (54,7 %), чем врачей хирургического профиля – 35,8 % ($p=0,01$; $p=0,03$ соответственно). Это, в свою очередь, подтверждает негативное воздействие производственной среды, а именно профессионально-профильного фактора на психическое здоровье.

Следует также отметить, что влияние стажа работы на формирование тревожности у врачей не было определяющим: показатели реактивной и личностной тревожности высокого уровня в группах врачей со стажем до 10 лет, от 10 до 20 лет и более 20 лет не отличались между собой.

Таким образом, результаты первого этапа исследования показали, что в настоящее время психическое здоровье врачей лечебных учреждений Забайкальского края вызывает серьезные опасения и диктует необходимость разработки комплекса как реабилитационно-восстановительных, так и профилактических мероприятий.

На втором этапе исследования анализировалась распространенность наркологической патологии среди врачей. Согласно нашим данным, выявленная распространенность наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя, среди врачей Забайкальского края составила 10,6 %, в том числе синдромом зависимости от алкоголя (F10.2) был выявлен у 2,6 %; употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1) – у 8,0 % врачей. Что же касается самой структуры алкоголизации, то она была изучена с учетом донологических форм потребления алкоголя по классификации Э. Е. Бехтеля (1986) и выглядела следующим образом: абстинентов было 12,8 %, случайно пьющих – 48,5 %, умеренно пьющих – 27,9 %, систематически пьющих – 4,4 %, привычно пьющих – 3,6 % и лиц с синдромом зависимости – 2,6 %.

Был проведен сравнительный анализ между врачами, не имеющими алкогольных расстройств, и врачами с алкогольными расстройствами (употребляющими алкоголь с вредными последствиями, с синдромом зависимости от алкоголя) относительно пола, специализации и стажа работы.

В ходе исследования выявлены достоверные различия по гендерному признаку. Так, в группе врачей с алкогольными расстройствами достоверно чаще встречались мужчины – 25,2 % (употребляющие алкоголь с вредными последствиями – 18,3 %; с алкогольной зависимостью – 6,9 %), чем женщины – 3,1 % (употребляющие алкоголь с вредными последствиями – 2,7 %; с алкогольной зависимостью – 0,4 %) ($p=0,0001$), т. е. наркологическая патология, связанная с употреблением алкоголя, была диагностирована у каждого четвертого врача-мужчины и встречалась практически в 8 раз чаще, чем у женщин.

В свою очередь, полученные нами данные согласуются с некоторыми научными исследованиями, которые указывают на высокую распространенность алкогольных расстройств среди врачей-мужчин (Юрьева Л. Н., 2004; Асланбекова Н. В., 2008; Росинский Ю. А. и др., 2008; Robins L., 1991). Поэтому в отношении распространенности алкогольных расстройств среди врачей гендерные особенности являются определяющими.

Анализируя показатели наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя, среди врачей разного профиля, хотелось бы отметить высокий уровень алкогольной патологии у врачей хирургического профиля: практически у каждого четвертого (28,4 %) специалиста. Следует отметить, что среди врачей со стажем работы по специальности до 10 лет встречалось больше лиц с пагубным употреблением спиртного – 9,5 % ($p=0,04$). В свою очередь, синдром зависимости от алкоголя чаще диагностировался среди респондентов со стажем работы от 10 до 20 лет – 4,8 % ($p=0,03$).

В рамках нашего исследования, помимо злоупотребления спиртными напитками, у врачей отмечены и другие виды аддиктивного поведения, такие как табакокурение, чрезмерное употребление кофеина и переедание. В отношении табакокурения необходимо отметить, что оно встречалось у каждого четвертого врача (26,6 %), причем чаще среди респондентов с пагубным употреблением алкоголя ($p=0,001$) и алкогольной зависимостью ($p=0,0001$). Такое аддиктивное поведение, как переедание, встречалось практически у каждого четвертого врача (27,6 %), а чрезмерное употребление кофеина – у каждого пятого (22,5 %).

В этой связи вполне вероятно, что одной из основных причин возникновения аддиктивного поведения является высокое психоэмоциональное напряжение, на что также указывают наши данные: практически каждый третий врач (32,2 %) с целью снятия психоэмоционального напряжения прибегает к тому или иному аддиктивному поведению, причем респонденты с пагубным употреблением алкоголя чаще указывали на это, чем не злоупотребляющие ($p=0,04$).

Проанализировав взаимосвязи распространенности алкогольных расстройств с показателями психического здоровья и социального функционирования, мы получили следующие результаты. Установлено, что депрессивные ($p=0,004$), астенические ($p=0,0001$), обсессивно-фобические ($p=0,04$) и вегетативные ($p=0,0001$) расстройства достоверно чаще встречаются в группе врачей с алкогольной зависимостью, чем среди не злоупотребляющих.

В свою очередь, это говорит о распространенности алкогольных и невротических расстройств как коморбидной патологии среди врачей, которая, отражаясь на психической и социально-профессиональной дезадаптации, может усугублять их. В пользу последнего утверждения свидетельствуют данные о том, что респонденты с алкогольными расстройствами чаще, чем не злоупотребляющие, были не удовлетворены материальным положением – 100,0 % ($p=0,04$), взаимоотношениями с администрацией – 60,0 % ($p=0,002$) и проведением своего досуга – 87,1 % ($p=0,0002$). При этом врачи с синдромом зависимости также достоверно чаще высказывали желание о смене профессии – 40,0 % ($p=0,03$).

На третьем, заключительном этапе нашего исследования был проведен анализ социального функционирования и качества жизни врачей.

Социальное функционирование врачей оценивалось по степени удовлетворенности материальным положением, работой, жилищно-бытовыми условиями, отношениями с коллегами, администрацией на работе, отношениями в семье, проведением своего досуга и отпуска.

Было установлено, что социальное функционирование врачей остается в значительной степени неудовлетворительным. Так, подавляющее большинство врачей недовольны своим материальным положением (90,0 %), практически каждый второй врач не удовлетворен проведением своего отпуска (60,8 %), либо досугом (54,6 %), либо жилищно-бытовыми условиями (45,2 %); содержанием работы недоволен каждый третий врач (29,7 %); взаимоотношениями с администрацией – каждый четвертый (23,2 %). В меньшей степени респонденты были не удовлетворены отношениями в семье (12,8 %) и отношениями с коллегами (9,2 %). В свою очередь, такая неудовлетворенность социальной жизнью приводит к тому, что практически каждый третий врач желает сменить место работы (35,0 %), а каждый шестой – сменить профессию (16,0 %).

Анализ показателей неудовлетворенности основными аспектами социальной жизнедеятельности был также проведен с учетом пола и специализации врачей. В ходе исследования было выявлено, что мужчины в большей степени не удовлетворены материальным положением – 95,4 % ($p=0,01$), своими взаимоотношениями с администрацией – 29,7 % ($p=0,02$), а также проведением отпуска – 70,9 % ($p=0,003$). Вероятнее всего, эти факто-

ры для врачей-мужчин являются наиболее социально-фрустрирующими. Скорее всего, поэтому среди них больше желающих сменить свою профессию – 22,9 % ($p=0,007$).

Что касается социального функционирования врачей, имеющих различную специализацию, то и здесь были выявлены достоверные отличия. Так, например, врачи скорой медицинской помощи в большей степени, чем все остальные, не удовлетворены материальным положением – 96,2 % ($p=0,01$), содержанием своей работы – 52,8 % ($p=0,001$), проведением досуга – 67,9 % ($p=0,02$) и отпуска – 83,0 % ($p=0,0003$), тогда как врачи терапевтического профиля чаще высказывали свое недовольство сложившимися отношениями с администрацией – 28,9 % ($p=0,03$) и коллегами по работе – 18,0 % ($p=0,003$). Вполне вероятно, что для врачей скорой медицинской помощи перечисленные выше аспекты социальной деятельности, являются профессионально-дезадаптирующими. В пользу последнего предположения свидетельствуют данные о том, что среди желающих сменить профессию достоверно чаще встречались врачи скорой медицинской помощи – 33,9 % ($p=0,0003$).

