

Взаимосвязь эмоционального выгорания врачей и приверженности к лечению в процессе медицинской реабилитации

А. В. Котельникова, А. А. Кукшина, М. А. Рассулова

Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы



Цель исследования: изучение взаимосвязи синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) врачей и приверженности к лечению у больных в процессе медицинской реабилитации.

Дизайн: обсервационное аналитическое исследование.

Материалы и методы. В первом этапе исследования принял участие 41 респондент: врачи-реабилитологи различного профиля ($n = 31$) и врачи и инструкторы лечебной физкультуры (ЛФК) ($n = 10$) в возрасте $45,9 \pm 10,7$ года, в среднем проработавшие по специальности $19,7 \pm 12,4$ года: 18 (43,9%) мужчин и 23 (56,1%) женщины. Во втором этапе участвовали 130 больных с двигательными нарушениями после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения: 70 (53,8%) мужчин и 60 (46,2%) женщин, средний возраст — $63,2 \pm 12,5$ года. Их лечащими врачами были 7 неврологов. Обследованы 130 пар «лечащий врач — больной».

Проводили экспертную оценку приверженности всех больных к лечению. В качестве экспертов были задействованы лечащий врач и инструктор ЛФК, которым предложили оценить степень соответствия поведения пациента указаниям и рекомендациям врача и медицинского персонала, пользуясь пятибалльной шкалой Лайкерта, то есть шкалой школьных оценок. Итоговый показатель приверженности рассчитывался как среднее арифметическое полученных результатов.

Результаты. В целом СЭВ различной степени выраженности (формирующиеся либо полностью сформированные различные стадии) выявлен у 29 респондентов из 41, что составляет 70,7%. Доминирующей в структуре СЭВ для обследованной выборки являлась вторая стадия — резистенция, или сопротивление: ей подвержены 24 (82,8%) человека. Симптомы, характерные для первой, запускающей эмоциональное выгорание, стадии напряжения, выявлены у 18 (62,1%), третьей стадии (истощения) — у 19 (65,5%) из 29 человек.

Корреляционный анализ взаимосвязи СЭВ у лечащего врача и приверженности к лечению у больных показал, что симптомы СЭВ демонстрируют разнонаправленную линейную связь с уровнем комплаенса. Неудовлетворенность собой и ощущение «загнанности в клетку» статистически значимо положительно связаны с приверженностью к лечению ($R = 0,21$ и $R = 0,26$ соответственно), при этом симптомы тревоги и депрессии, характеризующие первую стадию СЭВ, так же, как и симптомы второй и третьей стадий, с приверженностью коррелируют ожидаемо отрицательно.

На второй стадии значимо отрицательно связана с приверженностью к лечению эмоционально-нравственная дезориентация («комплекс бога») ($R = -0,30$), на третьей — личностная отстраненность ($R = -0,29$) и психосоматические и психовегетативные нарушения у врача ($R = -0,23$).

Заключение. Попытка врача преодолеть стресс начального этапа выгорания приводит к повышению комплаенса у пациента, однако дальнейшее развитие синдрома, проявляющееся в эмоционально-нравственной дезориентации, возникновении «комплекса бога», циничном обращении с больным как с предметом труда, личностная отстраненность, безучастность врача, а также существенное снижение уровня его физического функционирования соотносятся с низкой приверженностью к лечению у больных. Профилактика СЭВ сводится к усвоению приемов и методов адаптации к стрессу и начинается с диагностики наличия у себя признаков эмоционального выгорания.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, профессиональный стресс у медицинских работников, приверженность к лечению, медицинская реабилитация.

Relations between MD Burnout and Therapy Compliance during Medical Rehabilitation

A. V. Kotelnikova, A. A. Kukshina, M. A. Rassulova

Moscow Scientific and Research Centre of Medical Rehabilitation, Restorative and Sport Medicine at Moscow Department of Health

Study Objective: Study of the relation of MD burnout and therapy compliance during medical rehabilitation.

Study Design: Observational analytical study.

Materials and Methods. At the first stage, 41 respondents took part in the study, namely, various rehabilitation physicians ($n = 31$) and exercise therapy doctors and trainers ($n = 10$) at the age of 45.9 ± 10.7 years, with average professional experience of 19.7 ± 12.4 years: 18 (43.9%) men and 23 (56.1%) women. At the second stage, 130 patients with motor disturbance after acute cerebrovascular accident took part: 70 (53.8%) men and 60 (46.2%) women, average age was 63.2 ± 12.5 years. 7 neurologists were their doctors. 130 doctor-patient pairs were studied.

Expert estimation of therapy compliance of all patients. A doctor and trainer were involved as the specialists, who had to evaluate the level of compliance of the patient's behaviour with instructions and recommendations of the doctor and medical staff using the Likert five-grade scale, i.e. educational scale. Total indicator of compliance was calculated as arithmetic average of the results.

Study Results. In general, different levels of burnout (to be formed or formed various stages) were identified for 29 of 41 respondents, comprising 70.7%. The second stage, i.e. resistance or impedance, was dominating in burnout structure for the studied — 24 (82.8%) persons. The symptoms typical for the first stage of tension, leading to emotional burnout, were identified for 18 (62.1%) persons, and for the third

Котельникова Анастасия Владимировна — к. психол. н., старший научный сотрудник отдела медицинской реабилитации ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ. 105120, г. Москва, ул. Земляной вал, д. 53. E-mail: pav-kotelnikov@ya.ru

Кукшина Анастасия Алексеевна — к. м. н., ведущий научный сотрудник отдела медицинской реабилитации ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ. 105120, г. Москва, ул. Земляной вал, д. 53. E-mail: kukshina@list.ru

Рассулова Марина Анатольевна — д. м. н., профессор, первый заместитель директора ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ. 105120, г. Москва, ул. Земляной вал, д. 53. E-mail: drassulovata@yandex.ru

stage (burnout) — 19 (65.5%) of 29 persons. Correlation analysis of the relation of MD burnout and therapy compliance showed that burnout symptoms demonstrate multidirectional linear relation with the level of compliance. Dissatisfaction and exhaustion are significantly positively related to therapy compliance ($R = 0.21$ and $R = 0.26$, correspondingly); however, the symptoms of psychic tension and depression characterising the first stage of burnout, as the symptoms of the second and third stages, together with therapy compliance correlate negatively as expected.

At the second stage, emotional moral disorientation is significantly negatively related to therapy compliance ("God complex") ($R = -0.30$), at the third stage — personal distance ($R = -0.29$) and psychosomatic and psychovegetative disorders of a doctor ($R = -0.23$).

Conclusion. Doctor's attempt to overcome stress of the first stage of burnout results in increase of therapy compliance, however, further development of the syndrome reflected in emotional moral disorientation, God complex formation, cynical attitude to patients as to the subject of labour, personal distance, non-participation of a doctor, and significant decrease of the level of his/her functioning are correlated with low therapy compliance. Preventive measures for burnout are limited to adoption of approaches and methods of adaptation to stress and start from self-diagnostic of burnout.

Key words: burnout, professional stress of medical staff, therapy compliance, medical rehabilitation.

Вопросам профилактики стресса, связанного с пребыванием в профессиональном поле «человек — человек», в литературе всегда уделялось достаточно серьезное внимание. Установлено, что существует ряд специальностей, представители которых со временем начинают испытывать чувство внутренней эмоциональной опустошенности из-за постоянных контактов с другими людьми. Так, уже в начале XX века киевский психиатр И. А. Сикорский, проанализировав статистические данные, обратил внимание на то, что частота суицидов среди врачей в 21 раз выше, чем в общей популяции. Особенно драматично выглядела корреляция с возрастом. Среди молодых врачей самоубийством заканчивал жизнь каждый десятый [1].

Схожие данные предоставляются и современными исследователями — так, в работе Г. Старшенбаума имеются сведения о том, что «наиболее высокий процент суицидов обнаруживается среди врачей... Для мужчин-врачей показатель самоубийств вдвое превышает среднестатистический. Женщины-врачи и женщины-психологи совершают самоубийства в три раза чаще, чем представительницы общей популяции» [2].