Следует отметить, что социально-фрустрирующие факторы усугубляют профессиональную дезадаптацию врачей, и это подтверждается проведенным корреляционным анализом. Так, например, получена прямая средняя по силе связь между взаимоотношениями с администрацией и желанием сменить работу ($r=0,406$; $p<0,05$). Кроме того, чем больше врачи не удовлетворены содержанием своей работы, тем больше среди них желающих сменить её ($r=0,324$; $p<0,05$). Потребность в смене работы и потребность в смене профессии также взаимосвязаны: с ростом числа желающих сменить работу, увеличивается количество врачей, желающих сменить профессию ($r=0,453$; $p<0,05$).

Помимо вышесказанного, усиление неудовлетворенности отношениями с администрацией сопровождается ухудшением показателей психического здоровья, а именно повышением уровня астенических ($r=0,598$; $p<0,05$) и обсессивно-фобических расстройств у врачей ($r=0,476$; $p<0,05$). Наши данные также соотносятся с одним из научных исследований, в котором выявлена прямая взаимосвязь между показателями социальной фрустрированности и показателями психического и соматического нездоровья врачей (Квасов А. Р. и др., 2009).

Согласно данным опросника SF-36, показатели качества жизни врачей были как низкого, так и среднего и высокого уровня.

В ходе нашего исследования было выявлено, что показатели шкал общего состояния здоровья, социального функционирования, жизненной активности и психического здоровья врачей были приближены к среднему уровню. В свою очередь, показатели шкал физического функционирования, ролевого физического функционирования, ролевого эмоционального функционирования, а также показатели шкалы боли были приближены к высокому уровню качества жизни, т. е. отражали «уровень благополучия» у врачей по данным шкалам.

При сравнительной оценке показателей качества жизни с учетом гендерных особенностей были получены следующие результаты. Установлено, что у женщин показатели шкал ролевого физического функционирования, социального функционирования и жизненной активности соответствуют низкому уровню, а среднему уровню – шкала общего состояния здоровья, боли и физического функционирования. В свою очередь, мужчины имели лучшие показатели качества жизни: наиболее выраженные показатели среднего уровня у них были лишь по шкале социального функционирования. Показатели шкал общего состояния здоровья, физического функционирования, ролевого физического функционирования, боли и жизненной активности у мужчин чаще были высокого уровня. Это говорит о том, что качество жизни врачей-мужчин в целом выше, чем у женщин.

Также анализ качества жизни врачей, имеющих различную специализацию, показал, что для врачей хирургического профиля характерны более высокие показатели шкал общего состояния здоровья, ролевого физического функционирования, боли и психического здоровья. Тогда как качество жизни врачей скорой медицинской помощи и онкологов нами было оценено как среднее или даже низкое по определенным шкалам.

Так, врачи скорой медицинской помощи имели наиболее выраженные показатели качества жизни среднего уровня по шкалам общего состояния здоровья, физического функционирования и жизненной активности. Особенно низкими у них были показатели шкал эмоционального функционирования и психического здоровья, а у онкологов – показатели социального функционирования, что, в свою очередь, могло оказывать влияние на качество жизни врачей данных специальностей.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о неудовлетворительном психическом и наркологическом здоровье, социальном функционировании и качестве жизни отдельных

категорий врачей (скорой медицинской помощи, онкологов, психиатров-наркологов, врачей хирургического профиля), обусловленном в значительной степени характером профессиональной деятельности.

Изложенные факты также подтверждают необходимость неотложной разработки новых стратегий профилактики и коррекции психического нездоровья врачей, а также внедрения комплексных программ государственного уровня, направленных на оздоровление профессиональной среды, повышение социально-экономического статуса врачей с целью сохранения и укрепления психического здоровья, улучшения качества оказываемой медицинской помощи населению и восстановления профессионального престижа врачебной специальности.

Литература

1. *Алексеев А. А.* Врачи-заложники смерти. Почему врачи умирают на 10—20 лет раньше своих пациентов / А. А. Алексеев, И. С. Ларионова, Н. А. Дудина. – 4-е изд., доп. – М. : Триада плюс, 2003. – 227 с.
2. *Андреева А. П.* Алкогольная зависимость у врачей / А. П. Андреева, И. Е. Булыгина, А. В. Голенков // Материалы XIV съезда психиатров России (15—18 ноября 2005 г., Москва). – М., 2005. – С. 326.
3. *Асланбекова Н. В.* Взаимосвязи качества жизни и психического здоровья у врачей стационарного профиля (региональный, клинико-психологический и превентивный аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. В. Асланбекова. – Томск, 2008. – 25 с.
4. *Башмакова О. В.* Невротические расстройства у врачей : клинические и социально-психологические аспекты / О. В. Башмакова // Здравоохранение Чувашии. – 2010. – № 1. – С. 24—27.
5. *Бердяева И. А.* Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей / И. А. Бердяева, Л. Н. Войт // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – № 1. – С. 117—120.
6. *Березин Ф. Б.* Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – М. : Наука, 1988. – 270 с.
7. *Бехтель Э. Е.* Донозологические формы злоупотребления алкоголем / Э. Е. Бехтель. – М. : Медицина, 1986. – 272 с.
8. *Бойко В. В.* Синдром эмоционального выгорания в профессиональном общении / В. В. Бойко. – СПб., 1999. – 230 с.
9. *Бойко В. В.* Энергия эмоций в общении : взгляд на себя и на других / В. В. Бойко. – М. : Филин, 1999. – 196 с.
10. *Бойко В. В.* Энергия эмоций / В. В. Бойко. – СПб. : Питер, 2004. – 474 с.
11. *Болучевская В. В.* Эмоциональное выгорание врачей как актуальная психологическая и медицинская проблема / В. В. Болучевская, М. Ю. Будников // Вестник ВолгГМУ. – 2012. – Вып. 2 (42). – С. 6—9.
12. *Большакова Т. В.* Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников : автореф. дис. . . канд. психол. наук / Т. В. Большакова. – Ярославль, 2004. – 24 с.
13. *Большакова Т. В.* Исследование нервно-психического напряжения врачей хирургического профиля / Т. В. Большакова, А. А. Дегтярев, В. А. Урываев // Ярославский психологический вестник. – 2001. – Вып. 5. – С. 93—95.

14. Брук Д. Наркомания среди работников здравоохранения / Д. Брук, Л. С. Фридман, Н. Ф. Флеминг, Д. Х. Робертс, С. Е. Хайман // Наркология / пер. с англ. – 2-е изд., испр. – М.; СПб. : Бином – Невский Диалект, 2000. – С. 78—89.
15. Величковский Б. Т. Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье / Б. Т. Величковский // Сибирский консилиум. – 2005. – № 2. – С. 47—53.
16. Винокур В. А. Профессиональный стресс у медицинских работников / В. А. Винокур // Вестник МАПО. – 2002. – № 2. – С. 4.
17. Винокур В. А. Профессиональный стресс у врачей / В. А. Винокур // Вестник МАПО. – 2010. – № 8—9. – С. 9.
18. Винокур В. А. Синдром профессионального выгорания у медицинских работников: психологические характеристики и методические аспекты диагностики / В. А. Винокур, О. В. Рыбина // Психодиагностика и психокоррекция : руководство для врачей и психологов. – СПб. : Питер, 2008. – Гл. 7. – С. 205—235.
19. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – СПб. : Питер, 2005. – 336 с.
20. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2008. – 258 с.
21. Волобаев В. М. К вопросу о клиническом подходе к диагностике синдрома эмоционального выгорания // Психотерапия. – 2008. – № 6. – С. 23—24.
22. Вялкова Г. М. Социально-гигиеническое исследование заболеваемости медицинских работников и их потребность в оздоровительном лечении : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г. М. Вялкова. – М., 2002. – 20 с.
23. Говорин Н. В. Алкогольный фактор в депопуляции и деградации населения России и Забайкалья / Н. В. Говорин. – Чита : Экспресс изд-во, 2007. – 22 с.
24. Говорин Н. В. Алкогольный вклад в сверхсмертность и ухудшение здоровья населения России и Забайкалья : аналитические материалы / Н. В. Говорин. – Чита, 2009. – 36 с.
25. Говорин Н. В. Алкогольное бремя соматического стационара / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров. – Томск : Иван Федоров, 2010. – 160 с.
26. Говорин Н. В. Алкогольная смертность в Забайкальском крае / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров // Демографическая политика Забайкальского края: оценка и перспективы развития : материалы межрегион. научно-практ. конф. – Чита, 2010. – Часть 1. – С. 3—5.