Согласно определению ВОЗ, под синдромом эмоционального выгорания (СЭВ) следует понимать «физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе, усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям, а также употреблением алкоголя или других психоактивных средств с целью получить временное облегчение, что имеет тенденцию к развитию физической зависимости и (во многих случаях) суицидального поведения. Этот синдром обычно расценивается как стресс-реакция в ответ на безжалостные производственные и эмоциональные требования, происходящие от излишней преданности человека своей работе и сопутствующего этому пренебрежения семейной жизнью и отдыхом» [3].

Реорганизация и реструктуризация современного здравоохранения приводит к существенному возрастанию трудовой нагрузки на врачей: увеличивается количество пациентов, повышается психоэмоциональное напряжение. В настоящее время, по разным данным, эмоциональное выгорание выявляется у 25–80% врачей [4–7].

По результатам исследований как отечественных, так и зарубежных психологов, выгоранию больше подвержены те, кто работает с особым интересом и высокой мотивацией [8]. Люди, в течение долгого времени помогающие другим, начинают чувствовать разочарование, если не удается достичь того эффекта, которого они ожидали. Такая работа сопровождается чрезмерной потерей психической энергии, приводит к психосоматической усталости и эмоциональному истощению, а в итоге — к беспокойству, раздражению, гневу, пониженной самооценке на фоне нарушений сердечно-

сосудистой деятельности, дисфункции дыхания, желудочно-кишечных расстройств, головных болей и ухудшения сна.

Известно, что одной из причин профессионального выгорания являются взаимоотношения в диаде «врач — больной». Показано, что существует связь между эмоциональным выгоранием врача и удовлетворенностью пациента лечением, а также временем, необходимым для восстановления нормального функционирования после выписки из больницы [9]. В связи с вышеизложенным фокус внимания в нашей работе планируется сосредоточить на взаимосвязи эмоционального выгорания врача с такой личностной характеристикой больного, как комплаентность, то есть приверженность к лечению.

Под приверженностью к лечению в настоящей работе понимается степень соответствия поведения пациента указаниям и рекомендациям врача [10], а также определенная личностная предрасположенность к осознанной мотивированной включенности в процесс собственного выздоровления, выражающейся в готовности перейти от пассивной позиции «лечите меня» к активному участию в лечебном процессе — «я делаю все, от меня зависящее, для того чтобы выздороветь».

Анализ литературы и собственные клинические наблюдения позволяют предположить, что на этапе реабилитации проблема формирования приверженности к лечению становится особенно актуальной [11]. Для этого этапа, протяженного во времени, характерно снижение адаптационных возможностей организма, истощение не только психофизиологических, но и мотивационных ресурсов пациента. На фоне хронизации заболевания боль, как правило, уже не так беспокоит, к изменившейся социальной ситуации, ситуации болезни, человек адаптируется, и комплаенс начинает снижаться. Таким образом, на этом этапе одним из ведущих факторов формирования приверженности к лечению становится фигура врача, его умение создавать и сохранять продуктивный терапевтический альянс с больным, мотивировать его на активное и осознанное участие в процессе собственного выздоровления, поддерживать «веру в глаза, достаточную для исцеления».

Целью настоящей работы стало исследование взаимосвязи СЭВ у врачей и приверженности к лечению у больных с нарушением двигательных функций в процессе медицинской реабилитации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В первом этапе исследования принял участие 41 респондент: врачи-реабилитологи различного профиля ($n = 31$) и врачи и инструкторы ЛФК ($n = 10$) в возрасте $45,9 \pm 10,7$ года, в среднем проработавшие по специальности $19,7 \pm 12,4$ года: 18 (43,9%) мужчин и 23 (56,1%) женщины — опытные специалисты, посвятившие сознательную жизнь выбранной профессии. Для обследования врачей

использовался психологический тест-опросник «Методика диагностики уровня эмоционального выгорания» В. В. Бойко, теоретико-методологическими основаниями которого служат концепция стресса Г. Селье и представление о выгорании как о процессе, включающем в себя в соответствии с фазами стресса три стадии: напряжение, резистенция, истощение [8].

Во втором этапе участвовали 130 больных с двигательными нарушениями, возникшими в результате перенесенного ОНМК: 70 (53,8%) мужчин и 60 (46,2%) женщин, средний возраст — 63,2 ± 12,5 года. Их лечащими врачами были 7 неврологов. Нами обследованы 130 пар «лечащий врач — больной».

Равноценность процентной представленности больных обследованной выборки, пролеченных каждым из врачей, оценивалась путем сопоставления эмпирического распределения частот с равномерным линейным распределением. Для анализа использовался статистический критерий χ^2 , значение которого: $\chi^2 = 9,93$, $df = 9$, $p = 0,36$. Значимые отличия не были обнаружены, что дает право при дальнейшем анализе процентную представленность не учитывать.

Проводили экспертную оценку приверженности всех больных к лечению. В качестве экспертов были задействованы лечащий врач и инструктор ЛФК, которым предложили оценить степень соответствия поведения пациента указаниям и рекомендациям врача и медицинского персонала, пользуясь пятибалльной шкалой Лайкерта, то есть шкалой школьных оценок. Итоговый показатель приверженности рассчитывался как среднее арифметическое полученных результатов.

Для математико-статистической обработки полученных данных применяли программный пакет Statistica 10.0. Использовали непараметрический корреляционный анализ по Спирмену, а также статистический критерий χ^2 .

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На *первом этапе* работы нами были проанализированы результаты применения теста-опросника «Методика диагностики уровня эмоционального выгорания» В. В. Бойко, измеряющего степень выраженности и индивидуальную структуру СЭВ. В целом СЭВ различной степени выраженности (формирующиеся либо полностью сформированные

различные стадии, или фазы, профессионального стресса) выявлен у 29 респондентов из 41, что составляет 70,7%.

В ходе более детального анализа структуры СЭВ в соответствии с фазами стресса из известной концепции Г. Селье о постатидности его формирования [12] было обнаружено, что доминирующей в структуре СЭВ для обследованной выборки являлась вторая стадия профессионального стресса — резистенция, или сопротивление: ей подвержены 24 (82,8%) из 29 человек с выявленными признаками СЭВ. Симптомы, характерные для первой, запускающей эмоциональное выгорание, стадии напряжения, выявлены у 18 (62,1%), третьей стадии (истощения) — у 19 (65,5%) из 29 человек. Описанные результаты представлены в *таблице 1*, графическая иллюстрация — на *рисунке 1*.

Первая стадия СЭВ (напряжение) характеризуется дисбалансом между требованиями, предъявляемыми к работнику, и имеющимися у него ресурсами, в связи с чем возникает стрессовое состояние со следующими симптомами: переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенность собой, ощущение «загнанности в клетку», тревога и депрессия. Симптомы первой стадии выявлены у 18 (62,1%) человек, у которых был выявлен СЭВ различной степени выраженности, при этом в 5 (17,2%) случаях эта фаза уже полностью сформировалась.

Рис. 1. Структура синдрома эмоционального выгорания у обследованных врачей (n = 29)

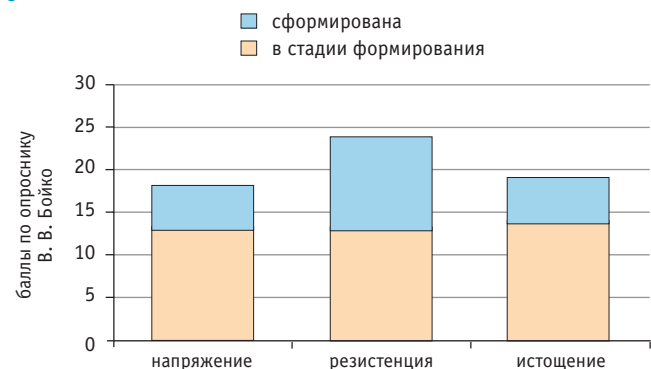


Таблица 1

Структура синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) у обследованных врачей (n = 29), n (%)