27. Говорин Н. В. Эпидемиология суицидов в Забайкальском крае, роль алкогольного фактора / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров // О профилактике личностных психологических и поведенческих расстройств : материалы республиканского форума с междунар. и межрегион. участием. – 2010. – С. 12—16.
28. Говорин Н. В. Алкогольная смертность / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2012. – 164 с.
29. Говорин Н. В. Эпидемиологические характеристики убийств в Забайкальском крае / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 87—91.
30. Говорин Н. В. Структура психических расстройств у лиц призывного контингента в Забайкальском крае / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров, И. В. Кичигина // Забайкальский медицинский вестник. – 2010. – № 2. – С. 23—27.
31. Гречко Т. Ю. Алкогольная зависимость среди студентов медицинского ВУЗа / Т. Ю. Гречко, О. Ю. Ширяев // Материалы XIV съезда психиатров России (15—18 ноября 2005 г., Москва). – М., 2005. – С. 339.
32. Гурович И. Я. Динамика состояния психиатрической помощи за пятилетие : противоречивость тенденций / И. Я. Гурович, Л. И. Сальникова // Материалы XV съезда психиатров России. – М., 2010. – С. 39.
33. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. – М. : Медпрактика, 2004. – 492 с.
34. Дмитриева Т. Б. Охрана психического здоровья населения как вклад в демократическую политику России / Т. Б. Дмитриева // Уральский медицинский журнал. – 2008. – № 3. – С. 4—6.
35. Дмитриева Т. Б. Психическое здоровье россиян / Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий // Человек. – 2002. – № 6.
36. Дресвянников В. Л. Работоголизм у врачей: представленность, причины, варианты, его связь с синдромом эмоционального выгорания / В. Л. Дресвянников, Т. А. Шпикс, О. В. Латыпова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 6 (63). – С. 37—40.
37. Ефименко С. А. Социальный портрет медицинских работников участковой терапевтической службы / С. А. Ефименко // Социология медицины. – 2004. – № 1. – С. 10—13.
38. Жукова Т. В. Оптимизация индивидуального здоровья и первичная профилактика заболеваний в системе общественного здравоохранения / Т. В. Жукова // Гигиена и санитария. – 2003. – № 6. – С. 6—71.

39. *Золотухина Л. В.* Особенности психического здоровья врачей-психиатров с синдромом профессионального выгорания : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л. В. Золотухина. – СПб., 2011. – 21 с.
40. *Измеров Н. Ф.* Анализ влияния профессиональных факторов на здоровье медиков / Н. Ф. Измеров // Труд и здоровье медиков : актовая Эрисмановская лекция. – М. : Реальное время, 2005. – 40 с.
41. *Ильин Е. П.* Эмоции и чувства / Е. П. Ильин. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2008. – 783 с.
42. *Ионова Т. И.* Качество жизни здорового населения Санкт-Петербурга / Т. И. Ионова, А. А. Новик // Исследование качества жизни в медицине : тез. докл. всерос. конф. с междунар. участием. – СПб., 2000. – С. 54—57.
43. *Кайбышев В. Т.* Стратегия и принципы управления психосоциальными факторами профессионального риска врачей : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. Т. Кайбышев. – М., 2007. – 45 с.
44. *Камаев И. А.* Самооценка здоровья и медицинская активность работников сельского здравоохранения / И. А. Камаев, С. А. Молодцов, М. Г. Сорокина // Нижегородский медицинский журнал. – 2005. – № 4. – С. 8—91.
45. *Камаев И. А.* Социально-психологические аспекты формирования здоровья медицинских работников – основного кадрового потенциала в реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» / И. А. Камаев и др. // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2008. – № 4. – С. 4—8.
46. *Каплан Г. И.* Клиническая психиатрия / Г. И. Каплан, Дж. Б. Сэдок. – М. : Медицина, 1994. – Т. 2. – С. 20.
47. *Капцов В. А.* Гигиена труда медицинских работников / В. А. Капцов и др. // Материалы VI Всерос. съезда гигиенистов и санитарных врачей : сб. науч. тр. – М., 1985. – С. 102—107.
48. *Карелин А. А.* Психологические тесты / А. А. Карелин. – М. : Эксмо, 2007. – 416 с.
49. *Квасов А. Р.* Взаимосвязь показателей здоровья и социальной фрустрированности медицинских работников / А. Р. Квасов, О. Л. Максимова, Н. Н. Пронина // Вестник новых медицинских технологий. – 2009. – Т. 16, № 2. – С. 166—169.
50. *Клебанова В. А.* Синдром хронического утомления / В. А. Клебанова // Рос. науч. центр мед. реабилитации и физ. Терапии. Депонированная рукопись. – М., 1993. – 10 с.

51. *Козлов В. Н.* Физиология и психология труда. Научные основы оценки тяжести и напряженности труда / В. Н. Козлов. – Саратов, 1984. – 220 с.
52. *Кошкина Е. А.* Основные тенденции учтенной заболеваемости нарколологических расстройств в Российской Федерации в 2006 году / Е. А. Кошкина, В. В. Киржанова // Вопросы наркологии. – 2007. – № 6. – С. 54—65.
53. *Кошкина Е. А.* Эпидемиология нарколологических заболеваний : руководство по наркологии / Е. А. Кошкина, В. В. Киржанова / под ред. Н. Н. Иванца. – М. : Мед. информ. агентство, 2008. – С. 14—38.
54. *Кречмер Э.* Медицинская психология / Э. Кречмер / пер. с нем. – СПб. : Союз, 1998. – 484 с.
55. *Куприянова И. Е.* Качество жизни и превентивная психиатрия / И. Е. Куприянова, В. Я. Семке. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2007. – 186 с.
56. *Ларенцова Л. И.* Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей: психологические аспекты / Л. И. Ларенцова, Л. М. Барденштейн. – М. : Мед. кн., 2009. – 142 с.
57. *Лукьянов В. В.* Влияние стажа профессиональной деятельности и уровня эмпатии на структуру синдрома выгорания у врачей-наркологов / В. В. Лукьянов // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2007. – № 1. – С. 18—19.
58. *Лукьянов В. В.* Защитно-совладающее поведение и синдром «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов, их коррекция и влияние на эффективность лечения больных : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. В. Лукьянов. – СПб., 2007. – 46 с.
59. *Макаров В. В.* Медико-социальные аспекты профилактики нарколологических расстройств / В. В. Макаров // Проблемы наркологии : сб. науч. тр. – М. : НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1990. – С. 101—105.
60. *Мальцева А. А.* Клиническая характеристика психовегетативного синдрома, связанного с профессиональной деятельностью врача : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. А. Мальцева. – Пермь, 2008. – 21 с.
61. *Мельников В. Ф.* Об организации работы передвижных нарколологических кабинетов / В. Ф. Мельников, В. В. Сырейчиков // Тр. V Всероссий. съезда невропатологов и психиатров. – М., 1985. – Т. 1. – С. 170—175.
62. *Морозов Л. Т.* Алкогольные психозы как показатель невыявленности алкоголизма // Состояние психического здоровья населения Восточной Сибири / Л. Т. Морозов. – Томск, Чита, 2007. – С. 138—142.

63. *Морозов Л. Т.* Применение анкеты-опросника для выявления алкоголизации / Л. Т. Морозов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 1. – С. 25—29.
64. *Морозов Л. Т.* Структура алкоголизации и самооценка у соматических больных в стационарах различного профиля / Л. Т. Морозов, М. А. Аветисян, Е. Н. Брянцева // Социальные и медицинские последствия пьянства, алкоголизма и наркомании : сб. материалов межрегион. научно-практ. конф. «Роль государства и общества в усилении борьбы с пьянством, алкоголизмом и наркоманией». – Чита : Экспресс изд-во, 2007. – С. 236—239.
65. *Морозов Л. Т.* Стандартизация личностного дифференциала / Л. Т. Морозов, Т. Г. Колчанова, А. С. Озорнин // Медицина завтрашнего дня : материалы регион. межвуз. конф. студентов и молодых ученых. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2002. – С. 83—84.
66. *Москаленко В. Д.* Зависимость: семейная болезнь / В. Д. Москаленко. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ПэрСэ, 2004. – 335 с.
67. *Немцов А. В.* Алкогольный урон регионов России / А. В. Немцов. – М. : Nalex, 2003. – 136 с.
68. *Немцов А. В.* Алкоголизм в России: история вопроса, современные тенденции / А. В. Немцов // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – Вып. 1. – С. 3—7.
69. *Немцов А. В.* Потребление алкоголя и продолжительность жизни в России / А. В. Немцов, О. Н. Симонова // Материалы XII съезда психиатров России. – М., 1995. – С. 787—788.
70. *Новик А. А.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – СПб. : Издательский Дом «Нева»; М. : ОЛМА-ПРЕСС, 2002. – 320 с.
71. *Новик А. А.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова / под ред. Ю. Л. Шевченко. – 2-е изд. – М. : ОЛМА-ПРЕСС, 2007. – 313 с.
72. *Обухов Г. А.* Врачи – алкоголики / Г. А. Обухов, Л. А. Костейко // Психиатрия Белоруссии. – 1996. – № 1. – С. —12.
73. *Ожогова Е. Г.* Взаимосвязь синдрома «психического выгорания» и особенностей ценностно-смысловой сферы у педагогов общеобразовательных школ : автореф. дис. ... канд. психолог. наук / Е. Г. Ожогова. – Саратов, 2008. – 25 с.
74. Около половины американских врачей подвержены профессиональному выгоранию [Электронный ресурс]. – М., 2012. – Режим доступа : <http://www.nncn.ru> (08 октября 2012 г.).