Симптомы	Складывающийся СЭВ	Сложившийся СЭВ	Итого
<i>Первая фаза профессионального стресса — напряжение</i>	13 (44,9)	5 (17,2)	18 (62,1)
Переживание психотравмирующих обстоятельств	11 (37,9)	18 (62,1)	29 (100,0)
Неудовлетворенность собой	9 (31,1)	7 (24,1)	16 (55,2)
«Загнанность в клетку»	6 (20,7)	2 (7,0)	8 (27,7)
Тревога и депрессия	10 (34,5)	5 (17,2)	15 (51,7)
<i>Вторая фаза профессионального стресса — резистенция</i>	13 (44,9)	11 (37,9)	24 (82,8)
Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование	9 (31,1)	16 (55,2)	25 (86,3)
Эмоционально-нравственная дезориентация	7 (24,1)	7 (24,1)	14 (48,2)
Расширение сферы экономики эмоции	9 (31,1)	12 (41,4)	21 (72,5)
Редукция профессиональных обязанностей	10 (34,5)	12 (41,4)	22 (75,9)
<i>Третья фаза профессионального стресса — истощение</i>	14 (48,3)	5 (17,2)	19 (65,5)
Эмоциональный дефицит	15 (51,7)	9 (31,1)	24 (82,8)
Эмоциональная отстраненность	13 (44,9)	5 (17,2)	18 (62,1)
Личностная отстраненность (деперсонализация)	6 (20,7)	9 (31,1)	15 (51,8)
Психосоматические и психовегетативные нарушения	8 (27,7)	5 (17,2)	13 (44,9)

Более детальный анализ полученных результатов свидетельствует о том, что психологическим основанием для формирования «напряжения» в структуре СЭВ для обследованной выборки стал симптом переживания рабочих обстоятельств как травматических: у всех 29 врачей с признаками СЭВ различной степени выраженности (100,0%) выявлен указанный симптом, при этом у 18 (62,1%) он полностью сформировался и доминировал в структуре СЭВ. При этом остальные симптомы, характеризующие стадию напряжения, встречались значительно реже.

Вторая стадия (резистенция, сопротивление) представляет собой интенсивную краткосрочную попытку эмоциональной мобилизации и преодоления стресса с последующим истощением. Находящийся на этой стадии работник испытывает пролонгированный стресс высокой интенсивности, при этом временные ресурсы на совладание с ним, как правило, не превышают 6 месяцев. К симптомам, характеризующим эту стадию, относятся:

- неадекватное избирательное эмоциональное реагирование — больные становятся неприятны врачу лично, он пытается ограничить время общения или уделять им меньше внимания;
- эмоционально-нравственная дезориентация — феномен, в зарубежной психологии имеющий название «комплекс бога»;
- расширение сферы экономии эмоций — от этого, как правило, могут серьезно пострадать и другие сферы жизни врача: усталость от работы приводит к тому, что приходится сокращать общение с друзьями и знакомыми, после окончания рабочего дня совершенно нет сил заниматься домашними делами или делиться эмоциональными переживаниями с близкими людьми;
- редукция (сокращение, упрощение) профессиональных обязанностей и обесценивание профессиональных достижений — врач работает через силу, старается поскорее закончить общение с больным, отделаться от него, уделив значительно меньше времени, чем мог бы.

Стадия резистенции для обследованной выборки являлась доминирующей, в общей сложности ей подвержены 24 (82,8%) врача, и у 11 (37,8%) эта фаза была полностью сформированной.

Все перечисленные выше симптомы, характеризующие стадию резистенции, представлены у респондентов обследованной выборки, при этом преобладали неадекватное избирательное эмоциональное реагирование — 25 (86,3%) человек, редукция профессиональных обязанностей — 22 (75,9%), расширение сферы экономии эмоций — 21 (72,5%). Реже всего в обследованной выборке встречался симптом эмоционально-нравственной дезориентации — у 14 (48,2%) человек.

На последней (третьей) стадии (истощение) происходит изменение мотивационной сферы сотрудника, резко снижается его заинтересованность в процессе труда, соответствующим образом меняется поведение, возникают негативные отношения как внутри коллектива, так и с больными. Наблюдаются эмоциональный дефицит, эмоциональная и личностная отстраненность, психовегетативные и психосоматические нарушения.

Симптомы, характерные для третьей стадии эмоционального выгорания, выявлены у 19 (65,5%) врачей, при этом у 5 (17,2%) эта фаза полностью сформировалась.

Преобладающим симптомом стадии истощения был эмоциональный дефицит («порой я чувствую, что надо проявить

к больному эмоциональную отзывчивость, но не могу») — 24 (82,8%), эмоциональная отстраненность («больным отдаешь больше внимания, чем получаешь от них признательности») — 18 (62,1%).