75. Орел В. Е. Структурно-функциональная организация и генезис психического выгорания : автореф. дис. ... д-ра психолог. наук / В. Е. Орел. – Ярославль, 2005. – 51 с.
76. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения : отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2006. – 46 с.
77. Перепелица Д. И. Социально-гигиенические аспекты охраны здоровья медицинских работников : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д. И. Перепелица. – Кемерово, 2007. – 24 с.
78. Полунина Н. В. Особенности заболеваемости врачей в современных социально-экономических условиях / Н. В. Полунина, Е. И. Нестеренко, В. В. Мадьянова // Главврач. – 2004. – № 4. – С. 56—65.
79. Россинский Ю. А. Качество жизни и психическое здоровье врачей стационарного профиля / Ю. А. Россинский, В. Я. Семке, Н. В. Асланбекова. – Павлодар, 2008. – 319 с.
80. Сахаров А. В. Эпидемиологическая ситуация по алкогольной зависимости в субъекте РФ (модель изучения и система мониторинга) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. В. Сахаров. – Томск, 2012. – 47 с.
81. Семке В. Я. Транскультуральная аддиктология / В. Я. Семке, Н. А. Бохан. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2008. – 588 с.
82. Сидоров П. И. Клиническая психология / П. И. Сидоров, А. В. Парняков. – М. : Гэотар-Медиа, 2010. – 880 с.
83. Сидоров П. И. Синдром эмоционального выгорания у лиц коммуникативных профессий / П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев, И. А. Новикова // Гигиена и санитария. – 2008. – № 3. – С. 2—33.
84. Ситдииков З. А. Предболезненные расстройства психического здоровья у работников умственного труда / З. А. Ситдииков, Е. В. Яныгин // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии : материалы науч. отчет. сессии, посвящ. 20-летию НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. – Томск, 2001. – Вып. 10. – С. 88—89.
85. Сорокина М. Г. Научное обоснование мероприятий по сохранению здоровья медицинских работников агропромышленного района : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. Г. Сорокина. – Рязань, 2006. – 27 с.
86. Сосновская Е. В. Качество эмоциональной сферы у врачей гастроэнтерологов первичного поликлинического звена / Е. В. Сосновская, Н. А. Николаев // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 6 (63). – С. 63—65.

87. Степанов С. А. О состоянии профессиональной заболеваемости средних медицинских работников и мерах ее профилактики / С. А. Степанов, Е. Н. Сопина // Главная медицинская сестра. – 2001. – № 5. – С. 43—50.
88. Стукалова Т. И. О состоянии и перспективах развития охраны здоровья трудящихся в Российской Федерации / Т. И. Стукалова // Медицина труда и промышленная экология. – 2001. – № 5. – С. 1—5.
89. Ступина О. П. Психическое здоровье населения Забайкальского края : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / О. П. Ступина. – Томск, 2012. – 39 с.
90. Судаков К. В. Психоэмоциональный стресс: профилактика и реабилитация / К. В. Судаков // Тер. архив. – 1997. – № 1. – С. 70—74.
91. Сычев М. А. Медико-социальное исследование заболеваемости врачей старшего трудоспособного возраста и пути ее профилактики : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. А. Сычев. – М., 2008. – 29 с.
92. Сычев М. А. Социально-экономическая и психосоциальная характеристика врачей старшего трудоспособного возраста / М. А. Сычев // Рос. медико-биолог. вестник им. акад. И. П. Павлова. – 2008. – № 1. – С. 63—68.
93. Теммоев Д. Ч. Об актуальности алкоголизма и наркоманий среди врачей: масштабы и последствия / Д. Ч. Теммоев // Материалы XIV съезда психиатров России (15—18 ноября 2005 г., Москва). – М., 2005. – С. 373.
94. Тиллет Р. Больной внутри нас : психические расстройства у специалистов медицинского профиля / Р. Тиллет // Обзор современной психиатрии. – 2004. – № 2. – С. 23—30.
95. Тихомирова Л. Ф. Распространенность вредных привычек среди врачей / Л. Ф. Тихомирова // Актуальные проблемы профилактики пьянства и алкоголизма : респ. сб. науч. тр. – Ярославль, 1985. – С. 82—87.
96. Тищенко П. Д. Социальная философия доверия и медицина / П. Д. Тищенко // Журнал независимой психиатрической ассоциации. – 2000. – № 4. – С. 18—21.
97. Трунов Д. Г. Еще раз о «синдроме сгорания»: экзистенциальный подход / Д. Г. Трунов // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2001. – № 4. – С. 56—59.
98. Часнойть Р. А. Частота встречаемости факторов риска и мотивация врачей к здо-ро-во-му образу жизни / Р. А. Часнойть и др. // Лечебное дело. – 2008. – № 1. – С. 8—11.

99. Черникова Т. В. Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. / Т. В. Черникова, В. В. Болучевская, Ю. Г. Новикова. – 2011. – № 5. – Режим доступа : <http://medpsy.ru> (20 октября 2012 г.).
100. Черникова Т. В. Нравственное здоровье и эмоциональное выгорание врачей-практиков как предмет учебного взаимодействия в системе повышения квалификации / Т. В. Черникова, В. В. Болучевская, Ю. Г. Новикова // Проблемы андрагогики высшей медицинской школы / под ред. В. И. Петрова. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2011. – С. 126—146.
101. Чуркин А. А. Социальное функционирование и качество жизни у лиц с психическими расстройствами различной выраженности / А. А. Чуркин, Н. К. Демчева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 1. – С. 52—55.
102. Шарова О. Н. Психическое здоровье и формирование профессиональной культуры врачей-онкологов и медицинского персонала онкологических лечебных учреждений / О. Н. Шарова и др. // Сибирский онкологический журнал. – 2009. – № 1. – С. 216—217.
103. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции / Ю. В. Щербатых. – СПб., 2006. – 270 с.
104. Энтин Г. М. Лечение алкоголизма / Г. М. Энтин. – М. : Медицина, 1990. – 416 с.
105. Юрикова А. А. Исследование выраженности синдрома эмоционального выгорания психологов-практиков с различным стажем профессиональной деятельности / А. А. Юрикова // Психотерапия. – 2005. – № 1. – С. 3—40.
106. Юрьева Л. Н. Синдром выгорания у сотрудников психиатрических служб: модель формирования и масштаб проблемы / Л. Н. Юрьева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т. 14, № 4. – С. 91—97.
107. Юрьева Л. Н. Распространенность синдрома «эмоционального выгорания» у врачей-психиатров и причины его формирования / Л. Н. Юрьева // Психическое здоровье. – 2006. – № 9. – С. 23—25.
108. Юрьева Л. Н. К вопросу о профилактике суицидального риска среди врачей-психиатров / Л. Н. Юрьева, В. Е. Каракчеева // Суицидология: теория и практика : сб. науч. тр. – Киев, 1998. – С. 44—47.
109. Яхин К. К. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / К. К. Яхин, Д. М. Менделевич // Клиническая и медицинская психология : практ. рук-во. – М., 1998. – С. 545—552.
110. Яхин К. К. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / К. К. Яхин, Д. М. Менделевич // Клиническая и медицинская психология : учеб. пособие / ред. В. Д. Менделевич. – М., 2005. – 432 с.