На *втором этапе* работы исследовался вклад СЭВ в формирование приверженности к лечению у больных с нарушением двигательных функций на этапе реабилитации. Проводился корреляционный анализ взаимосвязи данных, характеризующих СЭВ, по результатам использования методики В. В. Бойко, и средних значений экспертной оценки приверженности к лечению больных с нарушением двигательных функций с применением коэффициента корреляции Спирмена. Результаты представлены в *таблице 2*.

Как видно из результатов корреляционного анализа взаимосвязи СЭВ у лечащего врача и приверженности к лечению у больных, симптомы СЭВ демонстрируют разнонаправленную линейную связь с уровнем комплаенса. Любопытным представляется то, что против ожидаемых отрицательных корреляций симптомов выгорания с приверженностью (логично было бы предположить, что эмоционально выгоревший врач не способен в достаточной степени мотивировать больного на осознанную и активную включенность в процесс собственного выздоровления, то есть не в состоянии создать и поддерживать продуктивный терапевтический альянс) на первой стадии СЭВ (напряжение)

Таблица 2

Результаты корреляционного анализа взаимосвязи синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) у врачей (n = 7) и приверженности к лечению у больных с нарушением двигательных функций в результате перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (n = 130)

Стадии и симптомы СЭВ	R	P
<i>Первая фаза профессионального стресса — напряжение</i>	0,03	0,74
Переживание психотравмирующих обстоятельств	0,02	0,80
Неудовлетворенность собой	0,21	0,02
«Загнанность в клетку»	0,26	0,003
Тревога и депрессия	-0,30	0,001
<i>Вторая фаза профессионального стресса — резистенция</i>	-0,12	0,16
Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование	0,09	0,32
Эмоционально-нравственная дезориентация	-0,30	0,0004
Расширение сферы экономии эмоций	-0,12	0,16
Редукция профессиональных обязанностей	-0,13	0,14
<i>Третья фаза профессионального стресса — истощение</i>	-0,20	0,02
Эмоциональный дефицит	-0,11	0,21
Эмоциональная отстраненность	-0,10	0,26
Личностная отстраненность (деперсонализация)	-0,29	0,001
Психосоматические и психовегетативные нарушения	-0,23	0,01

были получены также и положительные корреляции. В частности, оказалось, что неудовлетворенность собой и ощущение «загнанности в клетку» статистически значимо положительно связаны с приверженностью к лечению ($R = 0,21$ и $R = 0,26$ соответственно), при этом симптомы тревоги и депрессии, характеризующие первую стадию СЭВ, так же, как и симптомы второй и третьей стадий, с приверженностью коррелируют ожидаемо отрицательно.

Описанный результат может быть объяснен с точки зрения защитных психических механизмов: на начальном этапе формирования СЭВ у специалиста, по всей видимости, срабатывают механизмы психологической защиты, традиционно понимаемые как привычные способы искажения реальности, основное назначение которых — снизить уровень свободно плавающей тревоги. Наблюдая недостаточную клиническую эффективность предпринимаемого лечения, врач, вероятно, переживает внутренний конфликт, который может быть вербализован примерно следующим образом: «Не может быть, чтобы в этом был виноват я, просто этот больной плохо лечится!» В данной ситуации признание собственной ответственности за создавшееся положение означает для врача серьезный удар по его профессиональной идентичности, по самооценке, а также необходимость «что-то с этим делать». Гораздо проще переместить локус ответственности в сторону больного и начать активно стимулировать его к неукоснительному выполнению врачебных назначений и медицинских рекомендаций.

Таким образом, на первом этапе формирования СЭВ у врача приверженность к лечению у пациентов, которых он наблюдает, действительно может повышаться, однако, поскольку известно, что эмоциональное выгорание для лиц помогающих профессий — процесс, динамически развивающийся во времени, а психический ресурс не беспредельно, очевидно, что рано или поздно в действие вступят иные механизмы, приводящие к резкому снижению комплаенса у больных и истощению самого врача.