111. *Erdur B.* A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli, Turkey / B. Erdur et al. // *Emerg. Med. J.* – 2006. – Oct. – Vol. 23 (10). – P. 75—63.
112. *Gallery W. E.* A study of occupational stress and depression among emergency physicians / W. E. Gallery et al. // *Ann. Emerg. Med.* – 1992. – Vol. 21. – P. 58—64.
113. *A'Brook M.* The doctor's health. Psychosis and depression / M. A'Brook // *Practitioner.* – 1990. – Nov. – Vol. 234 (1496). – P. 992—993.
114. *Adshead F.* Doctors' double standards on alcohol / F. Adshead, A. W. Clare // *Br. Med. J. (Clin. Res. Ed.)*. – 1987. – Jan. 17. – Vol. 294 (6565). – P. 178.
115. *Akvardar Y.* Substance use among medical students and physicians in a medical school in Turkey / Y. Akvardar et al. // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2004. – Vol. 39. – P. 502—506.
116. *Alexander B. H.* Cause-specific mortality risks of anesthesiologists / B. H. Alexander et al. // *Anesthesiology.* – 2000. – Vol. 93. – P. 922—930.
117. *Ammon M.* Psychological Studies on Human Structural Dance / M. Ammon // *Group Analysis.* – 2003. – Vol. 36, № 2. – P. 288—306.
118. *Antonovsky A.* Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well / A. Antonovsky. – San Francisco : Jossey-Bass Publishers, 1987. – 285 p.
119. *Appleton K.* A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds / K. Appleton, A. House, A. Dowell // *Br. J. Gen. Pract.* – 1998. – Vol. 48. – P. 105—163.
120. *Aydin G.* The prevalence of depressive symptoms in Middle East Technical University Students / G. Aydin, A. Demir // *J. Hum. Sci.* – 1989. – Vol. 8. – P. 27—40.
121. *Babayigit Z.* Anxiety and depression levels of physicians working in three different clinics / Z. Babayigit, Y. Ozden, V. Aslan // 5th National Public Health Congress. – Istanbul : Marmara University, 1996. – P. 686—689.
122. *Babor T.* AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for Use in Primary Health Care / T. Babor et al. – Geneva : World Health Organization, 1989.
123. *Bachman K. H.* HMO physicians' use of referrals / K. H. Bachman, D. K. Freeborn // *Soc. Sci. Med.* – 1999. – Feb. – Vol. 48 (4). – P. 547—557.

124. *Bailie R.* Mixed feelings: satisfaction and disillusionment among Australian / R. Bailie et al. // *GPs. Fam. Pract.* – 1998. – Vol. 15. – P. 58—66.
125. *Baptiste T.* Substance use among resident doctors in Venezuela / T. Baptiste, E. Uzategui // *Drug Alcohol Depend.* – 1993. – Vol. 32. – P. 127—132.
126. *Benzer D. G.* Healing the healer: a primer on physician impairment / D. G. Benzer // *Wis. Med. J.* – 1991. – Vol. 90 (2). – P. 70—79.
127. *Bergner T.* Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe / T. Bergner // *Deutsches Arzteblatt.* – 2004. – B. 101 (33). – S. 1797—1799.
128. *Bissell L.* Pharmacists recovering from alcohol and other addictions: an interview study / L. Bissell, P. W. Haberman, R. L. Williams // *Am. Pharm.* – 1989. – № S29. – P. 1—30.
129. *Bissell L.* The alcoholic physician: a survey / L. Bissell, R. W. Jones // *Am. J. Psychiatry.* – 1976. – Vol. 133. – P. 1142—1146.
130. *Blondell R. D.* Impaired physicians / R. D. Blondell // *Prim. Care.* – 1993. – Vol. 20 (1). – P. 20—28.
131. *Bohigian G.* Substance abuse and dependence in physicians: an overview of the effects of alcohol and drug abuse / G. Bohigian, J. Croughan, K. Sanders // *Missouri Med.* – 1994. – Vol. 91. – P. 233—239.
132. *Bolsover G. N.* Doctors who are unsympathetic to colleagues who are psychologically vulnerable / G. N. Bolsover // *BMJ.* – 2000. – Sep. 9. – Vol. 321 (7261). – P. 635—636.
133. *Booth J. V.* Substance abuse among physicians: a survey of academic anesthesiology programs / J. V. Booth et al. // *Anesth. Analg.* – 2002. Oct. – Vol. 95 (4). – P. 1024—1030.
134. *Bovier P. A.* Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults / P. A. Bovier, E. Chamot, T. V. Perneger // *Qual Life Res.* – 2004. – Vol. 13 (1). – P. 161—170.
135. *Bovier P. A.* Predictors of work satisfaction among physicians / P. A. Bovier, T. V. Perneger // *Eur. J. Pub. Health.* – 2003. – Vol. 13. – P. 29—305.
136. *Brewster J.* Prevalence of alcohol and other drug problems among physicians / J. Brewster // *JAMA.* – 1986. – Vol. 255. – P. 1913—1920.
137. *Buchbinder S. B.* Primary care physician job satisfaction and turnover / S. B. Buchbinder et al. // *Am. J. Manag. Care.* – 2001. – Vol. 7. – P. 701—713.

138. *Buddeberg-Fischer B.* Arbeitsstress und gesundheitliches Wohlbefinden junger Ärztinnen und Ärzte / B. Buddeberg-Fischer, R. Klaghofer, C. Buddeberg // *Z. Psychosom Med. Psychother.* – 2005. – B. 51 (2). – S. 163—178.
139. *Buddeberg-Fischer B.* Work stress and reduced health in young physicians: prospective evidence from Swiss residents / B. Buddeberg-Fischer et al. // *Int. Arch. Occup. Environ Health.* – 2008. – Vol. 47. – P. 1313—1322.
140. *Burbeck R.* Occupational stress in consultants in accident and emergency medicine: a national survey of levels of stress at work / R. Burbeck et al. // *Emerg. Med. J.* – 2002. – Vol. 19. – P. 234—238.
141. *Burisch M.* In search of a theory: some ruminations on the nature and etiology of burnout / M. Burisch, R. Burbeck et al. // In *Professional burnout: recent developments in theory and research* / ed. W. B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek. – London : Taylor and Francis, 1993. – P. 75—93.
142. *Caplan R. P.* Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers / R. P. Caplan // *BMJ.* – 1994. – Vol. 309. – P. 1261—1263.
143. *Centrella M.* Physician addiction and impairment-current thinking: a review / M. Centrella // *J. Addict Dis.* – 1994. – Vol. 13 (1). – P. 91—105.
144. *Chan O. M. A.* Influence of work environment on emotional health in a health care setting / O. M. A. Chan, C. Y. Huak // *Occup. Med.* – 2004. – Vol. 54. – P. 207—212.
145. *Clark S.* Why do people become doctors and what can go wrong? [Career focus] / S. Clark // *BMJ.* – 2000. – Vol. 320. – P. 2—3.
146. *Dahlin M. E.* Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study / M. E. Dahlin, B. Runeson // *BMC Medical Education.* – 2007. – Vol. 7. – P. 6.
147. *Dahlin M. E.* Mental illness common among physicians. To seek help for stress and mental problems is not always easy / M. Dahlin, B. Runeson // *Lakartidningen.* – 2009. – Sep. 16—22. – Vol. 106 (38). – P. 23—46.
148. *Demir F.* The prevalence of depression and its associated factors among resident doctors working in a training hospital in Istanbul / F. Demir et al. // *Turk. Psikiyatri Derg.* – 2007. – Spring. – Vol. 18 (1). – P. 31—37.
149. *Diener E.* Age and subjective well-being: an international analysis / E. Diener, E. Suh // *Annu. Rev. of Gerontol. Geriatr.* – 1998. – Vol. 17. – P. 304—324.