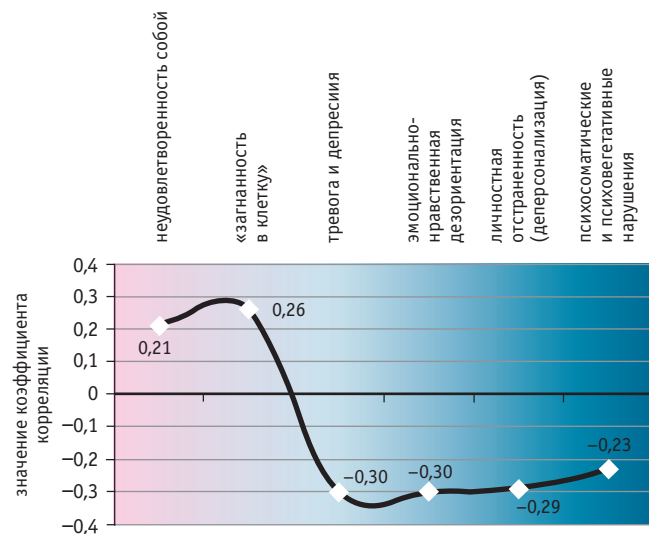
Указанное предположение подтверждается представленными выше результатами: на второй стадии СЭВ такой симптом, как эмоционально-нравственная дезориентация («комплекс бога»), оказывается значимо отрицательно связанным с приверженностью к лечению ($R = -0,30$). Отрицательно связаны с приверженностью к лечению и личностная отстраненность, эмоциональная невключенность врача, его безучастность к судьбе больного, характеризующие стадию истощения ($R = -0,29$), и психосоматические и психовегетативные нарушения, когда психического ресурса на эмоциональное восстановление у врача уже не хватает, ввиду чего начинает серьезно страдать его физическое здоровье ($R = -0,23$).

Описанные выше результаты могут быть представлены графически (рис. 2).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ вклада симптомов синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) в формирование приверженности к лечению у больных с нарушением двигательных функций на этапе

Рис. 2. Вклад симптомов синдрома эмоционального выгорания в формирование приверженности к лечению



реабилитации с использованием методики В. В. Бойко и средних значений экспертной оценки приверженности к лечению позволяет сделать вывод о наличии статистически значимых разнонаправленных связей между симптомами СЭВ у врача и уровнем комплаенса у больного: попытка преодолеть стресс начального этапа эмоционального выгорания лечащего врача, испытывающего чувства неудовлетворенности собой, ощущение «загнанности в клетку», возможно, приводит к повышению приверженности к лечению у больных, однако дальнейшее развитие синдрома, проявляющееся в эмоционально-нравственной дезориентации, возникновении «комплекса бога», циничном обращении с больным как с предметом труда, личностная отстраненность, безучастность врача, а также существенное снижение уровня его физического функционирования соотносится с низким комплаенсом.


Профилактика СЭВ сводится к усвоению приемов и методов адаптации к стрессу и начинается с диагностики наличия у себя признаков эмоционального выгорания. В качестве психологических ресурсов преодоления профессионального стресса могут быть использованы рациональная организация труда и отдыха с дозированным чередованием и сменой режимов рабочей нагрузки, участие в психологических тренингах по выработке навыков эффективных коммуникаций и способов разрешения конфликтов, обучение приемам эмоциональной саморегуляции (аутогенная тренировка, релаксационные техники, нейролингвистическое программирование, различные виды психотерапии и т. п.), посещение групп психологической разгрузки, обсуждение с коллегами (Баллинтворские группы для врачей и медицинского персонала), а также психосоциальные ресурсы (обсуждение с коллегами, поддержка близких, встречи с друзьями, активные хобби).