150. *DiMatteo M. R.* Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study / M. R. DiMatteo et al. // *Health Psychol.* – 1993. – Vol. 12. – P. 93–102.
151. *Domenighetti G.* Psychoactive drug use among medical doctors is higher than in the general population / G. Domenighetti et al. // *Soc. Sci. Med.* – 1991. – Vol. 33. – P. 26–74.
152. *Donmez L.* Anxiety levels of physicians and medical students in Antalya / L. Donmez, M. Aytekin, H. Erenjin // 5th National Public Health Congress. – Istanbul : Marmara University, 1996. – P. 67–81.
153. *Dyrbye L. N.* Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U. S. and Canadian medical students / L. N. Dyrbye, M. R. Thomas, T. D. Shanafelt // *Acad. Med.* – 2006. – Vol. 81 (4). – P. 54–373.
154. *Edwards N.* Unhappy doctors : what are the causes and what can be done? / N. Edwards, M. J. Kornacki, J. Silversin // *BMJ.* – 2002. – Vol. 324. – P. 835–838.
155. *Estryn-Behar M.* Stress at work and mental health status among female hospital workers / M. Estryn-Behar // *Br. J. Industrial Med.* – 1990. – Vol. 47. – P. 20–27.
156. *Farley W. J.* Addiction and the anesthesia resident / W. J. Farley // *Can. J. Anaesth.* – 1992. – Vol. 39. – P. 11–17.
157. *Farley W. J.* Anesthesiology and addiction / W. J. Farley, G. D. Talbott // *Anesth. Analg.* – 1983. – Vol. 62. – P. 465–466.
158. *Firth-Cozens J.* Emotional distress in junior house officers / J. Firth-Cozens // *BMJ.* – 1987. – Vol. 95. – P. 533–536.
159. *Firth-Cozens J.* Medical student stress / J. Firth-Cozens // *Med. Educ.* – 2001. – Vol. 35 (1). – P. 6–7.
160. *Firth-Cozens J.* Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care / J. Firth-Cozens, J. Greenhalgh // *Soc. Sci. Med.* – 1997. – Vol. 44. – P. 1017–1022.
161. *Freeborn D. K.* Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians / D. K. Freeborn // *West J. Med.* – 2001. – Vol. 174. – P. 13–18.
162. *Freudenberger H. J.* Staff burnout / H. J. Freudenberger // *Journal of Social Issues.* – 1974. – Vol. 30. – № 1. – P. 15–165.
163. *Friedlander G.* temps de des in ternes / G. Friedlander // *Medecine sciences: M/S (Paris).* – 2003. – Jan. – Vol. 19, № 1. – P. 116–117.

164. *Gallegos K.* Physician and other health professionals / K. Gallegos, D. Talbott // *A Comprehensive Textbook*. – 1999. – Suppl. 1. – P. 744—753.
165. *Givens J. L.* Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use / J. L. Givens, J. Tjia // *Acad. Med.* – 2002. – Sep. – Vol. 77 (9). – P. 918—921.
166. *Godlee F.* Stress in junior doctors. Stress in women doctors / F. Godlee // *BMJ*. – 1990. – Vol. 301. – P. 76.
167. *Goh L.* Burnout in emergency physicians and trainees in Australasia. L. Goh, P. A. Cameron, P. Mark // *Emerg. Med.* – 1999. – Vol. 11. – P. 250—257.
168. *Graske J.* Improving the mental health of doctors J. Graske // *BMJ Career Focus*. – 2003. – Vol. 327. – P. 188.
169. *Gravenstein J. S.* Drug abuse by anesthesia personnel / J. S. Gravenstein, W. P. Kory, R. G. Marks // *Anesth. Analg.* – 1983. – Vol. 62. – P. 467—472.
170. *Haas J. S.* Clearly physician working conditions at Japanese hospitals 171 PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? / J. S. Haas et al. // *J. Gen. Intern. Med.* – 2000. – Vol. 15. – P. 122—128.
171. *Hem E.* Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960—2000 / E. Hem et al. // *Psychol. Med.* – 2005. – Vol. 35 (6). – P. 873—880.
172. *Herrington R. E.* The impaired physician: recognition, diagnosis, and treatment / R. E. Herrington // *Wis. Med. J.* – 1979. – Vol. 78. – P. 21—23.
173. *Higgs R.* Doctors in crisis: creating a strategy for mental health in health care work / R. Higgs // *J. R. Coll. Physicians Lond.* – 1994. – Nov.–Dec. – Vol. 28 (6). – P. 538—540.
174. *Holder H.* International guide for monitoring alcohol consumption and related harm / H. Holder. – World Health Organization, 2000. – P. 3—15.
175. *Holm W. L.* My depression has made me a better doctor / W. L. Holm // *Med. Econ.* – 2000. – May. – Vol. 77 (10). – P. 151—153.
176. *Hsu K.* Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns and fellows / K. Hsu, V. Marshall // *Am. J. Psychiatry*. – 1987. – Vol. 144. – P. 1561—1566.
177. *Hughes P. H.* Resident physician substance use in the United States / P. H. Hughes et al. // *JAMA*. – 1991. – Vol. 265 (16). – P. 206—273.
178. *Hughes P. H.* Resident physician substance use, by specialty / P. H. Hughes et al. // *Am. J. Psychiatry*. – 1992. – Vol. 149. – P. 1348—1354.

179. *Jernigan D. H.* Global status report: alcohol and young people / D. H. Jernigan. – Geneva : WHO, 2001. – P. 1—1020.
180. *Kenna G. A.* Risk factors for alcohol and other drug use by healthcare professionals / G. A. Kenna, D. C. Lewis // *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy.* – 2008. – Jan. 29. – Vol. 3. – P. 3.
181. *Khuwaja A. K.* Prevalence and factors associated with anxiety and depression among family practitioners in Karachi, Pakistan / A. K. Khuwaja, R. Qureshi, S. I. Azam // *J. Pak Med. Assoc.* – 2004. – Vol. 54. – P. 45—49.
182. *Kirkcaldy B.* The impact of work hours and schedules on the physical and psychological well-being in medical practices / B. Kirkcaldy, R. Trimpop, R. Levine // *Europ. Psychologist Med.* – 2002. – Vol. 7. – P. 116—124.
183. *Knight J. R.* Prevalence of alcohol problems among pediatric residents / J. R. Knight, J. N. Palacios, M. Shannon // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* – 1999. – Nov. – Vol. 153 (11). – P. 1181—1183.
184. *Knight J. R.* Unanticipated reactions to a recent report on alcohol problems among pediatric residents / J. R. Knight, J. Palacios, M. Shannon // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* – 2000. – Jun. – Vol. 154 (6). – P. 635.
185. *Komaromy M.* Sexual harassment in medical training / M. Komaromy et al. // *N. Engl. J. Med.* – 1993. – Vol. 328. – P. 22—26.
186. *Komatsu H.* *Iryouhoukai* / H. Komatsu. – Tokyo : Asahi Shimbun, 2006.
187. *Koran L.* House staff well-being / L. Koran, I. Litt // *West J. Med.* – 1988. – Vol. 148. – P. 97—101.
188. *Lavanchy M.* Determinants of rural physicians' life and job satisfaction / M. Lavanchy et al. // *Soc. Indic. Res.* – 2004. – Vol. 69. – P. 93—101.
189. *Lawrence J. M.* Stress and the doctor's health / J. M. Lawrence // *Aust. Fam. Physician.* – 1996. – Aug. – Vol. 25 (8). – P. 124—153.
190. *Lazarus R. S.* Coping theory and research: past, present, and future / R. S. Lazarus // *Psychosom. Med.* – 1993. – Vol. 55 (3). – P. 234—247.
191. *Lee F. J.* Stress, burnout, and strategies for reducing them: what's the situation among Canadian family physicians? / F. J. Lee, M. Stewart, J. B. Brown // *Can. Fam. Physician.* – 2008. – Feb. – Vol. 54 (2). – P. 234—235.
192. *Lennane K. J.* Doctor and alcohol / K. J. Lennane // *Med. J. Austr.* – 1985. – V. 145. – № 8. – P. 5—9.
193. *Lewy R.* Alcoholism in house staff physicians : an occupational hazard / R. Lewy // *J. Occup. Med.* – 1986. – Vol. 28. – P. 7—8.