ЛИТЕРАТУРА

1. Сикорский И. А. Самоубийство среди русских врачей. *Вопр. нервно-психической медицины*. 1896; 1(1–2): 16. [Sikorskii I. A. Samoubiistvo sredi russkikh vrachei. *Vopr. nervno-psikhicheskoi meditsiny*. 1896; 1(1–2): 16. (in Russian)]
2. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр; 2005. 376 с. [Starshenbaum G. V. *Suitsidologiya*

i krizisnaya psikhoterapiya. М.: Когито-Центр; 2005. 376 с. (in Russian)]

3. Позняк В. Б., общ. ред. *Лексиконы психиатрии Всемирной организации здравоохранения*. Пер. с англ. Киев: Сфера; 2001. 390 с. [Poznyak V. B., obshch. red. *Leksikony psikhiiatrii Vsemirnoi organizatsii zdavoookhraneniya*. Per. s angl. Kiev: Sfera; 2001. 390 с. (in Russian)]

4. Кадомцев Д. В., Пасечникова Е. А. Синдром «эмоционального выгорания» как одна из главных проблем психогигиены сотрудников отделения анестезиологии и реанимации. *Международный студенческий научный вестник*. 2016; 2. <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=15386> (дата обращения — 09.10.2017). [Kadomtsev D. V., Pasechnikova E. A. Sindrom "emotsional'nogo vygoraniya" kak odna iz glavnykh problem psikhogigieny sotrudnikov otdeleniya anestziologii i reanimatsii. *Mezhdunarodnyi studencheskii nauchnyi vestnik*. 2016; 2. <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=15386> (data obrashcheniya — 09.10.2017). (in Russian)]
5. Пусташнева М. Н. Оценка психологического статуса больных и синдрома эмоционального выгорания у врачей первичного звена в амбулаторных условиях. *Смоленский медицинский альманах*. 2017; 1: 292–5. [Pustashneva M. N. Otsenka psikhologicheskogo statusa bol'nykh i sindroma emotsional'nogo vygoraniya u vrachei pervichnogo zvena v ambulatornykh usloviyakh. *Smolenskii meditsinskii al'manakh*. 2017; 1: 292–5. (in Russian)]
6. Чутко Л. С., Козина Н. В. Синдром эмоционального выгорания. *Клинические и психологические аспекты*. М.: МЕДпресс-информ; 2014. 255 с. [Chutko L. S., Kozina N. V. Sindrom emotsional'nogo vygoraniya. *Klinicheskie i psikhologicheskie aspekty*. M.: MEDpress-inform; 2014. 255 s. (in Russian)]
7. Wang L., Yang H. A study on the status and influence factor of the job burnout of anesthesiologists. *Glob. J. Public Health*. 2016; 2(3): 9–17.
8. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб.: Питер; 2009. 336 с. [Vodor'yanova N. E., Starchenkova E. S. Sindrom vygoraniya: diagnostika i profilaktika. SPb.: Piter; 2009. 336 s. (in Russian)]
9. Halbesleben J. R., Rathert C. Linking physician burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health Care Manage Rev*. 2008; 33(1): 29–39.
10. Гречко Т. Ю. Факторы, влияющие на комплаенс, в современных условиях психиатрии (обзор литературы). *Науч.-мед. вестн. Центрального Черноземья*. 2009; 35: 72–5. [Grechko T. Yu. Faktory, vliyayushchie na komplaens, v sovremennykh usloviyakh psikhiiatrii (obzor literatury). *Nauch.-med. vestn. Tsentral'nogo Chernozem'ya*. 2009; 35: 72–5. (in Russian)]
11. Разумов А. Н., Турова Е. А., Кoryшев В. И., ред. *Избранные лекции по медицинской реабилитации*. М.: Международный ун-т восстановительной медицины; 2016. 274 с. [Razumov A. N., Turova E. A., Koryshev V. I., red. *Izbrannye lektsii po meditsinskoi reabilitatsii*. M.: Mezhdunarodnyi un-t vosstanovitel'noi meditsiny; 2016. 274 s. (in Russian)]
12. Селье Г. *Стресс без дистресса*. М.: Прогресс; 1979. 123 с. [Sel'e G. *Stress bez distressa*. M.: Progress; 1979. 123 s. (in Russian)] 

Библиографическая ссылка:

Котельникова А. В., Кукшина А. А., Рассулова М. А. Взаимосвязь эмоционального выгорания врачей и приверженности к лечению в процессе медицинской реабилитации // *Доктор.Ру*. 2018. № 1 (145). С. 21–26.

Citation format for this article:

Kotelnikova A. V., Kukshina A. A., Rassulova M. A. Relations between MD Burnout and Therapy Compliance during Medical Rehabilitation. *Doctor.Ru*. 2018; 1(145): 21–26.