194. *Linzer M.* Sex differences in physician burnout in the United States and Netherlands / M. Linzer et al. // *J. Am. Med. Women's Assoc.* – 2002. – Vol. 57. – P. 191—193.
195. *Lloyd G.* Supporting the addicted doctor / G. Lloyd // *Practitioner.* – 1990. – Nov. – Vol. 234 (1496). – P. 88—91.
196. *Lloyd S.* Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians / S. Lloyd, D. Streiner, S. Shannon // *J. Emerg. Med.* – 1994. – Vol. 12. – P. 55—65.
197. *Locke E.* The nature and causes of job satisfaction / E. Locke // *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* / ed. M. Dunnette. – New York : John Wiley & Sons, 1983. – P. 1297—1349.
198. *Maslach C.* Job Burnout / C. Maslach, W. B. Schaufeli, M. P. Leiter // *Annual Review Psychol.* – 2001. – Vol. 52. – P. 397—422.
199. *Mäulen B.* Burn-out, depression, suicide when physicians marry their profession / B. Mäulen // *Aust. Fam. Physician.* – 1996. – Aug. – Vol. 25 (8). – P. 124—153, 1256.
200. *McAuliffe W. E.* Psychoactive drug use among practicing and medical students / W. E. McAuliffe et al. // *N. Engl. J. Med.* – 1986. – Vol. 315. – P. 805—810.
201. *McCranie E. W.* Personality antecedents of burnout among middle-aged physicians / E. W. McCranie, J. M. Brandsma // *Behavioral Medicine.* – 1988. – Vol. 14 (1). – P. 30—36.
202. *Miller N. M.* The painful truth: physicians are not invincible / N. M. Miller, R. K. McGowen // *Southern Med. J.* – 2000. – Vol. 93 (10). – P. 966—973.
203. *Myers M. F.* Treatment of the mentally ill physician / M. F. Myers // *Can. J. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 42 (6).
204. *Myers T.* Substance use by interns and residents: an analysis of personal, social and professional differences / T. Myers, E. Weiss // *Br. J. Addict.* – 1987. – Vol. 82. – P. 1091—1099.
205. *Newbury-Birch D.* Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction, and personality characteristics in pre registration house officers / D. Newbury-Birch, F. Kamali // *Postgrad. Med. J.* – 2001. – Vol. 77. – P. 10—11.
206. *Ockene J. K.* Teaching Risk-factor counseling skills to medical students, house staff, and fellows / J. K. Ockene et al. // *Prev. Med.* 1990. – Vol. 6. – Supp. 1. – P. 35—42.
207. *O'Connell V. A.* Physician burnout: the effect of time allotted for a patient visit on physician burnout among OB/GYN physicians / V. A. O'Connell, S. Youcha, V. Pellegrini // *J. Med. Pract. Manage.* – 2009. – Mar.–Apr. – Vol. 24 (5). – P. 300—313.

208. *Oginska-Bulik N.* The role of personal and social resources in preventing adverse health outcomes in employees of uniformed professions / N. Oginska-Bulik // *Int. J. Occup. Med. Environ Health.* – 2005. – Vol. 18 (3). – P. 233—240.
209. *Olkinuora M.* Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finish physicians / M. Olkinuora // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 1990. – Vol. 25. – P. 81—86.
210. *Ozbay M. H.* Anxiety and depression levels of physicians / M. H. Ozbay, E. Goka, H ve ark Soygur // *3P. J.* – 1993. – Vol. 3. – P. 221—231.
211. *Park C. L.* Coping style as a predictor of health and well-being across the first year of medical school / C. L. Park, N. E. Adler // *Health Psychol.* – 2003. – Vol. 22 (6). – P. 627—631.
212. *Parsons J.* Are doctors immune to depression? / J. Parsons // *Aust. Fam. Physician.* – 2001. – Vol. 30 (3). – P. 225—231.
213. *Rawnsley K.* Alcoholic doctors / K. Rawnsley // *Alcohol and Alcoholism.* – 1984. – Vol. 19, № 3. – P. 257—259.
214. *Resch M.* Ärztegesundheit – ein lange vernachlässigtes Thema / M. Resch, M. Hagge // *Schriften zur Arbeitspsychologie / red. E. Ulich.* – Bern : Huber, 2003. – B. 61. – S. 37—57.
215. *Reuben D. B.* Depressive symptoms in medical house officers. Effects of level of training and work rotation / D. B. Reuben // *Arch. Intern. Ned.* – 1985. – Vol. 145. – P. 286—288.
216. *Rice B.* Impaired physicians: giving rehab programs a new look / B. Rice // *Med. Econ.* – 1999. – May. – P. 173—185.
217. *Rivers P. A.* Substance abuse and dependence in physicians: detection and treatment / P. A. Rivers, S. Bae // *Health Manpow. Manage.* – 1998. – Vol. 24 (4—5). – P. 183—187.
218. *Roberts K.* The health professionals services program. An alternative for physicians with psychiatric disorders / K. Roberts, S. Specker // *Minn Med.* – 1999. – Oct. – Vol. 82 (10). – P. 54—56.
219. *Robins L.* Assenting substance abuse and other psychiatric disorders: history of problems, state of affairs / L. Robins // *NIDA Res. Monogr.* – 1991. – Vol. 105. – P. 203—312.
220. *Robinson G. E.* Stresses on women physicians: consequences and coping techniques / G. E. Robinson // *Depress Anxiety.* – 2003. – Vol. 17. – P. 180—189.

221. *Rockville M. D.* Substance Abuse and Mental Health Services Administration : Results from the 2006 National Survey on Drug Use and Health / M. D. Rockville // National Findings Office of Applied Studies, 2007. – NHSDA Series H-32. – DHHS Publication No. SMA. 07-4293.
222. *Routh K. B.* Work stress among six professional groups: the Singapore experience / K. B. Routh et al. // Soc. Sci. Med. – 2000. – Vol. 50. – P. 1415—1432.
223. *Routh U.* Gender differences in stress, satisfaction and mental well-being among general practitioners in England / U. Routh // Psychol. Health Med. – 1999. – Vol. 4. – P. 345—354.
224. *Rout U.* Job stress among British general practitioners: predictors of job dissatisfaction and mental ill-health / U. Rout, C. L. Cooper, J. Rout // Stress Med. – 1996. – Vol. 12. – P. 155—166.
225. *Sakić M.* Depression among students of the Medical Faculty and doctors in Mostar / M. Sakić et al. // Med. Arh. – 2005. – Vol. 59 (1). – P. 1—22.
226. *Sally G.* Physicians can't heal themselves / G. Sally // Lancet. – 1996. – Apr. 20. – Vol. 347 (9008). – P. 1059.
227. *Schifferdecker M.* Is drug dependence an occupational risk for physicians? / M. Schifferdecker et al. // Fortschr. Med. – 1996. – Oct. 20. – Vol. 114 (29). – P. 372—376.
228. *Schumacher A.* Working to create a healthy culture in medicine / A. Schumacher // Creating a healthy culture in medicine / ed. by D. Puddester. – Ottawa : Canadian Medical Association, 2005. – P. 2.
229. *Schwarzer R.* Psychologie des Gesundheitsverhaltens Göttingen / R. Schwarzer. – Hogrefe, 1996. – 321 p.
230. *Shanafelt T. D.* Burnout and self reported patient care in an internal medicine residency program / T. D. Shanafelt et al. // Annals of internal medicine. – 2002. – Vol. 136 (5). – P. 358—367.
231. *Shearer S.* Family physicians' observations of their practice, well being and health care in the United States / S. Shearer, M. J. Toedt // J. Fam. Pract. – 2001. – Vol. 50. – P. 751—756.
232. *Sebo P.* Use of tobacco and alcohol by Swiss primary care physicians: a cross-sectional survey / P. Sebo et al. // BMC Public Health. – 2007. – Vol. 7. – P. 5.
233. *Sibbald B.* General practitioner job satisfaction in England. University of Manchester, National Primary Care Research and Development Centre [electron resource] / B. Sibbald, C. Bojke. – regim of access : <http://www.npcrdc.man.ac.uk/PublicationDownloadPage.cfm> (date of address : 12 March 2004 from).

234. *Sibbald B.* GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998 lessons for the future / B. Sibbald et al. // *Fam. Pract.* – 2000. – Vol. 17. – P. 364—371.
235. *Silbert M. V.* Does the doctor's attitude to the aged affected the clinical approach? / M. V. Silbert // *S. Afr. Med. J.* – 1981. – Oct. 17. – Vol. 60 (16). – P. 607—608.
236. *Simoens S.* Job satisfaction, work related stress and intentions to quit of Scottish GPs / S. Simoens, A. Scott, B. Sibbald // *Scott. Med. J.* – 2002. – Vol. 47. – P. 80—86.
237. *Skipper G.* Treating the chemically dependent health professional / G. Skipper // *J. Addict. Dis.* – 1997. – Vol. 16 (3). – P. 67—73.
238. *Stewart D. L.* Doctors and depression / D. L. Stewart // *J. Ky Med. Assoc.* – 1980. – Feb. – Vol. 78 (2). – P. 93.
239. *Swanson V.* A comparison of stress and job satisfaction in female and male GP's and consultants / V. Swanson, K. Power, R. Simpson // *Stress Med.* – 1996. – Vol. 12. – P. 17—26.
240. *Swetz K. M.* Strategies for avoiding burnout in hospice and palliative medicine: peer advice for physicians on achieving longevity and fulfillment / K. M. Swetz et al. // *J. Palliat. Med.* – 2009. – Sep. – Vol. 12 (9). – P. 773—777.
241. *Swinehart E. R.* Alcohol Expectancies, Alcohol Use, and Risky Behavior Among College Students / E. R. Swinehart. – Greensboro, 2007. – P. 1—31.
242. *Talbott G. D.* The Medical Association of Georgia's Impaired Physicians Program-review of the first 1,000 physicians: analysis of specialty / G. D. Talbott // *JAMA.* – 1987. – Vol. 257. – P. 2927—2930.
243. *Talbott G. D.* The Medical Association of Georgia's Impaired Physicians Program: review of the first 1000 physicians-analysis of specialty / G. D. Talbott et al. // *JAMA.* – 1987. – Vol. 257. – P. 2927—2930.
244. *Tanabe I.* Document Iryoukiki / I. Tanabe. – Tokyo : Asahi Shim bun, 2007. – 376 p.
245. *Taylor D.* The psychological health of emergency physicians in Australasia / D. Taylor et al. // *Emerg. Med. Australas.* – 2004. – Vol. 16. – P. 21—27.
246. *Taysi B. N.* The evaluation of depression prevalence with Beck Depression Inventory among the intern doctors during the 1992–1993 academic period. (In Turkish) / B. N. Taysi et al. // *Soc. Physician.* – 1994. – Vol. 59. – P. 68—74.

247. The sick physician: impairment by psychiatric disorders including alcoholism and drug dependence / American Medical Association Council on Mental Health // *JAMA*. – 1973. – Vol. 223. – P. 684—687.
248. *Thomas F.* The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) / F. Thomas et al. // World Health Organization. – 2 ed. – 2001. – 40 p.
249. *Thommasen H. V.* Mental health, job satisfaction and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia / H. V. Thommasen // *Can. Fam. Physician*. – 2001. – Vol. 47. – P. 737—744.
250. *Tokuda Y.* The interrelationships between working conditions, job satisfaction, burnout and mental health among hospital physicians in Japan: a path analysis / Y. Tokuda et al. // *Ind. Health*. – 2009. – Apr. – Vol. 47 (2). – P. 166—172.
251. *Tyssen R.* Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies / R. Tyssen // *Ind. Health*. – 2007. – Vol. 45 (5). – P. 59—610.
252. *Tyssen R.* Mental health problems among young Doctors: an updated review of prospective studies / R. Tyssen, P. Vaglum // *Harv. Rev. Psychiatry*. – 2002. – Vol. 10 (3). – P. 154—165.
253. *Tyssen R.* Personality traits and types predict medical school stress: a six-year longitudinal and nationwide study / R. Tyssen et al. // *Med. Educ*. – 2007. – Vol. 41 (8). – P. 781—787.
254. *Uncu Y.* Job related affective well-being among primary health care physicians / Y. Uncu, N. Bayram, N. Bilgel // *Eur. J. Public Health*. – 2007. – Oct. – Vol. 17 (5). – P. 514—519.
255. *Vaillant G. E.* Some psychologic vulnerabilities of physicians / G. E. Vaillant, N. C. Sobowale, C. McArthur // *N. Engl. J. Med*. – 1972. – Vol. 287 (8). – P. 372—375.
256. *Voe J.* Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care? / J. Voe et al. // *J. Fam. Pract.* – 2002. – Vol. 51. – P. 223—228.
257. *Voltmer E.* Psychosocial health risk factors and resources of medical students and physicians: a cross-sectional study / E. Voltmer et al. // *BMC Med. Educ*. – 2008. – Oct. 2. – Vol. 8. – P. 46.
258. *Ward C. F.* Substance abuse: now, and for some time to come / C. F. Ward // *Anesthesiology*. – 1992. – Vol. 77. – P. 61—122.
259. *Ward C. F.* Drug abuse in anesthesia training programs: a survey 1970 through 1980 / C. F. Ward, G. C. Ward, L. J. Saidman // *JAMA*. – 1983. – Vol. 250. – P. 922—925.

260. *Ware J. E.* Sf-36 Health Survey. Manuel and Interpretation Guide / J. E. Ware et al. – Lincoln : QualityMetric Incorporated, 2000. – 150 p.
261. *Wetterneck T. B.* Worklife and satisfaction of general internists / T. B. Wetterneck et al. // *Arch. Intern. Med.* – 2002. – Vol. 162. – P. 64—156.
262. *Wharry S.* MDs who need psychiatric help afraid to seek it, conference told / S. Wharry // *CMAJ.* – 1998. – Jun. 16. – Vol. 158 (12). – P. 164—166.
263. *Whitley T. W.* Factors associated with stress among emergency medicine residents / T. W. Whitley et al. // *Annals of Emergency Medicine.* – 1989. – Vol. 18. – P. 1157—1161.
264. *Whitley T. W.* Work-related stress and depression among physicians pursuing postgraduate training in emergency medicine: an international study / T. W. Whitley et al. // *Ann. Emerg. Med.* – 1991. – Vol. 20. – P. 992—996.
265. *Whitley T. W.* Work-related stress and depression among practicing emergency physicians: an international study / T. W. Whitley et al. // *Ann. Emerg. Med.* – 1994. – Vol. 23. – P. 1068—1071.
266. *Williams B.* Physician stress & burnout / B. Williams // *Tenn. Med.* – 2002. – Vol. 95. – P. 445—451.
267. *Williams E. S.* Outcomes of physician job satisfaction: a narrative review, implications, and directions for future research / E. S. Williams, A. C. Skinner // *Health Care Manage Rev.* – 2003. – Vol. 28. – P. 11—39.
268. *Winter R. O.* Working with impaired residents: trials, tribulations, and successes / R. O. Winter, B. Birnberg // *Fam. Med.* – 2002. – Mar. – Vol. 34 (3). – P. 190—196.
269. *Wold P.* Psychiatric issues in physician impairment / P. Wold, S. Karlin // *Rhode Island Medicine.* – 1994. – Vol. 77 (10). – P. 351—353.
270. *Wolf T. M.* Stress, coping and health: enhancing well-being during medical school / T. M. Wolf // *Med. Educ.* – 1994. – Vol. 28 (1). – P. 8—17. – P. 55—117.
271. *Wright A. T.* The role of psychological well-being in job performance: a fresh look at an age-old quest / A. T. Wright, R. Cropanzano // *Organi Dyn.* – 2004. – Vol. 33. – P. 338—351.

Оглавление

Введение	6
Глава 1. СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ	10
1.1. Факторы риска развития психических заболеваний, связанные с профессией врача	11
1.2. Уровень невротических расстройств у врачей различных специальностей	20
1.3. Распространенность тревожности среди врачей по данным опросника Спилбергера-Ханина	30
Глава 2. СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ ..	33
Глава 3. НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ВРАЧЕЙ (совместно с А. В. Сахаровым)	41
3.1. Алкогольная и другие зависимости среди врачей	41
3.2. Распространенность и структура алкоголизации среди врачей	46
Глава 4. ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ У ВРАЧЕЙ	59
Глава 5. СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ	66
Заключение	100
Литература	103

Научное издание

Монография

**Николай Васильевич Говорин
Екатерина Александровна Бодагова**

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ
И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ**

Редактор И. А. Зеленская

Подписано в печать 6.05.2013 г.

Формат 60x84¹/₁₆.

Бумага офсетная № 1.

Печать офсетная.

Печ. л. 7,88; усл. печ. л. 7,33; уч. изд. л. 6,93.

Тираж 500. Заказ № 13322

Издательство «Иван Фёдоров»
634026, г. Томск, ул. Розы Люксембург, 115/1

Тираж отпечатан в типографии «Иван Фёдоров»
634026, г. Томск, ул. Розы Люксембург, 115/1
Тел.: (3822) 78-80-80, тел./факс: (3822) 78-30-80
E-mail: mail@if.tomsk.ru



9 785917 010793